

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO  
FACULDADE DE DIREITO

Camila Fior Giacomolli

TESTAMENTO VITAL: CONTEXTO JURÍDICO  
BRASILEIRO E SUA EFETIVIDADE PARA GARANTIR  
OS DIREITOS DO PACIENTE EM FIM DE VIDA

Passo Fundo

2015

Camila Fior Giacomolli

**TESTAMENTO VITAL: CONTEXTO JURÍDICO  
BRASILEIRO E SUA EFETIVIDADE PARA GARANTIR  
OS DIREITOS DO PACIENTE EM FIM DE VIDA**

Monografia apresentada ao curso de Direito, da Faculdade de Direito da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais, sob orientação da professora Ma. Regina Helena Marchiori Canali.

Passo Fundo

2015

Dedico o presente trabalho a meus pais, que mesmo nos momentos em que pensei em desistir me mantiveram firme.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço meus pais, Jairo e Clenir por todo o incentivo no decorrer da faculdade, em especial, neste último ano conturbado. As minhas irmãs Regina e Giovana, que sempre compreenderam os meus anseios e toleram os momentos de impaciência e rispidez. Agradeço também ao meu namorado Wagner, que durante todos esses anos teve paciência nas diversas vezes em que tive que priorizar os estudos ao invés de nosso relacionamento.

Agradeço em especial à minha professora orientadora, pelo exemplo de profissional e pessoa. Obrigada!

*“Ora, viver e morrer são dois lados de uma mesma moeda. E, se viver é, a todo custo, manter-se em uma situação agônica, que contraria o ideal de dignidade formulado por aquele que padece, então, a vida deixa de ser um direito, para, num culto idólatra, transformar-se em dever”. (Maria de Fátima Freire de Sá)*

## RESUMO

O presente estudo propõe como principal objetivo analisar o Testamento Vital como instrumento juridicamente válido e eficaz para que o paciente possa manifestar antecipadamente a sua vontade quanto aos procedimentos e tratamentos médicos que deverão ser observados quando não mais tiver condições de manifestar sua vontade. Revela destacar que as disposições de vontade do paciente em relação aos tratamentos e procedimentos que deseja ou não receber somente podem versar quanto aos considerados extraordinários, também chamados de inúteis. Tem como arcabouço de validade os princípios constitucionalmente assegurados a dignidade da pessoa humana, o direito à vida e a autonomia da vontade – privada, os quais devem ser interpretados em conjunto, visando o bem estar das pessoas. Pretende ainda tratar sobre o tema no contexto brasileiro, analisando as resoluções nº 1.805/2006 e 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina e demais dispositivos que versam sobre direitos dos pacientes em situações de terminalidade. Ainda, buscar-se-á referir acerca das diretivas antecipadas da vontade, a qual é o gênero a que pertence a espécie testamento vital, delineando o panorama internacional sobre o tema, bem como outros institutos que tratam sobre a interferência no processo de morte dos pacientes em fim de vida.

**Palavras-chave:** Direito à morte digna. Direitos do paciente em fim da vida. Terminalidade da vida. Testamento Vital.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>2 TESTAMENTO VITAL</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>2.1 Requisitos de validade do Testamento Vital</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>2.2 Sucessão Testamentária: noções gerais</b> .....   | <b>15</b> |
| <b>2.3 Experiência estrangeira</b> .....   | <b>20</b> |
| 2.3.1 Estados Unidos.....  | 20        |
| 2.3.2 Europa.....  | 22        |
| 2.3.3 America Latina.....  | 277       |
| <b>2.4 Outros institutos relacionados ao paciente em fim da vida</b> .....   | <b>29</b> |
| <b>3 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS NORTEADORES DO TESTAMENTO VITAL</b><br>.....   | <b>35</b> |
| <b>3.1 Dignidade da pessoa humana</b> .....  | <b>38</b> |
| <b>3.2 Direito à vida</b> .....  | <b>41</b> |
| <b>3.3 Autonomia da vontade</b> .....  | <b>45</b> |
| <b>4 TESTAMENTO VITAL: CONTEXTO JURÍDICO BRASILEIRO E SUA EFETIVIDADE PARA GARANTIR OS DIREITOS DO PACIENTE EM FIM DE VIDA</b> ..... | <b>51</b> |
| <b>4.1 Resoluções pertinentes do Conselho Federal de Medicina</b> .....  | <b>52</b> |
| 4.1.1 Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina .....  | 52        |
| 4.1.2 Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina .....  | 54        |
| <b>4.2 Perspectivas na legislação nacional</b> .....   | <b>56</b> |
| <b>4.3 O Testamento Vital como forma de garantir os direitos constitucionais do paciente em fim de vida</b> .....                    | <b>61</b> |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>67</b> |
| <b>6 REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>69</b> |
| <b>7 ANEXOS</b> .....  | <b>78</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa trata sobre o testamento vital compreendido no contexto jurídico brasileiro e sua efetividade para garantir os direitos do paciente em fim de vida e busca analisar este instituto, bem como sua validade e importância como forma de efetivar a vontade do paciente. Discorre sobre a origem e características do testamento vital com noções de direito comparado, bem como sobre os princípios norteadores deste instituto que o solidificam, além de analisar as legislações infralegais e a sua efetividade no Brasil.

Visualiza-se a importância do estudo do tema haja vista a constante evolução dos tratamentos médicos, exigindo-se cada vez mais que o paciente tenha autonomia para decidir quais procedimentos deseja receber e que sua vontade seja respeitada quando não puder mais manifestá-la conscientemente, bem como pelo fato de que não há manifestação legislativa específica sobre o instituto.

Além disso, o tema ainda é pouco debatido no país, sendo que a doutrina e, principalmente, a jurisprudência não tem se manifestado muito, o que só faz aumentar a relevância na sua abordagem, pois o desconhecimento sobre a sua real essência e objetivo faz com que muitas vezes seja mal visto, gerando dúvidas e, conseqüentemente, a sua não aplicação.

O presente trabalho tem como objetivo central verificar o testamento vital como um instrumento válido para que a pessoa disponha previamente sobre os tratamentos e procedimentos médicos que deseja ou não ser submetido quando encontrar-se em qualquer estado clínico que o coloque em estágio de fim da vida. Amparando-se em princípios constitucionais e com motivação no direito comparado.

No primeiro capítulo será abordado efetivamente o instituto do testamento vital, destacando quais tratamentos considerados extraordinários podem ser dispensados pelos pacientes, bem como sobre a nomenclatura que é considerada tecnicamente incorreta. Ainda, discorrer-se-á sobre as diretivas antecipadas da vontade e os requisitos para que o testamento vital seja considerado válido, além de se verificar como o tema é tratado no contexto estrangeiro. Por fim, uma breve apresentação de outros institutos que inserem-se no contexto da terminalidade da vida.

No segundo capítulo, serão abordados os princípios da dignidade da pessoa humana, o direito à vida e a autonomia da vontade, com a finalidade de demonstrar que o testamento

vital tem como base estes princípios constitucionais de maneira a sustentar a sua efetividade e que devem ser interpretados em conjunto e harmonicamente.

Já no terceiro e último capítulo busca-se verificar o contexto jurídico brasileiro do testamento vital, com a análise de resoluções do Conselho Federal de Medicina, leis dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná, que estabelecem direitos aos usuários de serviços de saúde a recusar tratamentos que visem prolongar a vida dos pacientes, bem como o projeto de lei de iniciativa do então senador Gerson Camata que dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal. Por fim, será analisado o testamento vital como forma de garantir os direitos do paciente em fim de vida, para que sua vontade seja respeitada e não se negligencie o direito de todo ser humano em ter uma morte digna, e sem prolongamentos desnecessários e dolorosos.

Conforme poderá ser percebido no presente estudo, o testamento vital é um instituto relativamente novo no país, ainda pouco discutido e utilizado de uma forma geral, mas não por isso deixa de ter elevada importância. Por este motivo, se faz necessário o seu conhecimento por todas as pessoas, principalmente médicos e juristas para que respeitem e apliquem adequadamente este instituto.

## 2 TESTAMENTO VITAL

Quando a vida começa, até quando ela pode ser prolongada são temas discutidos há muito tempo. Antigamente a maioria das pessoas nascia e morria sem grandes cuidados médicos junto de sua família, em sua residência. Em função disso a mortalidade infantil era muito maior e a longevidade menor. Com a melhora nas condições sanitárias, alimentares e dos avanços médicos-científicos a expectativa de vida aumentou, fazendo com que a responsabilidade do profissional de saúde se torne cada vez maior sobre a vida das pessoas, devendo observar inúmeros procedimentos para resguardar e preservar a vida daquele que é colocado aos seus cuidados, podendo inclusive ser responsabilizado penal e civilmente se não o fizer.

Dessa forma, tem-se uma dicotomia, de um lado o doente em estado terminal<sup>1</sup> ou com sérios problemas de saúde sendo submetido a vários procedimentos para prolongar sua vida e de outro lado o profissional de saúde que deve prestar o melhor serviço possível e prolongar a vida até o último recurso disponível.

A evolução dos tratamentos médicos e o início nas discussões sobre quais procedimentos a serem tomados pelos profissionais de saúde sem que haja um consentimento expresso do paciente ocorreu principalmente após a segunda guerra mundial, pois durante esse período, foram notáveis os avanços médicos, mas também sabidamente as “experiências médicas” feitas com os prisioneiros nos campos de concentração nazistas.

Diante do desenvolvimento médico científico e a ascensão da pessoa humana como centro da sociedade moderna, capaz de se autodeterminar e de ter seus direitos resguardados, o processo natural da morte passa a ser visto como algo a ser evitado a qualquer custo, um acontecimento que ninguém quer que aconteça.

Conseqüentemente emergem os direitos dos pacientes, com especial ênfase aos que não possuem uma perspectiva de cura, os quais o fim da sua vida é algo próximo. Em razão disto, cada vez mais ocorrem discussões acerca do direito do paciente que encontra-se nessa

---

<sup>1</sup> “A Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL) traça os elementos necessários para caracterizar uma patologia como terminal: 1) Presença de uma doença avançada, progressiva e incurável; 2) Falta de possibilidades razoáveis de respostas a tratamentos específicos; 3) Presença de inúmeros problemas ou sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais; 4) Grande impacto emocional no paciente, família e equipe de cuidados, estritamente relacionado com a presença explícita ou não da morte; 5) Prognóstico de vida inferior a 6 meses”. (DADALTO, Luciana. Testamento Vital. – 2. Ed. – Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013.p.38).

situação de terminalidade de ter uma morte digna, sem sofrimentos desnecessários, que apenas prolonguem um fim inevitável.

Surge então a necessidade da criação de institutos que visem garantir aos pacientes o direito de morrer com dignidade, bem como de regulamentar a relação médico-paciente, da postura médica e a autodeterminação do paciente. Nesta perspectiva é concebido o Testamento Vital.

O testamento vital trata das disposições de vontade do paciente que se encontra em estado clínico irreversível e/ou estado terminal (estágio de fim de vida), nas quais ele irá determinar previamente acerca dos tratamentos médicos que deseja ou não receber quando não mais puder expressar a sua vontade, quando se encontrar na situação de fim de vida. Nesse sentido escreve Godinho:

O testamento vital (também chamado “testamento biológico”, “testamento de vida” ou “testamento do paciente”) consiste num documento, devidamente assinado, em que o interessado juridicamente capaz declara quais tipos de tratamentos médicos aceita ou rejeita, o que deve ser obedecido nos casos futuros em que se encontre em situação que o impossibilite de manifestar sua vontade [...].<sup>2</sup>

Acrescenta Luciana Dadalto Penalva que o “testamento vital é, na verdade, uma declaração de vontade a ser utilizada pelo paciente terminal, mas que deve ser manifestada previamente à situação de terminalidade”.<sup>3</sup> Assim, a manifestação do paciente deve ser registrada enquanto ainda se encontre em pleno gozo de seu discernimento, manifestando conscientemente a sua vontade.

Este documento tem por objetivo garantir ao paciente em situações em que se encontrar no fim de sua vida que seus desejos serão respeitados, bem como proporciona ao médico amparo legal para que possa tomar decisões em situações conflituosas.<sup>4</sup> Adverte ainda a autora Luciana Dadalto, que o testamento vital não é ilimitado, tendo em vista que não pode contrariar a legislação vigente no país, além de não poder dispor acerca de tratamentos que

---

<sup>2</sup> GODINHO, Adriano Marteleto, *Diretivas Antecipadas de Vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro*. 2012. RIDB, Ano 1 (2012), nº 2, p.956. Disponível em: <[http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2012\\_02\\_0945\\_0978.pdf](http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2012_02_0945_0978.pdf)>. Acesso em: 19 de maio de 2014.

<sup>3</sup> PENALVA, Luciana Dadalto. *Declaração prévia de vontade do paciente terminal*. Revista Bioética. 2009, 17,(3). p.527. Disponível em: <[http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/515/516](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/515/516)>. Acesso em: 10 dez. 2014.

<sup>4</sup> DADALTO, Luciana. Aspectos registraes das Diretivas Antecipadas de Vontade. Revista Síntese Direito de Família. v 15, n. 80, out./nov. 2013. p. 61.

sejam contraindicados à doença do paciente.<sup>5</sup> Ademais, o testamento vital também é limitado pelo direito do médico a opor objeção de consciência, previsto no Código de Ética Médica.<sup>6</sup>

Nesta perspectiva, é de suma importância destacar que o paciente somente pode dispor acerca dos tratamentos de caráter extraordinário, ou também denominados fúteis, que são aqueles que não trazem nenhuma melhora no quadro clínico do paciente, em sua qualidade de vida e abrandamento na gravidade da enfermidade. A autora Maria Helena Diniz destaca o que é o tratamento fútil, segundo a doutrina médica:

Tratamento médico fútil seria aquele que: a) não consegue seu objetivo imediato ou o do paciente; b) é ineficaz; c) não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima ou, pelo menos, algum benefício médico; d) não oferece uma razoável probabilidade de sobrevivida. A futilidade quantitativa invoca a probabilidade de que determinado objetivo seja alcançado, e isso só o médico pode julgar. A futilidade qualitativa analisa a natureza do objetivo médico a ser alcançado, mas o julgamento de que os caracteres desse escopo fiquem abaixo de um certo nível mínimo envolve conceitos como o do benefício para o paciente e o da qualidade de vida.<sup>7</sup>

Segundo Luciana Dadalto, consideram-se como tratamentos médicos fúteis em pacientes terminais a internação em unidades de tratamentos intensivos (UTI), a traqueostomia, a ventilação mecânica, a oxigenação extracorpórea, técnicas de circulação assistida, tratamentos medicamentosos com drogas vasoativas, diuréticas, antibióticos, derivados sanguíneos, etc. Observa ainda, que grande polêmica envolve os procedimentos de hidratação e nutrição artificiais, no que se refere a sua suspensão, tem em vista que aparentemente o paciente morrerá de fome e sede. Este problema incide especialmente quando se fala em pacientes em estado vegetativo persistente (EVP), pois nestes casos, na maioria das vezes, a única coisa que matem o paciente vivo são a hidratação e a alimentação. No que se refere a terminalidade da vida tais procedimentos se tornam menos aflitivos, pois existem outras maneiras de proporcionar a morte digna aos pacientes.<sup>8</sup>

O Testamento Vital é uma espécie do gênero Diretiva Antecipada da Vontade (DAV) que provém do direito norte americano, positivada na lei federal denominada *Patient Self Determination Act* (Ato de Autodeterminação do Paciente) de 1991. Esta lei institui as

<sup>5</sup> DADALTO, 2013, p. 62.

<sup>6</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931/2009. Princípios Fundamentais: “VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.” Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf)>. Acesso em 10 dez. 2014.

<sup>7</sup> DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. 3 ed. aum. e atual. conforme o novo Código Civil (Lei n. 10.406/2002) e a Lei n. 11.105/2005. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 401.

<sup>8</sup> PENALVA, 2009, p. 533-534.

diretivas antecipadas como gênero de documentos nos quais irão constar a manifestação de vontade do doente em relação a tratamentos médicos que deseja ou não receber, do qual são espécies o *living will* e o *durable power of attorney for health care*.<sup>9</sup>

O autor Tiago Vieira Bomtempo, refere que existe ainda uma terceira espécie de diretiva antecipada, que seria o *advanced care medical directive*,<sup>10</sup> acrescentando ainda que a lei norte americana ratifica a autonomia do paciente ao reconhecer-lhe o direito à recusa do tratamento médico. Desde a entrada do paciente nos centros médicos são registrados os desejos deste, para o caso de incapacidade superveniente do paciente.<sup>11</sup>

A denominação *living will* que em tradução literal para o idioma pátrio equivale a “testamento vital”, teve sua origem nos Estados Unidos da América, no ano de 1967, tendo sido proposto pela primeira vez pela sociedade Americana de Eutanásia. Conforme já referido inicialmente, o testamento vital tem por escopo delimitar quais procedimentos médicos o paciente gostaria de ser submetido, quando, por algum motivo, não estiver possibilitado de manifestar conscientemente a sua vontade.<sup>12</sup>

Em relação ao *durable power of attorney for health*, o mandato duradouro, constitui-se em um documento por meio do qual o paciente nomeia um ou mais representantes que deverão atuar no caso de estiver incapacitado, devendo serem consultados pela equipe médica para que informem a quais tratamentos médicos a pessoa optaria em ser submetida.<sup>13</sup>

Já a *advanced care medical directive*, é uma espécie de diretiva antecipada mais completa, a qual destina-se a pacientes em estado terminal e que abrange tanto elementos do testamento vital quanto do mandato duradouro. Nesse sentido, o autor Bomtempo cita Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato de Oliveira Naves:<sup>14</sup>

A *advanced care medical directive*, “diretiva de centro médico avançado”, diz respeito a estado terminal. Por esse instrumento, o paciente estabelece os procedimentos a que não quer ser submetido e nomeia um representante. Trata-se, portanto, de um documento mais completo, voltado para pacientes terminais, que reúne as disposições do testamento em vida e do mandato duradouro.

---

<sup>9</sup> DADALTO, 2013, p. 60.

<sup>10</sup> Para o autor a tradução literal do termo seria: “diretiva de centro médico avançado”. No entanto, não há uma tradução solidificada na doutrina brasileira, podendo ser interpretado também como uma ordem antecipada para cuidado médico. (BOMTEMPO, Tiago Vieira. A aplicabilidade do Testamento Vital no Brasil. Revista Síntese Direito de Família. v 15, n. 77, abr./maio. 2013. p.98)

<sup>11</sup> BOMTEMPO, Tiago Vieira. *A aplicabilidade do Testamento Vital no Brasil*. Revista Síntese Direito de Família. v 15, n. 77, abr./maio. 2013. p. 97.

<sup>12</sup> *Ibid.*, p. 97.

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 98.

<sup>14</sup> BOMTEMPO, 2013 apud SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. *Manual de biodireito*. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.p. 85.

Para a autora Luciana Dadato que usa a designação de *advance care medical directive*, esta seria um documento pelo qual o paciente manifesta a sua vontade assinalando em um formulário o que deseja, objetivando uma maior compreensão da sua vontade para orientar a tomada de decisões quanto aos tratamentos médicos. O paciente preenche este formulário após uma conversa com a equipe de saúde que irá realizar os procedimentos médicos. O documento agrega componentes de procuração, de instrução e de histórico de valores do paciente. Acrescenta a autora que este documento seria um novo gênero de documento de manifestação da vontade para tratamento médico, que pode substituir os instrumentos clássicos de DAV.<sup>15</sup>

## 2.1 Requisitos de validade do Testamento Vital

Em que pese ainda não exista uma lei específica sobre o Testamento Vital no Brasil ele é plenamente válido. Desta forma, verifica-se que ele deve observar alguns requisitos, na perspectiva de ato unilateral de vontade, como a forma, discernimento, prazo de validade e eficácia.

Em relação ao requisito formal de validade, Luciana Dadalto Penalva pondera que seria importante que o instrumento fosse lavrado por escritura pública, a exemplo do que ocorre na Espanha, a fim de conferir a segurança jurídica à declaração. Para uma maior efetividade no cumprimento da vontade do paciente, a autora recomenda a criação de um banco nacional de declarações de vontade dos pacientes em fim de vida (testamentos vitais). Após a lavratura das disposições formais do paciente o cartório deve encaminhar o testamento vital ao Registro Nacional, em um prazo reduzido, para garantir a sua efetividade.<sup>16</sup>

Quanto ao prazo de validade, evidencia-se que como o Testamento vital é um ato revogável a qualquer tempo, não havendo, desta forma, necessidade de fixar um prazo de validade para este documento. Corroborando este entendimento Caio Mario da Silva Pereira assim discorre:

[...] Apresenta, todavia, característica comum ao testamento, traduzida na sua possibilidade de revogação, a qualquer momento, por manifestação do declarante. Diversamente, porém, da revogação testamentária (apenas admissível se veiculada por outro testamento: no 476, *infra*), entende-se que o testamento biológico não deva

<sup>15</sup> DADALTO, 2013, p.101-102.

<sup>16</sup> *Ibid.*, p. 151.

prevalecer, enquanto o declarante conserve sua plena capacidade e a aptidão para expressar sua vontade contrária àquelas instruções, ainda que o faça oralmente.<sup>17</sup>

A eficácia do Testamento Vital produzirá seus efeitos a partir da sua inscrição no prontuário médico, a qual deve ser promovida pelo médico, após ser informado da disposição de vontade do paciente.<sup>18</sup>

No que tange ao discernimento, consiste na capacidade do paciente de expressar conscientemente a sua vontade em relação a determinado procedimento ou tratamento médico. Alguns autores como Bomtempo,<sup>19</sup> defendem que o discernimento deve estar atrelado a capacidade civil, prevista no artigo 5º do Código Civil de 2002.<sup>20</sup> Já a autora Dadalto, por exemplo, afirma que o discernimento não está diretamente atrelado à idade, de maneira que caberá ao juiz analisar no caso concreto se um adolescente teria discernimento para manifestar a sua vontade acerca dos tratamentos que deseja ser submetido.<sup>21</sup>

Diante do que foi exposto até o presente momento, é possível constatar que o testamento vital é um ato unilateral, personalíssimo, gratuito, revogável, e distancia-se do instituto do testamento do direito sucessório, pois visa a produção de efeitos inter vivos e não exige, ainda, solenidade. Pode ser utilizado por uma pessoa com discernimento para declarar acerca dos tratamentos aos quais deseja ou não receber, quando estiver impossibilitada de manifestar sua vontade, em situações de fim de vida.

A par destes conceitos iniciais, verifica-se a inadequação do termo “testamento vital” em relação à concepção que se tem no Brasil acerca do testamento, visto que, de acordo com Flávio Tartuce, o testamento é “um negócio jurídico unilateral, personalíssimo e revogável, pelo qual o testador faz disposições de caráter patrimonial ou não, para depois de sua

<sup>17</sup> BOMTEMPO, 2013 apud PEREIRA, Caio Maria da Silva. *Instituições de direito civil: direito das sucessões*. 16. ed. rev. atual. por Carlos Roberto Barbo. Rio de Janeiro: Forense, v.6, 2007.p. 220.

<sup>18</sup> DADALTO, 2013, p. 156.

<sup>19</sup> BOMTEMPO, 2013, p. 99.

<sup>20</sup> “Art. 5º. A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.

Parágrafo único. Cessará, para os menores, a incapacidade:

I - pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;

II - pelo casamento;

III - pelo exercício de emprego público efetivo;

IV - pela colação de grau em curso de ensino superior;

V - pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria”.Código Civil Brasileiro. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm)>. Acesso em: 17 dez. 2014.

<sup>21</sup> DADALTO, 2013, p.153-154.

morte”.<sup>22</sup> Além disso, acrescenta que o testamento também seria a via adequada para outras manifestações da liberdade pessoal.<sup>23</sup>

Corroborando com o entendimento dos juristas que consideram que a denominação de testamento vital seria inadequada, é o entendimento de Penalva:

A declaração prévia de vontade do paciente terminal assemelha-se ao testamento, pois também é negócio jurídico, ou seja, declaração de vontade privada destinada a produzir efeitos que o agente pretende e o direito reconhece. Também é unilateral, personalíssimo, gratuito e revogável. Todavia, distancia-se do testamento em duas características essenciais: a produção de efeitos *post mortem* e a solenidade. Assim, resta clara a inadequação da nomenclatura testamento vital para designar declaração de vontade de uma pessoa com discernimento acerca dos tratamentos aos quais não deseja ser submetida quando em estado de terminalidade e impossibilitada de manifestar sua vontade [...].<sup>24</sup>

Em contrapartida, Arnaldo Rizzardo defende que o testamento é um instituto não restritivo, sendo extensivo a situações existenciais, em que seria cabível o testamento como ato de disposição de última vontade, *in verbis*:

O testamento, considerado um negócio jurídico personalíssimo e ato de última vontade de uma pessoa, é instituto não restrito a valores ou bens patrimoniais, mas extensivo a situações existenciais. E justamente na eventualidade de inexistência do exercício da manifestação da vontade é que se revela eficaz o ato que decidiu sobre esse momento, o qual se conhece como testamento vital, ou living will, servindo, sobretudo, para oficializar a escolha do médico que apressou os últimos momentos de existência unicamente vegetativa.<sup>25</sup>

Desta maneira, verifica-se pertinente fazer uma breve apresentação sobre noções gerais acerca da sucessão testamentária, que está prevista no Título três, do Livro V, do Código Civil Brasileiro, que trata do Direito das Sucessões.

## 2.2 Sucessão Testamentária: noções gerais

Diante dessas divergências doutrinárias sobre a utilização do termo Testamento Vital para as disposições de vontade do paciente em fim de vida e em relação aos tratamentos que deseja ou não ser submetido quando não mais puder expressar a sua vontade, é pertinente

<sup>22</sup> TARTUCE, Flávio; SIMÃO José Fernando. *Direito Civil. Direito das Sucessões*. 3. ed. São Paulo: Método, 2010. vol.6, p. 297.

<sup>23</sup> TARTUCE, Flávio. *Manual de direito civil: volume único*. 2. ed. ver., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2012. p.1303.

<sup>24</sup> PENALVA, 2009, p.526.

<sup>25</sup> RIZZARDO, Arnaldo. *Direito das sucessões*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011. p.219

discorrer de maneira geral sobre a sucessão testamentária para que se verifique se o uso do termo contraria a técnica testamentária.

A sucessão testamentária apresenta fundamental importância no âmbito do Direito Sucessório, na medida em que prevê as diretrizes para delinear o destino do patrimônio deixado pelo falecimento de uma pessoa. Nesse sentido, menciona Eduardo de Oliveira Leite que é a morte que marca o início da vida do direito das sucessões:

[...] na medida em que entre a vida e a morte se decide todo o complexo destino da condição humana. O aludido direito se esgota exatamente na ideia singela, mas imantada de significações, de continuidade para além da morte, que se mantém e se projeta na pessoa dos herdeiros. A sucessão, do latim *succedere* (ou seja, vir ao lugar de alguém), se insere no mundo jurídico como que a afirmar o escoamento inexorável do tempo conduzindo-nos ao desfecho da morte que marca, contraditoriamente, o início da vida do direito das sucessões.<sup>26</sup>

Conceitualmente, o Direito das Sucessões é um conjunto de normas que disciplinam a transmissão do patrimônio de uma pessoa após a sua morte aos herdeiros, em decorrência de lei ou testamento, conforme artigo 1.786, do Código Civil Brasileiro.<sup>27</sup> Segundo discorre Maria Helena Diniz, o direito das sucessões consiste “no complexo de disposições jurídicas que regem a transmissão de bens ou valores e dívidas do falecido, ou seja, a transmissão do ativo e do passivo do *de cuius* ao herdeiro”.<sup>28</sup> A pessoa pode dispor de seu patrimônio, e alterar a ordem de vocação hereditária prevista em lei, respeitando os direitos dos herdeiros necessários.<sup>29</sup>

Deste modo, o direito das sucessões tem por matéria a transmissão *mortis causa* do patrimônio da pessoa falecida.<sup>30</sup> Ou seja, os bens, direitos e obrigações da pessoa transmitem-se aos seus herdeiros e legatários, após e em razão da sua morte.

Conforme já referido anteriormente a sucessão *mortis causa* apresenta, basicamente, duas modalidades, a sucessão legítima, que é aquela decorrente de lei, quando a pessoa falece sem deixar testamento (*ab intestato*), em que a ordem pela qual serão chamados os herdeiros

<sup>26</sup> LEITE, Eduardo de Oliveira. *Comentários ao novo Código Civil*. Coordenação de Sálvio de Figueiro Teixeira. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003. v. XXI. p. XIV-XV.

<sup>27</sup> BRASIL. Código Civil Brasileiro. Art. 1.786. A sucessão dá-se por lei ou por disposição de última vontade. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm)>. Acesso em 20 jan. 2015.

<sup>28</sup> DINIZ, Maria Helena, *Curso de Direito Civil brasileiro: direito das sucessões*. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 03.

<sup>29</sup> GONÇALVES, Carlos Roberto, *Direito civil brasileiro: direito das sucessões*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 225.

<sup>30</sup> COELHO, Fábio Ulhoa, *Curso de direito civil, família, sucessões*. 4. ed. ver. e atual. São Paulo: Saraiva, 2011, p.243.

obsevará o que dispõe a legislação vigente, ou seja, a ordem de vocação hereditária.<sup>31</sup> A segunda modalidade é a sucessão testamentária, que consiste em um ato de última vontade da pessoa que faleceu por meio de testamento, legado<sup>32</sup> ou codicilo<sup>33</sup>, que são mecanismos sucessórios para exercício da autonomia privada do autor da herança, que pode deixar escrito como quer que seu patrimônio seja transmitido.<sup>34</sup>

Assim, constata-se que o indivíduo pode manifestar previamente como gostaria que seu patrimônio fosse partilhado quando vier a falecer. No entanto, oportuno pontuar algumas questões pertinentes aos atos de disposição do testador, para que o testamento seja válido e eficaz após a sua morte.

#### a) Capacidade e legitimidade

Tendo em vista que o testamento é um negócio jurídico, para que tenha validade requer agente capaz, objeto lícito e forma prescrita ou não defesa em lei, conforme dispõe o artigo 104, do Código Civil Brasileiro.<sup>35</sup> Assim, deve-se observar a capacidade testamentária, que pode ser ativa, a qual diz respeito aos que podem dispor por testamento, e a passiva, que indica os que podem adquirir por testamento.<sup>36</sup>

Segundo Maria Helena Diniz, a validade do testamento está condicionada à aferição de “elementos intrínsecos (capacidade do testador e do herdeiro instituído ou legatário, espontaneidade da manifestação do ato de última vontade, objeto e limites desta) e de elemento extrínseco ou formal [...]”.<sup>37</sup> A capacidade de testar observada pelo ordenamento jurídico brasileiro está disposta no artigo 1.860, do Código Civil Brasileiro.<sup>38</sup>

<sup>31</sup> VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito civil: direito das sucessões*. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p.115.

<sup>32</sup> LEGADO: “[...] é disposição testamentária a título particular, relativa a bem ou direito certos ou determináveis e existentes na data da morte do testador.” In: Lôbo, Paulo. *Direito civil: sucessões*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.p.256.

<sup>33</sup> CODICILO: “[...] visa fixar normas para regular, por instrumento particular, o enterro do testador, como também a atribuição de certas esmolas ou legados de pouco valor, feitos aos pobres. Admite-se, ainda, que seja feita por codicilo a nomeação ou substituição do testamenteiro”. In: Wald, Arnaldo. *Direito civil : direito das sucessões*. 14. ed. Reformulada. São Paulo: Saraiva, 2009.p. 152-153

<sup>34</sup> TARTUCE, 2012, p. 1241.

<sup>35</sup> RODRIGUES, Sílvio. *Direito Civil*. 3. ed. São Paulo. Max Limonad. 1967.v.7. p. 112.

<sup>36</sup> GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito civil brasileiro: direito das sucessões*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 233.

<sup>37</sup> DINIZ, 2010, p. 188.

<sup>38</sup> BRASIL. Lei nº 10.406/2002. Código Civil Brasileiro: “Art. 1.860. Além dos incapazes, não podem testar os que, no ato de fazê-lo, não tiverem pleno discernimento. Parágrafo único. Podem testar os maiores de dezesseis anos”. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm)>. Acesso em 10 de abr. 2015.

Destarte, o testamento será considerado válido se o testador for considerado capaz, tiver manifestado livre e espontaneamente a sua vontade e observar a formalidade exigida para o ato, requisitos que se assemelham ao testamento vital.

#### b) Formas de testamento

A legislação pátria classifica o testamento em ordinário e especial, este primeiro dispõe sobre as formas tradicionais de testar e, salvo quando abarcado por incapacidade, podem ser utilizados por qualquer pessoa, em qualquer momento da vida, e especial, que são formas excepcionais de testar, possuindo existência transitória, de ínfimo uso.<sup>39</sup>

O testamento vital não está previsto expressamente no ordenamento jurídico do Brasil, embora não subsistam razões que impeçam a sua utilização e validade, não obstante posicionamentos contrários.

O Código Civil de 2002 descreve três formas ordinárias de testamento são elas o público, cerrado e particular: O testamento público, segundo Tartuce, “é aquele que traz maior segurança para as partes envolvidas, pois lavrado pelo tabelião”<sup>40</sup> e ficará registrado em cartório, nos termos do art. 1.864 do Código Civil. É um ato do testador, realizado perante um oficial público que registra suas declarações, na presença de duas testemunhas.<sup>41</sup>

O testamento cerrado é “escrito com caráter sigiloso, feito pelo testador ou por alguém a seu rogo, e por aquele assinado, completado por instrumento de aprovação lavrado pelo tabelião em presença de duas testemunhas idôneas”.<sup>42</sup> De regra, apenas o testador conhece o teor do testamento, que vem a ser conhecido apenas quando realizada a sua abertura.

O testamento particular é o ato de disposição de última vontade escrito e assinado pelo próprio testador, e lido em voz alta para três testemunhas, que também o assinam, tendo por incumbência confirmar a autenticidade depois da morte do testador.<sup>43</sup>

Além dos testamentos ordinários, o Código Civil de 2002 prevê também formas de testamentos especiais, as quais são “determinadas por circunstâncias e situações excepcionais em que se encontra aquele que pretende manifestar a sua última vontade e que justificam a

<sup>39</sup> VENOSA, 2010, p.214.

<sup>40</sup> TARTUCE, 2012, p. 1309.

<sup>41</sup> VENOSA, 2010, p.215.

<sup>42</sup> DINIZ, 2010, p. 221.

<sup>43</sup> GONÇALVES, 2011, p. 280.

diminuição de formalidades e exigências legais”. Compreende o testamento marítimo, aeronáutico e militar. Como discorre Carlos Maximiliano:

[...] circunstâncias extraordinárias impõem abrandamento de rigor, diminuição de formalidades, não só porque não há tempo nem meios de fazer vir oficial público, mas também porque o local não comporta a presença de juristas experimentados e as complicadas exigências legais não se acham ao alcance de qualquer leigo em Direito. Por estes motivos as legislações de todos os países cultos admitem os testamentos especiais, muito fáceis de elaborar, porém permitidos *como exceção*, em condições restritas e determinadas. Têm ainda outra característica – a enfermidade: a sua eficiência é limitada no tempo.<sup>44</sup>

Testamento marítimo pode ser utilizado por aquele que estiver em viagem, a bordo de navios de guerra ou mercante, quando ocorrer algum fato que coloque a pessoa em risco a vida e haja a impossibilidade de desembarque em algum porto, caducará se o testador não morrer na viagem.<sup>45</sup>

O testamento aeronáutico pode ser feito por quem estiver em viagem, a bordo de aeronave militar ou comercial, que se encontra em perigo iminente de morte e deseja manifestar a sua última vontade. Será feito na presença de pessoa designada pelo comandante e de duas testemunhas.<sup>46</sup> Acrescenta Fábio Ulhoa Coelho que o testamento caduca se o testador não morrer na viagem e sobreviver ainda por noventa dias, sem ratificar seus termos.<sup>47</sup>

O testamento militar é “permitido aos militares e demais pessoas a serviço das Forças Armadas em campanha, dentro do país ou fora dele, assim como em praça sitiada, ou que esteja de comunicações interrompidas”.<sup>48</sup>

Não obstante estas breves considerações, que demonstram que o uso do nome Testamento Vital seria tecnicamente incorreto, no presente estudo manter-se-á esta denominação, que é normalmente utilizada no Brasil, apenas feita a ressalva de que não possui idêntica correlação com o testamento previsto no Código Civil Brasileiro.

<sup>44</sup> MAXIMILIANO, Carlos. *Direito das Sucessões*. 2. ed. Rio de Janeiro: Freitas Batos, 1942. v. II, n 523. p. 17.

<sup>45</sup> GONÇALVES, 2011, p. 307.

<sup>46</sup> DINIZ, 2010, p. 230.

<sup>47</sup> COELHO, 2011, p.311.

<sup>48</sup> VENOSA, 2010, p.240.

## 2.3 Experiência estrangeira

Tendo em vista que o Testamento Vital é um tema relativamente novo no contexto brasileiro e ainda não é disciplinado em legislação específica, demonstra-se importante discorrer sobre este instituto no contexto internacional, pois em muitos países ele é amplamente utilizado, além de possuir legislações avançadas que o regulamentam.

### 2.3.1 Estados Unidos

Conforme já referido anteriormente, o termo *living will*<sup>49</sup> teve sua origem nos EUA em 1967, o qual foi proposto pela Sociedade Americana para a Eutanásia, como um documento em que o indivíduo declare a sua vontade para o fim da vida referente as intervenções médicas que deseja ou não receber.

O primeiro modelo de Testamento Vital e suas premissas foram esboçados nos Estados Unidos, no ano de 1969, na cidade de Chicago, por Luis Kutner, objetivando resguardar os direitos dos pacientes em estado terminal, em relação aos tratamentos de suporte à vida.<sup>50</sup> Sobre este fato, assim discorrem Clemente e Pimenta:

[...] em 1969, Luis Kutner, sugeriu um modelo de documento no qual o próprio indivíduo declarava que, se entrasse em estado vegetativo, com impossibilidade segura de recuperar suas capacidades físicas e mentais, deveriam ser suspensos os tratamentos médicos. Kutner sugeriu, ainda, que o testamento vital satisfizesse a quatro finalidades: primeira, em processos judiciais, a necessidade de se ter em conta a diferença entre homicídio privilegiado por relevante valor moral (a compaixão) e o homicídio qualificado por motivo torpe; segunda, a necessidade legal de permitir, ao paciente, o direito de morrer por sua vontade; a terceira, a necessidade de o paciente expressar seu desejo de morrer, ainda que incapaz de dar seu consentimento na ocasião; quarta, para satisfazer às três primeiras finalidades, dever-se-ia dar, ao paciente, garantias necessárias de que sua vontade fosse cumprida.<sup>51</sup>

A parte essencial do documento seria o consentimento livre e esclarecido, tendo Kutner ainda proposto que os pacientes pudessem acrescentar uma cláusula ao Termo de

<sup>49</sup> DADALTO, 2013, p. 60.

<sup>50</sup> ROCHA, Andréia Ribeiro da. *et al.* Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. Revista Bioética, Vol. 21, No 1. 2013. p. 85. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/790](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/790). Acesso em: 07 jun. 2014.

<sup>51</sup> CLEMENTE, Ana Paula Pacheco; Pimenta, Waldemar J. D. *Uma reflexão bioética do testamento vital: o que você faria se tivesse 7 dias?*. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, IX, n. 32, ago 2006. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=1231](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1231)>. Acesso em: 07 jun. 2014.

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre a realização de procedimentos cirúrgicos ou procedimentos mais radicais na qual manifestaria a sua recusa em ser submetido a eles. Desta maneira, defendeu que atender os desejos do paciente com um quadro incurável e irreversível, não se enquadrava no conceito de eutanásia, vez que a recusa do paciente no *living will* não abrangia os meios ordinários de preservação da vida. Com estas premissas alicerçou as bases do testamento vital, que passou a ser estudado e propiciou uma constante evolução sobre o assunto nos Estados Unidos da América.<sup>52</sup>

O primeiro caso a chegar aos tribunais dos EUA sobre o *living will* ocorreu em 1976, no estado de New Jersey, em que a americana Karen Ann Quinlan, de 22 anos, entrou em coma, situação que foi considerada pelos médicos como irreversível. Os pais adotivos de Karen, após tomarem ciência da situação clínica de sua filha, solicitaram a retirada de seu respirador, sob a alegação de que esta teria manifestado, previamente ao coma, que não desejava ser mantida viva por aparelhos. Diante da negativa do médico responsável, recorreram ao Poder Judiciário requerendo a autorização judicial para que a vontade de Karen fosse efetivada. Em primeira instância a autorização foi negada, já em segunda instância a Suprema Corte de *New Jersey*, após uma avaliação do quadro clínico de Karen, que concluiu a irreversibilidade do quadro, em 31 de março de 1976 concedeu a família o direito de solicitar ao médico o desligamento do aparelho que a mantinha viva. Karen ainda viveu por mais nove anos, sem o respirador externo, no mesmo quadro clínico de antes, falecendo em decorrência de uma pneumonia.<sup>53</sup>

Em razão da grande repercussão que o caso acima relatado teve, no mesmo ano foi aprovada a primeira lei norte-americana, no estado da Califórnia, reconhecendo o direito aos pacientes em recusar ou suspender um tratamento médico, bem como amparou os profissionais da saúde para respeitar a vontade manifestada previamente pelo paciente, foi o *Natural Death Act*.<sup>54</sup> Com a aprovação desta lei, membros de associações médicas da Califórnia elaboraram um documento com orientações para ajudar os interessados em redigir um *living will*, denominado de *Guidelines and Directive*.<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> DADALTO, 2013, p.96-97.

<sup>53</sup> DADALTO, 2010, p.97-98.

<sup>54</sup> Lei norte-americana elaborada em 1976, que se tornou o primeiro diploma legal a textualmente reconhecer o testamento vital. LUCIANA DADALTO. Rev. Bioét. vol. 21 nº.1 Brasília Jan./Apr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422013000100012&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422013000100012&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em 12 abr. 2015.

<sup>55</sup> DADALTO, 2013.p.98.

A aprovação da lei no Estado da Califórnia foi o propulsor para a aprovação de leis que regulamentam o *living will* em outros estados norte-americanos, mas uma lei federal com validade para todo país somente ocorreu após o caso Nancy Cruzan, a lei aprovada foi denominada *Patient Self Dertermination Act (PSDA)*<sup>56</sup>, que passou a reconhecer o direito dos pacientes em fim de vida de se autodeterminarem.

No início do ano de 1983 a americana Nancy Beth Cruzan, 25 anos, perdeu o controle de seu automóvel e sofreu um grave acidente, que a deixou com dano cerebral permanente e irreversível. Após o diagnóstico, os pais de Nancy, juntamente com seu esposo, solicitaram ao hospital que fossem retirados todos os procedimentos de hidratação e nutrição assistidos, sob o fundamento que esta havia dito para um colega de quarto que se fosse acometida por alguma doença ou sofresse algum ferimento que a deixasse com menos da metade de suas capacidades normais, não gostaria de ser mantida viva. No entanto, os médicos não atenderam a solicitação sem uma autorização judicial. Diante da negativa dos médicos os pais de Nancy postularam judicialmente autorização para cumprir a vontade da filha. O caso chegou a Suprema corte americana, que após audiências, ordenou ao hospital que cumprisse o desejo da família da paciente.<sup>57</sup>

Esta lei americana (PSDA) reconheceu o direito dos pacientes de recusarem os procedimentos que mantêm a vida, inclusive a alimentação artificial, direito que os pacientes têm protegido pela constituição norte-americana. Outro ponto de muita importância, foi de que os médicos que venham a suspender os tratamentos dos pacientes quando estes assim desejarem, terão imunidade civil e criminal.

### 2.3.2 Europa

Para o estudo do tema, importante destacar a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do ser Humano em face das Aplicações da Biologia e da

---

<sup>56</sup> Patient Self Determination Act of 1990 (Introduced in House) - HR 5067 IH - 101st Congress - 2d Session. Disponível em: <<http://testamentovital.com.br/legislacao/estados-unidos/>>. Acesso em 13 abr. 2015.

<sup>57</sup> GOLDIM, José Roberto. *Caso Nancy Cruzan*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/nancy.htm>>. Acesso em 02 de jan. 2015.

Medicina<sup>58</sup>, realizada em Oviedo, em 1997, na Espanha. Os signatários são os Estados membros do Conselho da Europa<sup>59</sup>, dos quais apenas 23 ratificaram a convenção.

Sobreleva destacar o artigo 9º do Convênio de Oviedo<sup>60</sup>, tendo em vista que traz expresso em seu texto a vontade do paciente, quanto às intervenções médicas quando o paciente não puder mais se expressar, que serão levados em consideração.

A autora Luciana Dadalto destaca dois importantes pontos que devem ser observados em relação ao Convênio de Oviedo: de que o convênio é posterior às leis norte-americanas sobre as diretivas antecipadas de vontade; de que as aprovações de leis sobre os direitos dos pacientes terminais na Europa ocorreram em um movimento internacional, promovido por uma organização. Destaca ainda que antes do Convênio as Diretivas Antecipadas de Vontade eram previstas apenas nas legislações da Finlândia, Holanda e Hungria, após, também legislaram sobre o tema Bélgica, Espanha, Inglaterra e País de Gales, Áustria, Alemanha e Portugal.<sup>61</sup>

Desta forma, serão analisados a seguir a experiência de alguns países europeus em relação a declaração prévia de vontade para o fim da vida.

#### a) Espanha

Na legislação espanhola a declaração prévia de vontade para o fim da vida é denominada de *instrucciones previas*. A primeira lei a positivar as “instruções prévias” foi feita pela comunidade autônoma da Catalunã, através da lei nº 21/2000<sup>62</sup>, segunda a qual tem por objetivo o reconhecimento do princípio da autonomia do paciente.<sup>63</sup> A lei catalã traz em seu artigo 8º<sup>64</sup>, especificamente, as *voluntades anticipadas*, no qual descreve que o

<sup>58</sup>ESPAÑA. Convenio de Oviedo. 1997. Disponível em: <<http://www.bioeticanet.info/documentos/Oviedo1997.pdf>>. Acesso em 10 de jan. 2015.

<sup>59</sup> CONSELHO DA EUROPA. Estados membros. Disponível em: <<http://www.coe.int/en/web/about-us/our-member-states>>. Acesso em 20 dez. 2014.

<sup>60</sup> Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad. ESPAÑA. Convenio de Oviedo. 1997. Disponível em: <<http://www.bioeticanet.info/documentos/Oviedo1997.pdf>>. Acesso em 10 de jan. 2015.

<sup>61</sup> DADALTO, 2013, p.105-106.

<sup>62</sup> ESPAÑA. Ley 21/2000, de Cataluña, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica. Disponível em: <<http://www.unav.es/cdb/leescatautpac.html>>. Acesso em 02 jan. 2015.

<sup>63</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido e diretivas anticipadas de vontade*. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.p. 184.

<sup>64</sup> “Artículo 8. Voluntades anticipadas.

documento é dirigido ao médico responsável, bem como traz os requisitos necessários para que a declaração de vontade seja válida e eficaz juridicamente.

Após, outras comunidades autônomas também regulamentaram sobre o tema, sendo que a primeira lei estatal foi promulgada em 14 de novembro de 2002, de nº 41/2002, que dispõe sobre a autonomia do paciente e os direitos e obrigações em relação a informação e documentação clínica, a qual estabelece sobre as “instruções prévias” especificamente em seu artigo 11:<sup>65</sup>

Artigo 11. Instruções prévias.

1. Pelo documento de instruções prévias, uma pessoa maior de idade, capaz e livre manifesta antecipadamente sua vontade, com objetivo de que este se cumpra em situações nas quais não seja capaz de expressar pessoalmente, sobre os cuidados e tratamentos de saúde, ou, uma vez chegado o falecimento, sobre o destino de seu corpo ou dos órgãos do mesmo. O outorgante pode também designar um representante para que, chegado o caso, sirva como seu interlocutor para o médico ou a equipe sanitária para procurar o cumprimento das instruções prévias.
2. Cada serviço de saúde regulará o procedimento adequado para que, chegado o caso, se garanta o cumprimento das instruções prévias de cada pessoa, que deverá constar sempre por escrito.
3. Não serão aplicadas as instruções prévias contrárias ao ordenamento jurídico, à “lex artis”, nem as que não correspondam com o que se suponha que o interessado tivesse previsto no momento de manifestá-las. Na história clínica do paciente ficará anotado as razões relacionadas com estas previsões.
4. As instruções poderão ser revogadas livremente a qualquer momento, por escrito.
5. Com o fim de assegurar a eficácia em todo o território nacional das instruções prévias manifestadas pelo paciente e formalizadas de acordo com o disposto na

---

1. El documento de voluntades anticipadas es el documento, dirigido al médico responsable, en el que una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias concurrentes no le permitan expresar personalmente su voluntad. En este documento, la persona puede también designar un representante, que será el interlocutor válido y necesario para el médico o el equipo sanitario, para que le sustituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma.

2. Ha de haber constancia fehaciente de que el documento se otorgó en las condiciones citadas en el apartado 1. A estos efectos, la declaración de voluntades anticipadas se ha de formalizar mediante uno de los procedimientos siguientes:

a) Ante notario. En este su puesto no cabe la presencia de testigos.

b) Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no han de tener relación de parentesco hasta el segundo grado con el otorgante ni estar vinculados con él por relación patrimonial.

3. No se podrán tener en cuenta las voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto haya previsto a la hora de emitirlas. En estos casos se ha de hacer la correspondiente anotación razonada en la historia clínica del paciente.

4. Si hay voluntades anticipadas, la persona que las haya otorgado, sus familiares o su representante ha de entregar el documento que las contiene al centro sanitario en que el paciente es atendido. Esta documentación de voluntades anticipadas se incorporará a la historia clínica del paciente. ESPANHA. Ley 21/2000, de Cataluña, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica”. Disponível em: <<http://www.unav.es/cdb/leescatautpac.html>>. Acesso em 02 jan. 2015.

<sup>65</sup> ESPANHA. Ley básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponível em: < <http://www.unav.es/cdb/leesautpac.html>>. Acesso em 03 jan. 2015.

legislação das respectivas comunidades autônomas, se criará no Ministério de *Sanidad y Consumo* o Registro nacional de instruções prévias que se regerá pelas normas que se determinem, prévio acordo do *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*.<sup>66</sup>

Conforme se verifica, por meio das *instrucciones previas* uma pessoa maior de idade, capaz e livre, pode deixar registrada a sua manifestação de vontade, para que seja cumprida quando não mais seja capaz de se expressar. É possível ainda que o outorgante possa designar um representante, para que atue em seu nome, buscando cumprir as instruções prévias, quando não puder mais se manifestar.

Em relação aos requisitos formais das instruções prévias, verifica-se que devem ser escritas e podem ser feitas em cartório perante o notário, ou diante de funcionário do Conselho Nacional de Saúde, que possuem fé pública, ou ainda perante três testemunhas. Serão incluídas no histórico clínico do paciente e podem ser revogadas a qualquer tempo pelo outorgante.<sup>67</sup>

Em 2007 foi publicado o Real Decreto nº 124/2007<sup>68</sup>, que dispõe sobre o ponto 5, do artigo 11 da lei 41/2002, criando o Registro Nacional de Instruções Prévias, que deveria ser criado pelo *Ministerio de Sanidad y Consumo*, bem como ordena que este ministério crie um sistema automatizado de dados de caráter pessoal, para facilitar o conhecimento e localização das instruções prévias realizadas em todo território nacional espanhol.

Pelo exposto, constata-se que a Espanha possui avançada legislação sobre o Testamento Vital, garantindo que o desejo manifestado pelo paciente que se encontre em fim de vida seja respeitado.

## b) Portugal

Portugal foi um dos países membros do Conselho da Europa que ratificou, em 2001, a Convenção de Oviedo e em 2012 houve a promulgação da lei nº25/2012, que estabelece o regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), em matérias de cuidado com a saúde,

<sup>66</sup> DADALTO, 2013, p. 111-112.

<sup>67</sup> DADALTO, 2013, p. 113-114

<sup>68</sup> ESPANHA. Real decreto nº 124/2007. Disponível em: <<http://www.observatoriobioetica.org/wp-content/uploads/2013/12/REAL-DECRETO-1242007-de-2-de-febrero-por-el-que-se-regula-el-Registro-nacional-de-instrucciones-previas-y-el-correspondiente-fichero-automatizado-de-datos-de-car%C3%A1cter-personal.pdf>>. Acesso em 15 de jan. 2015.

sendo denominado como Testamento Vital, regula a nomeação de procurador, bem como criou o Registro Nacional de Testamento Vital.<sup>69</sup>

Esta lei não traz grandes inovações, vez que se assemelha com as legislações dos Estados Unidos e Espanha, no entanto, progride na criação do Registro Nacional de Testamento Vital (RENTEV), o qual tem como finalidade recepcionar, registrar, organizar e manter atualizada a informação e documentação relativas ao documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde, não apenas para os cidadãos portugueses, como para estrangeiros e apátridas residentes no país.

Em linhas gerais a diretiva antecipada de vontade, segundo dispõe a lei portuguesa, é um ato unilateral e revogável a qualquer tempo, o documento deve ser escrito e conter as disposições de vontade da pessoa, manifestadas previamente, e que não podem contrariar as leis vigentes no país. O indivíduo deve ser maior de idade e capaz, tendo discernimento para que sua vontade seja consciente, livre e esclarecida. A eficácia do documento se dará com o cadastro no registro nacional (RENTEV), ou quando recebida pela equipe médica responsável pelo tratamento do outorgante, ou pelo procurador de cuidados de saúde. Não pode contrariar a lei e a ordem pública.<sup>70</sup>

<sup>69</sup> PORTUGAL. Lei 25/2012. Disponível em: <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0B43C2DF-C929-4914-A79A-E52C48D87AC5/0/TestamentoVital.pdf>>. Acesso em: 26 de jan. 2015.

<sup>70</sup> PORTUGAL. Lei 25/2012. Artigo 2.º Definição e conteúdo do documento

1 — As diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

[...]

Artigo 3.º Forma do documento

1 — As diretivas antecipadas de vontade são formalizadas através de documento escrito, assinado presencialmente perante funcionário devidamente habilitado do Registro Nacional do Testamento Vital ou notário [...]

Artigo 4.º Requisitos de capacidade

Podem outorgar um documento de diretivas antecipadas de vontade as pessoas que, cumulativamente:

- a) Sejam maiores de idade; b) Não se encontrem interditas ou inabilitadas por anomalia psíquica;
- c) Se encontrem capazes de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido.

Artigo 5.º Limites das diretivas antecipadas de vontade

São juridicamente inexistentes, não produzindo qualquer efeito, as diretivas antecipadas de vontade:

- a) Que sejam contrárias à lei, à ordem pública ou determinem uma atuação contrária às boas práticas;

[...]

Artigo 6.º Eficácia do documento

1 — Se constar do RENTEV um documento de diretivas antecipadas de vontade, ou se este for entregue à equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde pelo outorgante ou pelo procurador de cuidados de saúde, esta deve respeitar o seu conteúdo, sem prejuízo do disposto na presente lei. [...]. Disponível em: <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0B43C2DF-C929-4914-A79A-E52C48D87AC5/0/TestamentoVital.pdf>>. Acesso em: 26 de jan. 2015

### 2.3.3 America Latina

#### a) Uruguai

Em 2009 o Uruguai regulamentou o Testamento Vital por meio da Lei nº 18.473, que instituiu a *Voluntad Anticipada*. Estabelece a lei no primeiro artigo, que toda pessoa maior de idade, psiquicamente apta, de forma voluntária, consciente e livre tem o direito de opor-se a procedimentos médicos, exceto quando afetar ou puder afetar a saúde de terceiros. Ressalva o artigo que a manifestação antecipada de vontade não pode se opor aos cuidados paliativos correspondentes a patologia do paciente.<sup>71</sup>

O artigo segundo traz quais as formas em que pode ser feita a manifestação antecipada de vontade, que indica que poderá ser feita por escrito com a assinatura dos titulares e das testemunhas, e que também poderá se manifestar na presença de um escrivão público, documentando-se em escritura pública o ato material. Qualquer das formas utilizadas deverá ser incorporada à história clínica do paciente.<sup>72</sup>

A *voluntad anticipada* pode ser revogada a qualquer momento, de maneira escrita ou verbal pelo seu titular. Destaca a lei que, o diagnóstico do estado terminal de uma doença incurável ou irreversível, deverá ser atestado pelo médico que trata o paciente e ratificado por um segundo na história clínica do paciente. Caso o paciente em estado terminal de uma doença incurável ou irreversível, não tenha expressado a sua vontade e se encontre impossibilitado de fazê-la, a suspensão dos procedimentos e tratamentos será uma decisão do cônjuge ou “concupino”, ou, na sua ausência, dos familiares em primeiro grau de consanguinidade.

A referida lei dispõe ainda que, em todos os casos de suspensão de tratamento que trata esta lei, o médico deverá comunica-lo à Comissão de Bioética da instituição, quando

---

<sup>71</sup> URUGUAI. Voluntad Anticipada, Ley Nº 18.473/2009. “Artículo 1º.- Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros. Del mismo modo, tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible [...]”.Disponível em: <<http://observatoriointernacional.com/?p=677>>. Acesso em 10 dez. 2015.

<sup>72</sup> URUGUAI. Voluntad Anticipada, Ley Nº 18.473. “Artículo 2º.- La expresión anticipada de la voluntad a que refiere el artículo anterior se realizará por escrito con la firma del titular y dos testigos. En caso de no poder firmar el titular, se hará por firma a ruego por parte de uno de los dos testigos. También podrá manifestarse ante escribano público documentándose en escritura pública o acta notarial. Cualquiera de las formas en que se consagre deberá ser incorporada a la historia clínica del paciente”.Disponível em: <<http://observatoriointernacional.com/?p=677>>. Acesso em 10 dez. 2015.

existirem, e esta deverá se manifestar no prazo de 48 horas. Em caso de não haver pronunciamento da Comissão, se considerará tacitamente aprovada a suspensão do tratamento. Se existir objeção de consciência pelo médico que trata o paciente, esta será causa suficiente para sua substituição por outro profissional.<sup>73</sup>

Ao médico é garantido o direito à objeção de consciência, sendo substituído por outro profissional médico. Além disso, cabe a instituição de saúde, pública ou privada, garantir o cumprimento da vontade do paciente, manifestada no documento escrito.

#### b) Argentina

Na Argentina não há uma lei federal específica sobre as DAV, estas são tratadas em um único artigo da Lei 26.529/2009 que dispõe sobre os Direitos do paciente em sua relação com os profissionais e instituições de saúde:<sup>74</sup>

ARTICULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanasicas, las que se tendrán como inexistentes.<sup>75</sup>

Como se percebe este artigo não esclarece pontos nevrálgicos, como a forma do documento, quais tratamentos podem ser suspensos, além disso, permite que o paciente recuse tratamentos paliativos e não menciona acerca da ocorrência da objeção de consciência do médico, dentre outros.

<sup>73</sup> URUGUAI. Voluntad Anticipada, Ley Nº 18.473/2009. “Artículo 8º.- En todos los casos de suspensión de tratamiento que trata esta ley, el médico tratante deberá comunicarlo a la Comisión de Bioética de la institución, cuando éstas existan, creadas en cumplimiento de la Ley Nº 18.335, de 15 de agosto de 2008, en la redacción dada por el artículo 339 de la Ley Nº 18.362, de 6 de octubre de 2008, debiendo en ese caso resolver en un plazo de 48 horas de recibida esta comunicación. En caso de no pronunciamento en dicho plazo se considerará tácitamente aprobada la suspensión del tratamiento.

Asimismo, las instituciones de salud deberán comunicar todos los casos de suspensión de tratamiento a la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública, a los efectos que corresponda”. Disponível em: <<http://observatoriointernacional.com/?p=677>>. Acesso em 10 dez. 2015

<sup>74</sup> ARGENTINA. Ley 26.529/2009. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>>. Acesso em: 27 de jan. 2015

<sup>75</sup> ARGENTINA. Lei 26.529/2009, art. 11: Diretivas anticipadas. Toda pessoa capaz, maior de idade, pode dispor diretivas antecipadas sobre sua saúde, podendo consentir ou recusar determinados tratamentos médicos, preventivos ou paliativos, e decisões relativas a sua saúde. As diretivas deverão ser aceitas pelo médico que cuidar do paciente, salvo as que impliquem em pratica de eutanásia, que serão tidas como inexistentes. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>>. Acesso em: 27 de jan. 2015

Seguindo o exemplo de outros países como Estados Unidos, a legislação Argentina a cerca do testamento vital começou pela província de Rio Negro, que foi a primeira província a legislar sobre o tema, com a lei nº 4.263 de 2007, que trata especificamente sobre as diretivas antecipadas.<sup>76</sup>

Desta forma, constata-se que o país, em que pese ter dado importante passo ao positivar as DAV, verifica-se que ainda existem lacunas e problemas a serem solucionados e questões a serem debatidas sobre o Testamento vital.

## **2.4 Outros institutos relacionados ao paciente em fim da vida**

A finitude da vida humana é algo natural e inevitável, todos algum dia irão morrer, cada qual ao seu tempo. O problema surge quando alguém é acometido por grave doença, sendo que não há perspectiva de reversão do quadro clínico. Nestes casos tanto a pessoa quanto sua família, encontram-se em uma difícil situação, na qual irreversivelmente irão presenciar pouco a pouco a progressão da doença, e, possivelmente, o grande sofrimento pelo qual seu ente querido irá passar.

A partir da situação acima relatada, não rara de acontecer, que envolve a vida de pessoas que encontram-se gravemente enfermas, sem chances de retomar a sua vida com qualidade, surgem novos institutos que inserem-se neste contexto da terminalidade da vida, tornando-se necessária a sua apresentação para que não se confundam com o Testamento Vital.

### **a) Eutanásia**

O primeiro instituto sobre o qual irá se discorrer é o da eutanásia, que tem como ponto crucial a abreviação da vida do paciente. Derivada do grego *eu* (boa), *thanatos* (morte), o termo eutanásia pode ser traduzido como *boa* morte, morte apropriada ou morte benéfica, fácil, crime caritativo, ou simplesmente, direito de matar. Segundo Goldim, o termo foi proposto pelo inglês Francis Bacon, em 1623, em sua obra "*Historia vitae et mortis*", como sendo o "tratamento adequado as doenças incuráveis".<sup>77</sup>

<sup>76</sup> DADALTO, 2013, p. 124-125.

<sup>77</sup> GOLDIM, José Roberto. *Eutanásia*. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanasi.htm>. Acesso em: 10 de abr. 2015.

O significado da nomenclatura eutanásia evoluiu desde a sua criação, sendo que condutas diferentes aos poucos também foram se desenvolvendo. Atualmente, vem sendo utilizada como “a ação médica que tem por finalidade abreviar a vida de pessoas”, ou seja, o médico provoca a morte do paciente que está acometido por uma doença e em decorrência desta patologia sofre demasiadamente, sem perspectiva de melhora. A conduta do médico pode se dar através de ação ou omissão, com consentimento da pessoa, que promove o óbito do paciente em estado de grave sofrimento por doença incurável, abreviando-lhe a vida. O médico age a requerimento da pessoa doente, sob o ímpeto de piedade e humanidade.<sup>78</sup>

Analisando a conduta da eutanásia, verifica-se que basicamente ela abrange dois elementos, que são a intenção e o efeito da ação. A partir destes dois elementos a eutanásia poderá classificar-se como ativa ou omissiva. A Eutanásia ativa ocorre quando a intenção de a realizar gera uma ação, que se divide em eutanásia ativa direta e indireta. A eutanásia ativa direta, que seria abreviar a vida do paciente por uma ação deliberada, como por exemplo, uma injeção letal, e a eutanásia ativa indireta também tem o objetivo de abreviar a vida do paciente, mas ao mesmo tempo amenizar o seu sofrimento, podendo-se citar a aplicação de morfina que em altas doses pode acelerar a morte.<sup>79</sup>

De outro modo, quando a intenção de realizar a eutanásia gerar uma omissão, a eutanásia passiva pode consistir tanto em não realizar um tratamento como suspendê-lo. Ainda, pode ocorrer quando o médico não realiza o tratamento de uma enfermidade ou complicação intercorrente, sendo que a morte do paciente ocorrerá inevitavelmente.<sup>80</sup>

No direito brasileiro a prática da eutanásia é considerada crime, tipificado no artigo 121, do Código Penal Brasileiro<sup>81</sup>, sendo irrelevante se a vítima tenha consentido ou não com o ato para fins de descaracterizar a conduta criminosa.

Desta forma, verifica-se que o ordenamento jurídico-constitucional pátrio não autoriza nenhuma das espécies de eutanásia, punindo qualquer ato que atente contra a vida das pessoas. Do mesmo modo, muitos países também não permitem a eutanásia, sendo certo que gera fervorosos debates entre os que são contra e os que são a favor.

---

<sup>78</sup> SÁ, 2012, p.88.

<sup>79</sup> Ibid., p.89.

<sup>80</sup> Ibid., p.89.

<sup>81</sup> BRASIL. Código Penal Brasileiro. Lei nº 2.848/40, Art. 121 - Matar alguém. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 09 dez. 2014.

## b) Ortotanásia

A Ortotanásia é, não raras vezes, é confundida com as diretivas antecipadas de vontade, mais especificamente com o testamento vital, por isso, é essencial apresentar os principais aspectos sobre este assunto, a fim de visualizar as diferenças existentes.

Originária do grego, a palavra ortotanásia significa morte correta: *orto* (certo), *thanatos* (morte), por meio da sua prática, busca-se o processo de morte natural, sem prolongamentos artificiais. De suma importância ressaltar que a ortotanásia é praticada pelo médico, que contribui para que o processo natural de morte do paciente ocorra.<sup>82</sup>

Segundo Oscar Garay, a ortotanásia é concretizada pela abstenção, supressão ou limitação de todo tratamento fútil, extraordinário ou desproporcional tendo em vista a proximidade da morte do paciente, “morte que não se busca (pois o que se pretende é humanizar o processo de morrer, sem prolongá-lo abusivamente) nem se provoca (já que se resultará da própria enfermidade de que o sujeito padece)”.<sup>83</sup>

Salienta a autora Luciana Dadalto que, não obstante o entendido por alguns doutrinadores, a eutanásia passiva não é sinônimo de ortotanásia, tendo em vista que na primeira há uma abstenção em realizar os tratamentos ordinários, como os cuidados paliativos, na segunda há uma abstenção em realizar tratamentos extraordinários, suspende-se os esforços terapêuticos.<sup>84</sup>

Outra importante diferenciação a ser feita, é em relação às diretivas antecipadas da vontade, pois a ortotanásia caracteriza-se em respeitar à decisão do paciente em fase terminal em relação aos procedimentos e tratamentos que prolonguem sua vida, por outro lado que as diretivas antecipadas de vontade versam sobre os desejos da pessoa que os redigiu antes que se encontre em estado de inconsciência, não podendo manifestar sua vontade de forma livre e autônoma, ou seja, é a decisão realizada antes da enfermidade.<sup>85</sup>

Desta forma, verifica-se que na ortotanásia há interferência no processo de morrer no sentido de abreviação, no entanto, o paciente é visto como um ser humano e é tratado com benevolência, não sofrendo desnecessariamente.

---

<sup>82</sup> GOZZO, Débora; Wilson Ricardo Ligeira (organizadores). *Bioética e direitos fundamentais*. São Paulo: Saraiva, 2012.p.173.

<sup>83</sup> DADALTO, 2013 apud GARAY, Oscar E. *Derechos Fundamentales de los pacientes*. Buenos Aires: Ad – Hoc, 2003. p.339.

<sup>84</sup> DADALTO, 2013, p.56.

<sup>85</sup> ALVES, Cristiane Avanci. *Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: Considerações sobre linguagem e fim de vida*. *REVISTA SÍNTESE DIREITO DE FAMÍLIA*. v. 15, n. 80, out./nov. 2013. p. 39-40.

## c) Distanásia

Etimologicamente a palavra distanásia provem do grego *dys* (mau, anômalo) e *thanatos*, (morte) consiste em intervenção ou procedimento médico que não tem como escopo beneficiar diretamente o paciente em fim de vida, mas apenas prolonga inutilmente a sua morte.<sup>86</sup> De acordo com José Eduardo Siqueira:

Tratamento desproporcional é a intervenção médica efetuada em pacientes terminais, que consiste na utilização de métodos diagnósticos ou terapêuticos cujos resultados não trazem benefício ao paciente. Ao contrario, podem trazer mais sofrimento. São inúteis, pois não promovem alívio e conforto nem modificam o prognostico da doença. Ou seja, o benefício almejado é muito menor que os inconvenientes provocados, os profissionais de fala hispânica a denominam de “encarniçamento terapêutico”. E os anglo-saxões, mais comedidos, de “futilidade terapêutica”.<sup>87</sup>

Há uma busca pelo máximo prolongamento da quantidade de vida biológica, não se preocupando com a questão da qualidade da vida do paciente, o objetivo central é apenas estender o processo da morte.<sup>88</sup> O paciente deixa de ser o centro de preocupações dos procedimentos médicos para se tornar uma espécie de “objeto”, que deve ter o seu funcionamento prolongado a qualquer custo, até que pare de funcionar. Corroborando com os conceitos expostos, assim discorre Leo Pessini:

Entendemos a distanásia como uma ação, intervenção ou um procedimento médico que não atinge o objetivo de beneficiar a pessoa em fase terminal e prolonga inútil e sofridamente o processo de morrer, procurando distanciar a morte.<sup>89</sup>

Percebe-se, deste modo, que os procedimentos adotados neste instituto não irão melhorar o estado de saúde do paciente, as intervenções médicas apenas adiam o fim inevitável da vida do paciente em fase terminal, podendo inclusive não aliviar o seu sofrimento, mas prolongá-lo a um custo desnecessário.

<sup>86</sup> SILVA, Reinaldo Pereira e. *Biodireito: a nova fronteira dos direitos humanos*. São Paulo: LTr, 2003.p.66.

<sup>87</sup> SÁ, 2012 apud SIQUEIRA, José Eduardo de; BRUM, Eliane. *Testamento Vital: Conselho Federal de Medicina prepara documento para garantir dignidade na morte*. In: RIBEIRO, Diaulas Costa (org.). *A relação médico-paciente: velhas barreiras, novas fronteiras*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010, p. 240/241.

<sup>88</sup> NAMBA, Edison Tetsuzo. *Manual de bioética e biodireito*. São Paulo: Atlas, 2009.p.173.

<sup>89</sup> MOREIRA, Mayana Sales. *Testamento Vital: um Estudo sobre o seu conteúdo lícito no Brasil*. *REVISTA SÍNTESE DIREITO DE FAMÍLIA*. v. 15, n. 80, out./nov. 2013. p.75. APUD: PESSINI, Leo. *Distanásia. Até quando prolongar a vida*. São Paulo: Loyola, 2001, 183.

#### d) Suicídio Assistido

O suicídio assistido é considerado crime no ordenamento jurídico brasileiro, é um fato que resulta por ato do próprio paciente que com a ajuda de terceiros provoca a própria morte. Este terceiro que ajuda o paciente a cometer o suicídio por ter orientado, auxiliado ou apenas observado a ação do paciente.<sup>90</sup>

Quando a vítima recebe auxílio para praticar o ato, ocorre a participação material de um indivíduo, que lhe oferece meios idôneos para tal, pode ser por um médico, enfermeiro, amigo ou parente, ou qualquer outra pessoa, ao deixar disponível e ao alcance do paciente algo que possa lhe causar a morte. Mesmo que a vítima somente tenha recebido ajuda para se matar, o agente incorre nas penas do auxílio ao suicídio, crime previsto no artigo 122, do Código Penal Brasileiro.<sup>91</sup> No entanto, se o ato que visa à morte do paciente é realizado por outro, este irá responder por homicídio, não por auxílio ao suicídio.<sup>92</sup>

#### e) Mistanásia

A mistanásia consiste na morte miserável, fora e antes do seu tempo, também denominada de “eutanásia social”, termo não muito adequado, pois, conforme já referido, eutanásia quer dizer “boa morte”, sem sofrimentos, características que não estão presentes neste caso.

José Roberto Goldim, citando Leonard Martin, refere que três situações dentro da categoria da mistanásia podem ser focalizadas:

[...] primeiro, a grande massa de doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais e econômicos, não chegam a ser pacientes, pois não conseguem ingressar efetivamente no sistema de atendimento médico; segundo, os doentes que conseguem ser pacientes para, em seguida, se tornar vítimas de erro médico e, terceiro, os pacientes que acabam sendo vítimas de má-prática por motivos

<sup>90</sup> SÁ, 2012 apud RIBEIRO, Diaulas Costa. *Viver bem não é viver muito*. Revista Jurídica Consulex. n. 29, ano III, v.I, maio de 1999.

<sup>91</sup> BRASIL. Código Penal Brasileiro. Lei nº 2.848/40, Art. 122 - Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio: Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça: Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 09 dez. 2014

<sup>92</sup> GOZZO, 2012, p.173.

econômicos, científicos ou sociopolíticos. A mistanásia é uma categoria que nos permite levar a sério o fenômeno da maldade humana.<sup>93</sup>

Na América Latina constata-se que a forma mais comum de mistanásia é por omissão de socorro que atingem os doentes. A estrutura dos centros médicos, de modo geral e a ausência ou a precariedade de serviços de atendimento médico fazem com que as pessoas que buscam e necessitam de atendimento morram antes da hora, enquanto esperam por atendimento, passando por sofrimentos desnecessários e que poderiam ser evitados.<sup>94</sup>

A mistanásia por imperícia ocorre quando o doente falece por inaptidão técnica dos agentes médicos ou hospitalares, que não se atualizam nem aprimoram os conhecimentos médicos. Outra situação é a mistanásia por imprudência, quando o médico prescreve tratamento ou outro procedimento sem exame direto do paciente, causando seu óbito, decorre do julgamento subjetivo do médico. Por outro lado, a mistanásia por negligência, é o fenômeno pelo qual se omite a tratamento de um doente e no abandono do paciente crônico ou terminal sem motivo justo.<sup>95</sup>

Por fim, a última forma de mistanásia é a que ocorre por má prática do profissional médico e/ou seus associados, que deliberadamente usam a medicina para outros fins, de modo a atentar contra os direitos humanos de uma pessoa, prejudicando direta ou indiretamente o doente ao ponto de menosprezar sua dignidade e provocar uma morte dolorosa ou de forma precoce.<sup>96</sup>

Diante do exposto, verifica-se que o Testamento Vital é um tema ainda não muito difundido no país, mas é necessário garantir que o paciente que se encontra no fim da vida tenha a sua vontade respeitada quando não mais puder expressá-la, é uma forma de garantir que seus direitos, garantidos constitucionalmente, como a dignidade da pessoa humana, direito à vida, autonomia, liberdade, proibição ao tratamento desumano, não sejam violados em seu leito de morte. É necessário que as discussões acerca do tema, tanto no âmbito médico como político, avancem, observando os avanços científicos e a realidade humana.

---

<sup>93</sup> GOLDIM, José Roberto. Eutanásia. APUD: MARTIN, Leonard M. Eutanásia e distanásia: iniciação à bioética. Revista do Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 171-192. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanasi.htm#mistanásia>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

<sup>94</sup> NAMBA, Edison Tetsuzo. Manual de bioética e biodireito/ Edison Tetsuzo Namba. – São Paulo: Atlas, 2009. p. 174

<sup>95</sup> Ibid., p. 175.

<sup>96</sup> Ibid., p. 175.

### 3 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS NORTEADORES DO TESTAMENTO VITAL

Para que se perceba a importância do Testamento Vital, bem como a sua legalidade e legitimidade no ordenamento jurídico pátrio, neste capítulo serão abordados os princípios da dignidade da pessoa humana, do direito à vida e da autonomia da vontade, sobre os quais serão apresentadas disposições gerais.

A necessidade em se discorrer sobre estes princípios previstos na Carta Magna afigura-se na medida em que são os pilares estruturantes para a defesa do testamento vital, haja vista que este instrumento possibilita ao paciente terminal dispor acerca dos tratamentos médicos que deseja ou não receber quando estiver acometido por doença terminal, assegurando a sua autonomia da vontade, de ter uma morte digna e sem prolongamento de sofrimentos desnecessários.

Para tanto, inicialmente, far-se-á uma breve introdução sobre a norma constitucional, os princípios, direitos e garantias fundamentais.

As normas são disposições que tutelam situações subjetivas de vantagem ou vínculo, reconhecendo por um lado, tanto para pessoas como para entidades, o direito de escolha em realizar certos interesses por ato próprio ou exigindo a ação ou a abstenção da outra parte, e, por outro lado, vinculam pessoas ou entidades à obrigação de se submeterem às exigências de realizar uma prestação, ação ou abstenção em favor da outra parte.<sup>97</sup>

Denota-se que as normas regulam as relações estabelecidas para pessoas como para entidades, reconhecendo-lhes direitos e obrigações, tanto no que refere-se às escolhas, como no modo de agir em relação à outra parte. Existe a possibilidade de realizar certos atos por interesse próprio, de exigibilidade e de sujeição.

Acrescenta Guilherme Penã de Moraes que normas constitucionais são conceituadas como “significações extraídas de enunciados jurídicos, caracterizadas pela superioridade hierárquica, natureza da linguagem, conteúdo específico e caráter político, com diferentes tipologias”.<sup>98</sup>

As características das normas constitucionais citadas pelo autor traduzem-se na superioridade hierárquica, que significa que as normas constitucionais configuram o fundamento de validade, de todas as normas jurídicas que constam no ordenamento jurídico, em razão do poder constituinte originário da qual emanam, com efeito no controle de

<sup>97</sup> SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. Malheiros Editores, 37. ed. rev. e atual. - 2014. p.93.

<sup>98</sup> MORAES, Guilherme Penã de. *Curso de direito constitucional*. 6. Ed. – São Paulo: Atlas, 2014. p.79.

constitucionalidade. A natureza da linguagem consiste na necessidade de uma especial interpretação, em conformação com o que se objetiva, devido a maior abertura e menor densidade das normas constitucionais. O conteúdo específico das normas constitucionais denomina que estas “prescrevem a divisão territorial e funcional do exercício do poder político, assim como a afirmação e asseguramento dos direitos fundamentais, inclusive os fins a serem alcançados na ordem econômica e social”, bem como os meios de proteção e aplicação. Por fim, o caráter político denota a legitimação e a limitação do poder político, que é transferido pela sociedade ao Estado, aplicado por meio da Constituição Federal.<sup>99</sup>

De outro vértice, convém destacar que as normas constitucionais com eficácia normativa própria são concebidas como gênero, de duas espécies: as regras e os princípios. De maneira extremamente superficial, pode-se dizer que as regras são utilizadas para aplicar leis, sendo extraídas de “enunciado normativo de reduzido grau de abstração e generalidade, prescrevendo condutas intersubjetivas, descrevendo situação de fato”. Enquanto os princípios são utilizados para produzir, interpretar e aplicar leis, extraídas de “enunciados jurídicos de alto grau de abstração e generalidades, prescrevendo um valor fundamental, e não situação de fato”.<sup>100</sup>

Desta forma, a par destas elucidações, infere-se que os princípios são, de certa forma, mais vagos, propensos a intervenção de seu intérprete para sua efetivação. Já as regras, por terem um menor grau de abstração, são mais precisas, aplicáveis por atividade lógica, com maior facilidade.

Para uma melhor diferenciação entre regras e princípios, imprescindível transcrever o entendimento do filósofo do direito alemão Robert Alexy:

O ponto decisivo na distinção entre regras e princípios é que *princípios* são normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida possível dentro das possibilidades jurídicas e fáticas existentes. Princípios são, por conseguinte, *mandamentos de otimização*, que são caracterizados por poderem ser satisfeitos em graus variados e pelo fato de que a medida devida de sua satisfação não depende somente das possibilidades fáticas, mas também das possibilidades jurídicas. O âmbito das possibilidades jurídicas é determinado pelos princípios e regras colidentes.

Já as regras são normas que são sempre satisfeitas ou não satisfeitas. Se uma regra vale, então, deve se fazer exatamente aquilo que ela exige; nem mais, nem menos. Regras contém, portanto, determinações no âmbito daquilo que é fática e juridicamente possível. Isso significa que a distinção entre regras e princípios é uma

<sup>99</sup> MORAES, 2014, p.80.

<sup>100</sup> PADILHA, Rodrigo. *Direito Constitucional*. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2014.

distinção qualitativa, e não uma distinção de grau. Toda norma é ou uma regra ou um princípio.<sup>101</sup>

No que concerne aos direitos e garantias fundamentais, estes são diferenciados por diversos doutrinadores, dentre eles, Alexandre de Moraes refere que no direito brasileiro a distinção entre os direitos e garantias fundamentais remete a Rui Barbosa, que separou as disposições meramente declaratórias, as quais concedem existência legal aos direitos reconhecidos (direitos), e as disposições assecuratórias, que limitam o poder (garantias), em defesa dos direitos.<sup>102</sup>

Ainda, segundo o referido autor, citando Jorge Miranda, afirma que as clássicas garantias são também direitos, em que pese, não raras vezes, se verifique nelas o caráter instrumental de proteção dos direitos:

[...] clássica e bem actual é a contraposição dos direitos fundamentais, pela sua estrutura, pela sua natureza e pela sua função, em direitos propriamente ditos ou direitos e liberdades, por um lado, e garantias por outro lado. Os direitos representam só por si certos bens, as garantias destinam-se a assegurar a fruição desses bens; os direitos são principais, as garantias acessórias e, muitas delas, adjectivas (ainda que possam ser objecto de um regime constitucional substantivo); os direitos permitem a realização das pessoas e inserem-se directa e imediatamente, por isso, as respectivas esferas jurídicas, as garantias só nelas se projectam pelo nexó que possuem com os direitos; na acepção jurracionalista inicial, os direitos declaram-se, as garantias estabelecem-se.<sup>103</sup>

Pelos ensinamentos supracitados, depreende-se que os direitos são disposições declaratórias, que declaram a existência de um bem, de uma vantagem. Por outro lado, as garantias são disposições instrumentais, que estabelecem-se, asseguram o exercício e fruição dos direitos. Os direitos seriam principais e as garantias acessórias.

Após esta breve introdução, passa-se a apresentação dos princípios constitucionais que norteiam e são premissas básicas do Testamento Vital.

---

<sup>101</sup> GAGLIANO, Pablo Stolte. *Novo curso de direito civil*, v. 6: direito de família: as famílias em perspectiva constitucional/ Pablo Stolte Gagliano, Rodolfo Pamplona Filho. 4. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 73-74. APUD: Robert Alexy, *Teoria dos Direitos Fundamentais* (trad. Virgílio Afonso da Silva da 5.ª edição alemã), São Paulo: Malheiros Editores, 2008. p.90-1

<sup>102</sup> MORAES, Alexandre de. *Direito Constitucional*. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. p.31.

<sup>103</sup> MORAES, 2014 apud MIRANDA, Jorge. *Manual de direito constitucional*. 4. Ed. Coimbra: Coimbra Editora, 1990. p. 88-89.

### 3.1 Dignidade da pessoa humana

A dignidade da pessoa humana, compreendida como um dos valores estruturantes do Estado, que está prevista no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal Brasileira, é um dos princípios basilares que fundamentam o Testamento Vital como instrumento para efetivar a vontade do paciente terminal no Brasil, visto que todo ser humano tem direito a sua dignidade até mesmo na terminalidade da vida.

Com a promulgação da nova Constituição Federal em 1988, aclamada como a constituição cidadã, a dignidade da pessoa humana adquiriu um papel de destaque, passando a figurar como um princípio fundamental. Nesta senda, “o indivíduo torna-se o centro da constituição, que agora se volta à proteção das liberdades individuais e, por consequência, das diversas concepções individuais da vida digna”.<sup>104</sup>

A concepção de vida digna no contexto do fim da vida que se tem como escopo no presente trabalho, é de que todo indivíduo deve ter direito de escolher como quer ser tratado na situação em que se encontrar acometido por uma doença incurável ou qualquer outro estado clínico irreversível e não mais conseguir expressar a sua vontade, ou seja, a quais tratamentos médicos deseja ou não ser submetido.

Nesse sentido, Ingo Wolfgang Sarlet, discorre que a pessoa deve ter assegurado, por parte do Estado, que não venha a sofrer qualquer ato degradante e desumano:

[...] a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.<sup>105</sup>

Após o advento da II Guerra Mundial, a dignidade passou a ser um dos grandes consensos éticos do mundo ocidental, presente em declarações de direitos, convenções internacionais e constituições, contendo grande apelo moral e espiritual. Por ser uma

<sup>104</sup> PENALVA, 2009, p.523.

<sup>105</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988*. 6. ed. rev. e atual. Porto Alegre/; Livraria do Advogado, 2008.p.63.

expressão vaga, atua em larga escala, fazendo com que seja utilizada pelos dois lados em litígio, pois cada indivíduo projeta a sua imagem de dignidade.<sup>106</sup>

Em razão das batalhas sangrentas e das atrocidades cometidas durante a referida guerra, a dignidade da pessoa humana foi alçada como um marco fundamental que deveria ser observado por todos os países. No entanto, conforme referido acima, devido ao fato de cada indivíduo ter o seu entendimento de dignidade, ela é usada por ambos os lados para justificar o conflito. Cada pessoa possui a sua visão, entendimento do que seria a dignidade, uma vida digna.

Pontifica Alexandre de Moraes que a dignidade da pessoa humana é um valor inerente à pessoa, que se manifesta na autodeterminação consciente e responsável da própria vida, é um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar:

[...] a dignidade da pessoa humana é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão do respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se em um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que as pessoas excepcionalmente possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos.<sup>107</sup>

Como bem escreveu o supranominado autor, a dignidade da pessoa humana é um valor inerente a todo ser humano, que está diretamente ligado a autodeterminação consciente da própria vida, e que deve ser respeitado pelas demais pessoas. Sábias palavras condizem perfeitamente ao direito do paciente terminal, enquanto consciente e capaz, expressa as suas disposições de vontade em relação a forma como quer ser tratado quando não mais puder se expressar. Nesse ínterim, é a maneira da pessoa manifestar a sua autodeterminação, enquanto ser humano, que traz consigo a pretensão do respeito pelas demais pessoas.

Na mesma linha do pensamento de Alexandre de Moraes a cerca da dignidade como valor inerente à pessoa, também escreve Marcelo Novelino, acrescentando que, o ordenamento jurídico não confere dignidade às pessoas, mas o Estado tem o “dever de respeito, proteção e promoção dos meios necessários a uma vida digna”, impondo-se a obrigação de garantir prestações materiais e jurídicas a todos.<sup>108</sup>

<sup>106</sup> BARROSO, Luis Roberto. *Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 272-273.

<sup>107</sup> MORAES, Alexandre de. *Constituição do Brasil interpretada*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003. p. 128.

<sup>108</sup> NOVELINO, Marcelo. *Direito Constitucional*. 7. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2012. p.377-378.

No que tange ao sistema constitucional, assevera Rizzatto Nunes que a dignidade é o seu fundamento primordial, “o último arcabouço da guarida dos direitos individuais, funcionando como princípio maior para a interpretação de todos os direitos e garantias conferidas a estes constitucionalmente”.<sup>109</sup> O legislador, por meio da Constituição Federal, coloca a dignidade da pessoa humana como fundamento da atividade Estatal, por conseguinte o homem torna-se o centro, sujeito e objeto, fundamento e fim de toda a atividade pública.<sup>110</sup>

Para ambos os autores acima referenciados, a dignidade da pessoa humana é o eixo central dos princípios constitucionais, sob o qual os demais direitos e garantias devem ser interpretados, além de ser o vértice da atividade Estatal, sempre voltada para o ser humano, e ao seu bem estar, conforme já referido. Corroborando este raciocínio é o pensamento de Gustavo Tepedino, citado por Gagliano ao referir que:

Com efeito, a escolha da dignidade da pessoa humana como fundamento da República, associada ao objetivo fundamental de erradicação da pobreza e da marginalização, e de redução das desigualdades sociais, juntamente com a previsão do § 2.o do art. 5.o, no sentido da não exclusão de quaisquer direitos e garantias, mesmo que não expressos, desde que decorrentes dos princípios adotados pelo Texto Maior, configuram uma verdadeira cláusula geral de tutela e promoção da pessoa humana, tomada como valor máximo pelo ordenamento.<sup>111</sup>

Barroso e Martel, se referindo a uma das enunciações do imperativo categórico kantiano<sup>112</sup>, afirmam que a dignidade significa que toda pessoa é um fim em si mesma, analisando sob a ótica de sua expressão mais essencial, o princípio da dignidade da pessoa humana não permite a instrumentalização de qualquer indivíduo, não pode servir para atender os propósitos de outras pessoas, apenas de si próprio. Discorrem ainda que, cada um é responsável pela sua própria vida, em determinar quais seus valores e objetivos, afirmam que

<sup>109</sup> NUNES, Luis Antônio Rizzatto. *O princípio Constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência*. São Paulo: Saraiva, 2007.p 45.

<sup>110</sup> SALIBI FILHO, Nagib. *Direito constitucional*. 3 ed. rev., e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p.128.

<sup>111</sup> GAGLIANO, 2014, p. 78.

<sup>112</sup> Kant criou o termo Imperativo, no seu livro *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*, escrito em 1785. Esta palavra pode ser entendida, segundo alguns autores como uma analogia ao termo bíblico Mandamento. O Imperativo Categórico é uma das ideias centrais para a adequada compreensão da moralidade e da eticidade. Nesta proposta Kant sintetizou o seu pensamento sobre as questões da moralidade. Kant valorizava esta ideia de lei moral.O Imperativo Categórico é único: Age somente, segundo uma máxima tal, que possas querer ao mesmo tempo que se torne lei universal.Este mesmo imperativo pode se apresentar de várias formas como: Imperativo Universal: age como se a máxima de tua ação devesse tornar-se, por tua vontade, lei universal da natureza; Imperativo Prático: age de tal modo que possas usar a humanidade, tanto em tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre como um fim ao mesmo tempo e nunca apenas como um meio. (GOLDIM, José Roberto, *Imperativo Categórico*. Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/bioetica/impercat.htm> >. Acesso em 02 dez. 2014)

“como regra geral, as decisões cruciais na vida de uma pessoa não devem ser impostas por uma vontade externa a ela”.<sup>113</sup>

Diante desta pluralidade de significados e referências que são atribuídos à dignidade da pessoa humana verifica-se uma certa dificuldade em se apurar o seu real conteúdo. No entanto, destacam-se três elementos que afiguram comuns na definição de dignidade: a qualidade inerente à condição humana, a capacidade de definir-se a si mesma como pessoa e de atuar de acordo com seus desígnios e a possibilidade de ver-se como parte de um agrupamento social.<sup>114</sup>

Importante salientar, a par das concepções explicitadas, que um dos fundamentos do Testamento Vital está justamente nesta expressão da dignidade da pessoa humana, em cada um cuidar da sua própria vida, se autodeterminar, sendo que as decisões cruciais da vida de uma pessoa, como de não ter a sua vida inutilmente prorrogada, não devem ser impostas, mas vir dela mesmo.

Diante do exposto, denota-se que o princípio da dignidade da pessoa humana, como um dos fundamentos do Estado democrático de direito, deve ser tomado por referencial para aplicação e interpretação das normas jurídicas, tendo como eixo a pessoa humana, competindo ao Estado assegurar a sua proteção.

Nestas linhas, busca-se demonstrar que todo ser humano tem direito, alicerçado no princípio da dignidade da pessoa humana, de decidir recusar os tratamentos inúteis que apenas irão retardar indefinidamente a morte, quando esta, já é algo natural e inevitável.<sup>115</sup> Declaração de vontade que, ressalta-se, deve ser feita antes que o paciente terminal não possa mais expressar conscientemente a sua vontade.

### **3.2 Direito à vida**

O direito à vida está previsto no art. 5º, *caput*, da Constituição Federal Brasileira, configurando-se em um direito individual, não podendo sofrer qualquer tipo de emenda

---

<sup>113</sup> BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. *A morte como ela é: Dignidade e autonomia individual no final da vida*. Disponível em: <[http://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida#\\_ftn40](http://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida#_ftn40)>. Acesso em: 02 de Nov. 2014

<sup>114</sup> CRUZ, Elisa Costa. *Autonomia no Processo de Morrer: as Diretivas Antecipadas como concretização da dignidade da pessoa humana*. Revista Síntese Direito de Família, v 15, n. 80, out/Nov. 2013. p. 49.

<sup>115</sup> GODINHO, 2012, p.965.

tendente a suprimi-lo, porquanto trata-se de uma clausula pétrea.<sup>116</sup> No entanto, embora o direito à vida seja considerado inviolável, pode ser relativizado frente a situações excepcionais, como é o caso do Testamento Vital, no qual o paciente terminal quer a garantia de sua vida, sob a perspectiva de uma morte natural e minimamente digna.

Sobreleva destacar que o direito à vida também está resguardado no Pacto de São José da Costa Rica de 1969, em seu artigo 4º, do qual o Brasil é signatário desde 1992.<sup>117</sup> A convenção internacional busca estabelecer entre os países americanos “um regime de liberdade pessoal e de justiça social, fundado no respeito aos direitos humanos essenciais, independentemente do país onde a pessoa resida ou tenha nascido”.<sup>118</sup> O Pacto baseia-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que visa garantir que todo ser humano seja livre, garantida a sua cidadania e justiça, bem como que sejam asseguradas as condições necessárias para usufruir dos seus direitos econômicos, sociais e culturais, bem como dos seus direitos civis e políticos, através dos quais será possível o bem estar da sociedade, com desenvolvimento e progresso.

A titularidade do direito à vida é assegurada a qualquer pessoa natural, independentemente de ser nacional ou estrangeiro, tendo em vista que rege-se pelo princípio da universalidade<sup>119</sup>. Desta feita, qualquer pessoa que esteja em território brasileiro terá garantido seu direito à vida, assim como os demais direitos previstos constitucionalmente e em leis infraconstitucionais.<sup>120</sup>

<sup>116</sup> DANTAS, Paulo Roberto de Figueiredo. *Curso de direito constitucional*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013. p. 297.

<sup>117</sup> Artigo 4º - Direito à vida:

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.
2. Nos países que não houverem abolido a pena de morte, esta só poderá ser imposta pelos delitos mais graves, em cumprimento de sentença final de tribunal competente e em conformidade com a lei que estabeleça tal pena, promulgada antes de haver o delito sido cometido. Tampouco se estenderá sua aplicação a delitos aos quais não se aplique atualmente.
3. Não se pode restabelecer a pena de morte nos Estados que a hajam abolido.
4. Em nenhum caso pode a pena de morte ser aplicada a delitos políticos, nem a delitos comuns conexos com delitos políticos.
5. Não se deve impor a pena de morte a pessoa que, no momento da perpetração do delito, for menor de dezoito anos, ou maior de setenta, nem aplicá-la a mulher em estado de gravidez.
6. Toda pessoa condenada à morte tem direito a solicitar anistia, indulto ou comutação da pena, os quais podem ser concedidos em todos os casos. Não se pode executar a pena de morte enquanto o pedido estiver pendente de decisão ante a autoridade competente. (Pacto de San José da Costa Rica. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/anexo/and678-92.pdf](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/anexo/and678-92.pdf)>. Acesso em 04 dez. 2014.)

<sup>118</sup> Supremo Tribunal Federal. Notícias. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=116380>>. Acesso em 04 dez. 2014.

<sup>119</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. *Curso de direito Constitucional*. 3. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014. p.370.

<sup>120</sup> Supremo Tribunal Federal. Notícias. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=116380>>. Acesso em 04 dez. 2014.

Segundo Novelino, o direito à vida deve ser compreendido em uma dupla acepção, tanto como o direito a permanecer vivo, como o direito de uma existência digna. É um direito individual fundamental, ligado de forma indissociável à dignidade da pessoa humana.<sup>121</sup>

A par destas premissas, a compreensão desta dupla acepção consiste em um direito de defesa do indivíduo, no status negativo, de não intervenção em sua existência física por parte do Estado e particulares. Na acepção positiva é no sentido de a pessoa ter assegurado o acesso a bens e utilidades indispensáveis para uma vida digna, bem como de pretensões de caráter material e jurídico. O direito a vida impõe ao Estado tomar medidas assecuratórias de proteção da vida, tanto no amparo material, como na emissão de normas de caráter protetivo e incriminador.<sup>122</sup>

Nesse sentido, denota-se que o direito à vida assegurado constitucionalmente no ordenamento jurídico pátrio, não pode ser interpretado de forma restritiva, mas também sob o prisma de uma existência digna, de modo que a dignidade da pessoa humana estará sempre atrelada. O Estado deve assegurar que a pessoa tenha o direito de escolher também por uma morte digna, sem prolongamento do seu sofrimento.

Acentua Alexandre de Moraes que “O direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que constitui-se em pré-requisito a existência e exercício de todos os demais direitos”. Afirma ainda, que a constituição protege a vida de forma geral, inclusive a uterina<sup>123</sup>. O direito à vida é um pré-requisito para a existência de todos os demais direitos, vez que não adiantaria elencar diversos outros direitos fundamentais e deixá-la de lado. Além disso, é a partir da vida, do nascimento com vida que o indivíduo adquire todos os direitos inerentes a personalidade civil, passando a titularizar todos os direitos e garantias fundamentais previstos no ordenamento jurídico.

Para José Afonso da Silva, a vida não pode ser considerada apenas no seu sentido biológico, mas também na sua “acepção biográfica mais compreensiva”, tudo que interfere no fluir espontâneo da vida é contrário a ela:

[...] *Vida*, no texto constitucional (art. 5º, *caput*) não será considerada apenas no seu sentido biológico de incessante autoatividade funcional, peculiar à matéria orgânica, mas na sua acepção biográfica mais compreensiva. Sua riqueza significativa é de difícil apreensão porque é algo dinâmico, que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade. É mais um processo (processo vital), que se instaura com a concepção (ou germinação vegetal), transforma-se, progride, mantendo sua

<sup>121</sup> NOVELINO, 2011, p. 427-428.

<sup>122</sup> Id, 2013, p. 459-460.

<sup>123</sup> MORAES, 2014, p. 34.

identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte. Tudo que interfere em prejuízo deste fluir espontâneo e incessante contraria a vida.<sup>124</sup>

Assim, infere-se que todos os procedimentos médicos excessivos e fúteis violam esse “fluir espontâneo” da vida de cada indivíduo que encontra-se na terminalidade de sua vida, impedem o seu desfecho natural e espontâneo que é a morte. Corroborando com este entendimento, Livia H. Pithan aduz que agindo de tal forma o bem jurídico vida sofreria uma violação e seria disponibilizado devido a esta intervenção médica extraordinária e fútil.<sup>125</sup>

Para Ingo Wolfgang Sarlet, o conceito de vida associado ao direito de todo ser humano viver, abarcando a sua existência corporal física busca “afastar toda e qualquer concepção de ordem moral, social, política, religiosa ou racional acerca da vida humana”.<sup>126</sup>

Nota-se que o direito à vida é um dos direitos basilares de nosso ordenamento jurídico, de maneira que, em uma interpretação estrita do texto constitucional, infere-se que seria vedada a interrupção não espontânea da vida humana. Por uma conclusão lógica a pena de morte, o aborto e a eutanásia, não teriam possibilidade jurídica.

Nesse sentido, Pedro Lenza assevera que o direito à vida possui dois desdobramentos. O primeiro seria a proibição à pena de morte, salvo em caso de guerra declarada, já o segundo desdobramento, que guarda relação com o direito a uma vida digna, seria a garantia às necessidades vitais básicas do ser humano, sendo vedado qualquer tratamento indigno.<sup>127</sup>

Para José Afonso da Silva, inseridos no conteúdo do direito à vida estariam o direito à existência, à integridade física e à integridade moral. Para o autor, o direito à existência consiste no direito de estar vivo, de continuar vivo e de lutar pela própria vida, já o direito à integridade física, refere-se a integridade físico-corporal da pessoa, que deve ser preservada, e, por último, o direito à integridade moral, que abrange os valores imateriais, sendo tutelada pelo direito e indenizável.<sup>128</sup>

Ocorre que, a partir destas concepções, pode-se concluir que o direito à vida é inviolável, no entanto o ser humano tem direito à uma vida digna, e em casos de doenças terminais quando os pacientes encontram-se em situação de agonia sem perspectiva de

<sup>124</sup> SILVA, 2014, p.199.

<sup>125</sup> PITHAN, Livia Haygert, *A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressucitação”*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 81.

<sup>126</sup> SARLET, 2014, p.366.

<sup>127</sup> LENZA, Pedro. *Direito Constitucional Esquematizado*. 18. ed. rev., atual. e ampl São Paulo: Saraiva, 2014.p.1068-1069.

<sup>128</sup> SILVA, 2014, p.200-203.

melhora em seu quadro clínico, prolongar este sofrimento não condiz com o conceito de dignidade.

Para Alexandre de Moraes, o direito humano fundamental à vida deve ser entendido como “direito a um nível de vida adequado com a condição humana”, o qual deverá ser garantido pelo Estado. Um nível de vida adequado com a condição humana, ainda de acordo com o autor, diria respeito à alimentação, vestuário, educação, cultura, lazer, e demais condições vitais.<sup>129</sup> *In verbis*:

[...] O Estado deverá garantir esse *direito a um nível de vida adequado com a condição humana* respeitando os princípios fundamentais da cidadania, dignidade da pessoa humana e valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; e, ainda, os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, garantindo o desenvolvimento nacional e erradicando-se a pobreza e a marginalização, reduzindo, portanto, as desigualdades sociais e regionais.<sup>130</sup>

Conclui o autor que cria-se uma dupla obrigação para o Estado, a obrigação de cuidado a toda pessoa que não possua meios financeiros para obtê-los e a efetivação de órgãos competentes públicos privados (permissões, concessões ou convênios) para a efetivação de serviços públicos necessários para prevenir, diminuir ou extinguir as deficiências existentes.<sup>131</sup>

Assim, verifica-se que o direito à vida é pressuposto lógico de todos os demais direitos existentes no ordenamento jurídico Brasileiro, e visa proteger todos os outros elementos que compõe a vida humana. Nesse escopo, importante frisar que a noção de vida não pode restringir-se ao fato do indivíduo ser mantido vivo a qualquer custo, mas deixar que este decida viver naturalmente e morrer ao seu tempo, sem prolongamentos desnecessários e de sofrimento.

### 3.3 Autonomia da vontade

A autonomia da vontade é um princípio fundamental, implícito no art. 5º da Constituição Federal Brasileira, constituindo-se em uma das bases do ordenamento

---

<sup>129</sup> MORAES, Alexandre de. *Direitos humanos fundamentais: teoria geral, comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000. p.87.

<sup>130</sup> *Ibid.*, p.87.

<sup>131</sup> *Ibid.*, p.87.

jurídico.<sup>132</sup> Diz respeito à capacidade que a pessoa humana tem de se autodeterminar, de agir segundo a sua própria vontade, no entanto, deve ser observado o respeito aos demais indivíduos, arcando com as consequências de seus atos.

Impinge verificar que a declaração prévia de vontade do paciente terminal, feita enquanto estiver no pleno gozo de sua capacidade, é o exercício da mais pura autonomia, de agir segundo a sua vontade e ser tratado de modo digno. É justamente nesta fase da vida que o paciente mais deve ter respeitada a sua capacidade de se autodeterminar.

Corroborando com o entendimento articulado, Goldim escreveu que “Uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação”. Acrescentou que o respeito à autonomia está no fato de valorizar as opiniões e escolhas do outro, bem como de não impedir as suas ações, o desrespeito ocorre quando nega-se ao indivíduo a sua liberdade de agir, quando não há razões suficientes para isto.<sup>133</sup>

O termo autonomia não possui definição certa e única entre os estudiosos, sendo que durante a evolução das sociedades assumiu diversos significados. Nesta perspectiva, Andreia R. Rocha afirma que inicialmente o termo surgiu nas cidades-estados gregas, sendo utilizado com referência ao autogoverno destas cidades, passando, após, a abranger o aspecto individual. Acrescenta ainda que o termo muitas vezes é associado à concepção de liberdade, autodeterminação e à capacidade na tomada de decisões de maneira livre.<sup>134</sup>

Contemporaneamente dois filósofos influenciaram nas interpretações a cerca da autonomia, Immanuel Kant e John Stuart Mill. Para Kant o homem age segundo a sua lei moral interna, “[...] A autonomia, para o filósofo, seria a capacidade de opção do ser humano pelas normas e valores que ele entende como válidas, sem intervenção heterônoma.”<sup>135</sup>

Por sua vez, na concepção do filósofo Mill “[...] a expressão da autonomia individual dar-se-ia pelo direito à opinião divergente. Em contrapartida, salienta que a garantia dessa

<sup>132</sup> GOMES, Frederico Barbosa; Maria Isabel Fernandes Silva. *Possibilidade de inclusão do Testamento Vital no ordenamento jurídico brasileiro*. Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva 2012/1 – nº 18. p. 212. Disponível em: <<http://blog.newtonpaiva.br/direito/wp-content/uploads/2013/04/D18-261.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

<sup>133</sup> GOLDIM, Jose Roberto. *Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

<sup>134</sup> ROCHA, Andréia Ribeiro da; et al., *Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética*. Revista Bioética, Vol. 21, Nº 1. 2013. p. 85. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/790](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/790)>. Acesso em: 07 out. 2014.p. 85.

<sup>135</sup> Ibid., p. 85.

liberdade de opinião seria dada pela virtude social da tolerância”<sup>136</sup>. Sobre os argumentos destes filósofos, Beauchamp e Childress discorrem que:

[...] Kant argumentou que o respeito à autonomia origina-se do reconhecimento de que todas as pessoas têm valor incondicional, e de que todas têm capacidade para determinar o próprio destino. Violar a autonomia de uma pessoa é tratá-la meramente como um meio, de acordo com os objetivos de outros, sem levar em conta os objetivos da própria pessoa. Esse tratamento é uma violação moral fundamental, pois as pessoas autônomas são fins em si mesmas, capazes de determinar o próprio destino. Mill estava preocupado com a autonomia – ou, como ele preferia dizer, a individualidade – das pessoas na conformação de suas vidas. Ele argumentou que se deveria permitir que os cidadãos se desenvolvessem de acordo com suas convicções pessoais, desde que não interferissem na análoga expressão de liberdade dos outros. Mill insistia também que às vezes somos obrigados a procurar persuadir os outros, quando eles têm opiniões falsas ou não-ponderadas. A posição de Mill requer tanto a não-interferência como o fortalecimento da expressão autônoma, enquanto Kant impõe um imperativo moral que ordena que pessoas sejam respeitadamente tratadas como fins em vez de meramente meios.<sup>137</sup>

Não obstante o conceito de autonomia venha se modificando durante a passagem dos anos, evoluindo e se amoldando as ideias de diferentes historiadores, doutrinadores, juristas, verifica-se que a autonomia está ligada ao indivíduo, ao poder de dispor de sua vontade, tomar decisões, se autodeterminar segundo a sua intenção e desejo, observando os limites legais. Nessa linha de pensamento discorre Barros:

A autonomia é, no plano filosófico, o elemento ético da dignidade, ligado à razão e ao exercício da vontade em conformidade com determinadas normas. A dignidade como autonomia envolve a capacidade de autodeterminação do indivíduo, de decidir os rumos da própria vida e de desenvolver livremente a sua personalidade.<sup>138</sup>

O indivíduo quando respeitado como ser autônomo tem reconhecido o seu direito a ter opinião, fazer escolhas e agir segundo seus valores e crenças. No entanto, adverte Möller, que em certas ocasiões é necessário que o indivíduo seja capacitado para agir de maneira autônoma, precisa ser encorajado e esclarecido, de modo a formar a sua opinião e fazer escolhas. Pontua que no âmbito médico pode ocorrer a situação delineada anteriormente, em que o paciente precisa ser informado e esclarecido sobre os riscos e benefícios que envolvem

<sup>136</sup> ROCHA, 2013, p. 85.

<sup>137</sup> BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. *Princípios de Ética Biomédica*. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002, p. 143.

<sup>138</sup> BARROSO, Luis Roberto. *Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo* – 4. ed. – São Paulo: Saraiva, 2013. p.275

o tratamento ou procedimento a que será submetido, para que desta forma possa decidir o melhor para si.<sup>139</sup>

Por outro viés, o autor Rolf Madaleno considera que haveria uma distinção entre as expressões autonomia da vontade e autonomia privada, vez que teriam conceitos distintos, mas interligados. Pontua o autor que a autonomia da vontade se diferenciaria da autonomia privada, tendo em vista que “se liga ao exercício pleno da liberdade da pessoa, corolário natural de sua dignidade humana e não fica apenas restrita à capacidade de estabelecer acordos eminentemente judiciais.”<sup>140</sup>

Na mesma linha de pensamento, Rodrigo Santos Neves defende que a autonomia privada não se confunde com a autonomia da vontade, referindo que esta é mais ampla pela razão de pertencer a uma concepção clássica do direito privado, afirma em sua doutrina que “a autonomia da vontade eleva a vontade do homem à condição de pedra angular do edifício do direito privado, sobre o qual quase não se estabeleciam limites, diante do dogma da vontade.”<sup>141</sup>

Segundo análise da autora Luciana Dadalto, ocorre uma releitura do princípio da autonomia da vontade frente às mudanças sociais ocorridas nos últimos séculos, que modificaram a análise dos principais institutos e princípios do Direito Civil. O princípio da autonomia da vontade é resultado de uma época em que o Estado interferia o mínimo possível na esfera individual, pois tinha como base uma justiça formal, ou seja, a justiça somente estava formalmente prevista em lei, não importando se existisse material ou concretamente. Partia-se do pressuposto que todos tinham condições de autorregular, de que eram autônomos.<sup>142</sup>

Contudo, com o aumento da atividade industrial no pós Primeira Guerra Mundial, o Estado aumentou o intervencionismo na esfera privada, com o objetivo de atingir a justiça material, e não só a formal como anteriormente, de maneira que as relações entre os indivíduos começaram a ser regidas por princípios. Em consequência, o Princípio da Autonomia da vontade começou a se superar pelo Princípio da Autonomia Privada.<sup>143</sup>

---

<sup>139</sup> MÖLLER, Letícia Ludwig. *Direito à morte com dignidade e autonomia*. 1. ed. (ano 2007), 3 reimp. Curitiba: Juruá, 2012.p.90-91.

<sup>140</sup> MADALENO, Rolf, 1954. *Curso de Direito de Família*. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 61

<sup>141</sup> NEVES, Rodrigo Santos. *O testamento vital: Autonomia Privada x Direito à vida*. Revista Síntese Direito de Família. v.15, n. 18, out./Nov. 2013. p.10.

<sup>142</sup> DADALTO, 2013, p 22.

<sup>143</sup> *Ibid.*, p 22

Desta forma, surgem duas vertentes da autonomia, que Luigi Ferri, citado por Dadalto, assim define cada uma:

[...] a autonomia da vontade está ligada a uma vontade psicológica dos sujeitos, de modo que os adeptos dessa nomenclatura entendem que essa vontade é causa dos efeitos jurídicos, enquanto a autonomia da vontade privada está ligada com a manifestação de vontade objetiva, como fonte dos efeitos jurídicos.<sup>144</sup> Conclui a autora que optou por utilizar em sua pesquisa a nomenclatura autonomia privada, vez que automina da vontade foi sendo substituída por aquela, e entende que, atualmente, “sob a égide do Estado Democrático de Direito, esta encontra maior aceitação”.<sup>145</sup>

O autor Fernando Noronha prefere utilizar a expressão “autonomia privada” em substituição à “autonomia da vontade”, porquanto foi através das críticas aos princípios da autonomia privada e da liberdade contratual que os princípios da boa-fé e da justiça contratual começaram a aparecer no nosso ordenamento.<sup>146</sup>

Com entendimento diverso, Paulo Lôbo sustenta que não constata razões para haver distinção entre as denominações (autonomia privada e autonomia da vontade), afirma que ambas resultam de diferentes momentos históricos e opções doutrinárias. Pontua acerca de detalhes de ambas as concepções:

[...] a autonomia da vontade individual, principalmente no século XIX e início do XX (teoria da vontade, ou subjetiva), enquanto a autonomia privada distancia-se da vontade interior e atribui primazia à sua exteriorização e à limitação posta pelo ordenamento jurídico (teoria da declaração, ou objetivista), por exigências de justiça social. São momentos datados: o ambiente da primeira é o Estado liberal; o da segunda, o Estado social.<sup>147</sup>

Para Francisco Amaral a autonomia privada “é o poder que os particulares têm de regular, pelo exercício de sua própria vontade, as relações que participam, estabelecendo-lhe o conteúdo e a respectiva disciplina jurídica”. Assevera que a autonomia da vontade não se confunde com a autonomia privada, vez que correlaciona-se ao sentido subjetivo, psicológico, enquanto a autonomia privada marca a vontade no direito de um modo objetivo, concreto e real.<sup>148</sup>

<sup>144</sup> DADALTO, 2013 apud FERRI, Luigi. *La Autonomía Privada*. Granada: Editora Comares, 2001.

<sup>145</sup> DADALTO, 2013, p 24.

<sup>146</sup> GAGLIANO, 2014 apud NORONHA, Fernando. *O Direito dos Contratos e Seus Princípios Fundamentais: autonomia privada, Boa-fé, Justiça Contratual*. São Paulo: Saraiva, 1994, p. 122.

<sup>147</sup> LÔBO, Paulo. *Direito Civil: Contratos*. São Paulo: Saraiva, 2011.p. 59.

<sup>148</sup> TARTUCE, 2013 apud AMARAL, Francisco. *Direito civil – Introdução*. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.p. 348.

Diante do exposto, entende-se que para o objetivo do presente estudo, partindo da premissa que não se tem como objetivo discorrer sobre qual a nomenclatura mais adequada em ser usada, nem mesmo esgotar o assunto, e pelo fato de que não causa prejuízo e nem confusões, opta-se por usar a expressão autonomia privada, apenas por ser considerada, pela maior parte da doutrina, como a mais atual.

Conforme se observou, a autonomia privada do indivíduo para se autodeterminar, associada à dignidade da pessoa humana e o direito à vida garantem ao paciente terminal o direito de estabelecer, por meio do Testamento Vital, as suas disposições de vontade acerca dos tratamentos e procedimentos médicos que deseja receber para quando não puder mais expressar a sua vontade. Importante destacar que esses direitos fundamentais não devem ser analisados separadamente, mas em conjunto, respeitando o ser humano, sem prolongar a sua agonia, deixando a vida chegar ao seu desfecho final naturalmente.

#### **4 TESTAMENTO VITAL: CONTEXTO JURÍDICO BRASILEIRO E SUA EFETIVIDADE PARA GARANTIR OS DIREITOS DO PACIENTE EM FIM DE VIDA**

Conforme já referido no discorrer do presente estudo, no contexto brasileiro ainda não se tem regulamentação legal específica sobre o Testamento Vital, fato que não impossibilita o seu uso, tendo em vista que as pessoas possuem liberdade para instituir seus atos, desde que não contrariem o ordenamento jurídico, uma vez que não vigora o princípio da tipicidade quanto aos atos jurídicos. Nesse sentido:

O fato de inexistir previsão legal sobre o testamento vital no país não significa que se possa proclamar uma suposta incompatibilidade: em consonância com os princípios e normas que imperam no ordenamento brasileiro, nada impede que se reconheça a validade daquele instrumento, que nada mais representa que uma relevante expressão da autonomia dos pacientes, com a particularidade, neste caso, de se tratar de um instrumento previamente elaborado, com o intuito de estabelecer diretrizes sobre intervenções médicas supervenientes. Sendo descabida a alegação de que o testamento vital não pode subsistir, pelo simples fato de não haver regulamentação específica em lei – embora a elaboração de uma norma especialmente cunhada para reger o instituto seja conveniente, para pôr termo às dúvidas que persistem sobre o tema, torna-se imprescindível estabelecer determinadas condições para o reconhecimento da sua validade.<sup>149</sup>

Ainda, verifica-se que o Testamento Vital tem por base de aplicação Princípios Constitucionais, que já garantiriam a sua efetividade, como a dignidade da pessoa humana, a autonomia da vontade – privada e o direito à vida.

Outrossim, no âmbito infralegal tem-se importantes disposições, que foram editadas pelo Conselho Federal de Medicina, por meio das Resoluções nº 1.805/2006 e 1.995/2012, em que a primeira permite ao médico suspender ou limitar procedimentos que prolonguem a vida do paciente, e a segunda que trata das diretivas antecidadades de vontade dos pacientes.

Precedentes que fortalecem a aplicação da Resolução 1.995/2012 são as leis estaduais, de São Paulo nº 10.241/1999, de Minas Gerais 16.279/2006 e do Paraná 14.254/2003, que estabelecem direitos dos usuários de serviços e ações de saúde de recusar tratamentos que visem à tentativa de prolongar a vida dos pacientes.

Sob este aspecto, denota-se importante analisar o contexto brasileiro, motivado pelo direito comparado, as resoluções do Conselho Federal de Medicina anteriormente citadas,

---

<sup>149</sup> GODINHO, Adriano Marteleto. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. RIDB, Ano 1 (2012), nº 2.p. 961-962. Disponível em: [http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2012\\_02\\_0945\\_0978.pdf](http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2012_02_0945_0978.pdf). Acesso em: 15 jan. 2015.

bem como as leis Estaduais e o projeto de lei nº 524/2009 de iniciativa do Senador Gerson Camata.

#### 4.1 Resoluções pertinentes do Conselho Federal de Medicina

O Conselho Federal de Medicina (CFM) foi criado em 1951 e possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica. No entanto, atualmente, a atuação deste órgão é mais ampla, pois também vem agindo na defesa da saúde da população e dos interesses da classe médica.<sup>150</sup>

Dentro do seu campo de atuação, o Conselho Federal de Medicina pode emitir e aprovar resoluções, que são atos normativos emanados por este órgão e de alguns dos Conselhos Regionais de Medicina que regulam temas de competência privativa dessas entidades em suas áreas de alcance.

No foco das resoluções, está o zelo pelo desempenho ético da Medicina, por adequadas condições de trabalho, pela valorização do profissional médico e pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente e de acordo com os preceitos do Código de Ética Médica vigente.<sup>151</sup>

Diante deste breve delineamento sobre o órgão que regula a atividade médica profissional em todo território brasileiro, pode-se analisar as resoluções pertinentes ao presente estudo.

##### 4.1.1 Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina

A Resolução nº 1.805 do Conselho Federal de Medicina, que está em vigor desde a sua publicação no Diário Oficial da União em 28 de novembro de 2006, disciplina que 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

---

<sup>150</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. A instituição. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20671&Itemid=23](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20671&Itemid=23)>. Acesso em 20 abr. 2015.

<sup>151</sup> Ibid., 2015.

assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”, texto que vem expresso no preâmbulo da resolução.<sup>152</sup>

Entretanto, a resolução causou grande repercussão social, em que pese se vincular apenas a comunidade médica. Tanto que o Ministério Público Federal do Distrito Federal ajuizou Ação Civil Pública (n.º 2007.34.00.014809-3<sup>153</sup>) contra o Conselho Federal de Medicina, questionando os termos da resolução “afirmando, em síntese, que o mesmo não tem poder regulamentador para estabelecer como parâmetro ético uma conduta tipificada como crime”.<sup>154</sup>

Em decisão liminar a resolução foi suspensa. Contudo, em 2010 o caso foi revisto pelo Ministério Público Federal, que em suas alegações finais reconheceu que “na realidade havia se instalado uma confusão entre os conceitos de eutanásia e de ortotanásia, sendo a prática desta última totalmente constitucional”. Por ocasião da sentença, o magistrado reconheceu os argumentos da então procuradora Luciana Loureiro em suas alegações finais e revogou a antecipação de tutela, julgando improcedente o pedido inicial. Afirmou que concordava com a tese defendida pelo Conselho Federal de Medicina, corroborada pelo Ministério Público Federal, em sede de alegações finais, “haja vista que traduzia, na perspectiva da resolução questionada, a interpretação mais adequada do Direito diante do atual estado de arte da medicina”.<sup>155</sup>

O magistrado compreendeu os avanços no campo da medicina e as consequências sobre os tratamentos extraordinários e a terminalidade da vida, conseguindo lidar com as situações jurídicas sobre estes fatos<sup>156</sup>. As disposições da declaração prévia de vontade para o fim da vida precisam ser entendidas não só pelos profissionais médicos, mas pela sociedade em geral, e, principalmente pelos juristas, para que possam efetivamente aplicadas e válidas.

No atual estado de conhecimento e as perspectivas de maiores avanços no campo da medicina e ciências, é necessário que também ocorram avanços e maior conhecimento das questões ligadas ao testamento vital nos meus jurídicos, por quem regulamenta as leis neste

---

<sup>152</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1805/2006. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805\\_2006.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2015.

<sup>153</sup> BRASIL. Justiça Federal. Seção Judiciária do Distrito Federal. Ação Civil Pública n.º 2007.34.00.014809-3. Ministério Público Federal x Conselho Federal de Medicina. Juiz Roberto Luis Luchi Demo. Sentença. Julgamento em: 1.12.2010. Disponível em: <[http://www.jfdf.jus.br/destaques/14%20VARA\\_01%2012%202010.pdf](http://www.jfdf.jus.br/destaques/14%20VARA_01%2012%202010.pdf)>. Acesso em 20 de mar. 2015.

<sup>154</sup> PENALVA, 2009, p.531.

<sup>155</sup> LEÃO, Thales Prestrêlo Valadares. Testamento vital: direito de morrer naturalmente. Jus Navigandi, Teresina, ano 18, n. 3626, 5 jun. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/24638>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

<sup>156</sup> DADALTO, 2013, p 139.

país, pois não basta evolução da medicina se na feitura de leis e julgamentos não existir a devida compreensão e aplicação destas novas possibilidades.

Desta forma, a resolução é válida e pode ser aplicada pelos profissionais médicos, observando os demais dispositivos da resolução e o ordenamento jurídico, bem como percebe-se que o operador jurídico precisa compreender e aplicar nas questões jurídicas os avanços da medicina.

#### 4.1.2 Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina

Esta resolução foi publicada no Diário Oficial da União em 31 de agosto de 2012 e dispõe sobre as Diretivas Antecipadas da Vontade, na qual consta o conceito destas diretivas e também balizam a conduta dos médicos quando o paciente encontra-se em situação de terminalidade e tenha manifestado prévia e expressamente a sua vontade. Goldim, em relação à referida resolução, pontua que:

[...] apresenta uma posição clara para o processo de tomada de decisão em situações em que o paciente esteja incapacitado de participar ativamente neste processo, garantindo a possibilidade de que seus desejos possam, ainda assim, ser levados em consideração.<sup>157</sup>

A resolução traz a possibilidade de o paciente, definir prévia e expressamente sobre os cuidados e tratamentos que gostaria ou não de receber quando não mais puder expressar, livre e autonomamente, sua vontade, devendo o médico levar em consideração essas diretivas nas suas decisões. Ou seja, pela análise do artigo 1º da Resolução, as diretivas antecipadas da vontade têm como características principais serem uma manifestação prévia, livre e autônoma da vontade do paciente, que devem ser observadas pelo médico que atende o paciente.

Importante ressaltar que, segundo o entendimento dos autores estudados para a abordagem do tema, poderão declarar expressamente a sua vontade aqueles pacientes que estejam com a sua capacidade de discernimento intacta e sejam capazes de compreender as consequências que poderão advir.

A resolução prevê ainda, a possibilidade de o paciente nomear um representante para atuar na tutela de seus interesses, para que faça valer a sua vontade. O médico não poderá

---

<sup>157</sup> GOLDIM, José Roberto; Cristiane Avancini Alves; Marcia Santana Fernandes. *Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente*. Revista HCPA. 2012; 32(3).p.361. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/33981>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

levar em consideração a vontade do paciente que estiver em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.<sup>158</sup>

Além disso, importante salientar que a resolução informa que as diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares e será registrado no seu prontuário. Possibilita ao médico não considerá-las quando entender que estão em desacordo com os ditames do Código de Ética Médica.<sup>159</sup>

Caso não sejam conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, ou caso haja divergências entre os familiares e o representante do paciente, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou Conselho Federal de Medicina para fundamentar a sua decisão a cerca de conflitos éticos que por ventura surjam.<sup>160</sup>

Em linhas bem gerais, a resolução atribui ao médico o difícil papel de interpretar a vontade do paciente e atendê-la, observando os limites de seu código de ética profissional.<sup>161</sup> De outro modo garante ao paciente, que esteja impossibilitado de se manifestar, que seus desejos possam ser respeitados, sem exigir forma especial.

Segundo Goldim, a nomenclatura Diretivas Antecipadas de Vontade define adequadamente a sua finalidade, pois a Diretiva, não é uma obrigação, mas uma instrução; é Antecipada, pois é expressa previamente, antes do momento de sua aplicação; e, por fim, a Vontade, caracteriza a manifestação de desejos da pessoa, tendo por base a capacidade de tomar decisão no seu melhor interesse.<sup>162</sup>

---

<sup>158</sup> § 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 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. Resolução 1.995/2012, Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em 06 mai. 2015.

<sup>159</sup> LOCH, Jussara de Azambuja; Lúcia Helena Dupuy Pattela; Rainer Grigolo de Oliveira Alves. Diretivas antecipadas de vontade do paciente: uma breve introdução ao tema. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 58 (2): 162-165, abr.-jun. 2014. P 163. <<http://www.amrigs.com.br/revista/58-02/014.pdf>>. Acesso em 24 de março 2015.

<sup>160</sup> § 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. Resolução 1.995/2012, Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em 06 mai. 2015.

<sup>161</sup> JUNIOR, Otavio Luiz Rodrigues. Testamento vital e seu perfil normativo. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2013-ago-14/direito-comparado-testamento-vital-perfil-normativo-parte#author>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

<sup>162</sup> GOLDIM, José Roberto. Diretivas Antecipadas de Vontade. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/diretivas2012.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

Sob o aspecto constitucional, a resolução se alia ao princípio da dignidade da pessoa humana, tendo em vista que assegura ao paciente que não seja submetido, contra a sua vontade, a tratamentos que visem prolongar a quantidade de vida, e seu sofrimento, sem trazer qualquer qualidade.<sup>163</sup>

Isto posto, percebe-se que a Resolução é passo de elevada importância nas discussões sobre as diretivas antecipadas no país, mas demonstra a necessidade de lei específica sobre o tema, a fim de sanar questões pertinentes e facilitar a sua implementação.

Uma última e oportuna observação a ser feita na seara das disposições infralegais dos profissionais da medicina, refere-se ao artigo 41, do Código de Ética Médica<sup>164</sup> (aprovado pela Resolução 1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina), que em seu caput veda expressamente ao médico abreviar a vida do paciente, todavia, em seu parágrafo único afirma que nos casos de doença incurável e terminal, o médico deve oferecer todo tipo de cuidado disponível, sem, no entanto, empreender ações diagnósticas e terapias inúteis ou obstinadas, considerando sempre o desejo expresso do paciente ou, na impossibilidade, de seu representante legal.

Pelo exposto, verifica-se que no âmbito médico já existe um bom aparato legal que visa atender a vontade do paciente, reforçando a sua autonomia e buscando evitar a prática da obstinação terapêutica, que prorroga inutilmente um sofrimento pelo qual a pessoa não deseja passar.

#### 4.2 Perspectivas na legislação nacional

No âmbito nacional ainda não há legislação que regulamente o Testamento Vital, apenas, conforme já referido, na esfera infralegal por meio de resoluções do Conselho Federal de Medicina e também em três estados brasileiros foram criadas leis que corroboram com as diretivas antecipadas de vontade, pois estabelecem direitos dos usuários de saúde de recusar tratamentos que tentem prolongar a vida do paciente em fim de vida.

---

<sup>163</sup> ALVES, Cristiane Avanci. Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: Considerações sobre linguagem e fim de vida. *Revista Síntese Direito de Família*. v. 15, n. 80, out./nov. 2013. p. 38.

<sup>164</sup> Código de Ética Médica: contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão.

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

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. Disponível em: < [http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo\\_etica.pdf](http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2015.

Tramitava no Senado Nacional o Projeto de Lei nº 524/2009, de autoria do senador Gerson Camata que dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença, embora tenha sido arquivado ao final da legislatura em 26/12/2014, não deixa de ter estimada importância.

Nesta perspectiva é importante fazer uma análise destes dispositivos legais, a fim de verificar que somando-se às resoluções do Conselho Federal de Medicina e aos princípios constitucionais, o Testamento Vital é válido. Todavia, a elaboração de uma lei específica e a sua inclusão no ordenamento jurídico brasileiro é salutar, garantindo o poder de decisão ao paciente em relação aos tratamentos e procedimentos que será submetido.

a) Lei nº 10.241/99 – São Paulo

Lei nº 10.241/99, popularmente conhecida como “Lei Mário Covas”, por ter sido promulgada pelo então governador de São Paulo Mário Covas, dispõe sobre os direitos dos usuários de serviços e das ações de saúde, tem dois artigos e 24 incisos.<sup>165</sup>

O inciso XXIII, do artigo 2º, refere-se especificamente ao paciente em fim de vida, assegura ao usuário, ou ao seu representante legal, o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários que visam prolongar a vida. O inciso XXIV refere-se a possibilidade de optar pelo lugar da morte. Na íntegra:

Artigo 2º. São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:  
[...]  
XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;  
XXIV - optar pelo local de morte.

Verifica-se que a lei foi elaborada sob o enfoque da prática humanista da medicina, deixando de lado a busca obsessiva pela cura, colocando o paciente no centro dos cuidados e não a doença, permitindo ao paciente que tenha uma morte mais tranquila e menos desumana, no local em que considerar mais apropriado para despedir-se da vida e de seus familiares.

Interessante referir que o próprio governador que promulgou a lei, fez uso dela no ano de 2001, quando faleceu em decorrência de uma doença em estágio avançado e considerada fora das possibilidades terapêuticas.

---

<sup>165</sup> BRASIL. São Paulo. Lei estadual nº. 10.241, de 17 de março de 1999. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

b) Lei nº 14.254/2003 - Paraná

Esta lei foi publicada no Diário Oficial em dezembro de 2003 e dispõe sobre a prestação de serviço e ações de saúde aos usuários no Estado do Paraná, possui seis artigos e quarenta incisos.<sup>166</sup>

Os incisos que merecem destaque no presente estudo são o inciso XXIX, que assegura o direito ao paciente em recusar tratamento doloroso ou extraordinário, que tem por escopo tentar prolongar a vida, e o inciso XXX, que dispõe sobre o direito a ter uma morte digna e serena, podendo o próprio paciente, enquanto lúcido, ou a família ou responsável, optar pelo local de morte.

Da mesma forma que a lei referida anteriormente, também esta visa garantir o direito do paciente em não ser submetido a tratamentos extraordinários e dolorosos e escolher pelo local de sua morte. No entanto, inova ao trazer expresso na lei o direito a ter uma morte “digna e serena”, tal fato se reveste de grande importância, tendo em vista que assegura ao paciente o que tem se defendido, uma morte digna, sem sofrimentos e agonia.

c) Lei nº 16.279/2006 – Minas Gerais

A lei foi promulgada em 20 de julho de 2006 e dispõe sobre os direitos dos usuários das ações e dos serviços públicos de saúde no Estado de Minas Gerais, possui seis artigos, e seu principal dispositivo, o artigo 2º, possui vinte e três incisos.<sup>167</sup>

Os mineiros foram mais contidos ao legislar sobre a recusa a tratamentos dolorosos ou extraordinários, apenas um inciso (XXI) tratou sobre o assunto de maneira bem sucinta, trazendo apenas que é direito do usuário dos serviços de saúde recusar tratamento doloroso ou extraordinário.

No entanto, em que pese o dispositivo legal seja conciso não perde a sua importância, pois, conforme referido, Minas Gerais infelizmente é um dos poucos Estados a legislar sobre o tema no país. Também visa garantir que o paciente possa recusar de forma livre,

---

<sup>166</sup> BRASIL. Paraná. Lei 14254 - 04 de Dezembro de 2003. Disponível em: <<http://www.alep.pr.gov.br/web/baixarArquivo.php?id=26595&tipo=LM&tplei=1&arq=4913>>. Acesso em 03 abr. 2015.

<sup>167</sup> BRASIL. Minas Gerais. Lei 16279, de 20/07/2006. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=lei&num=16279&comp=&ano=2006>. Acesso em: 02 abr. 2015.

conscientemente e esclarecida os tratamentos dolorosos e extraordinários, que apenas irão prolongar a quantidade de vida.

d) Projeto de Lei nº 524/2009

O Projeto de Lei nº 524/2009 apresentado ao Senado Federal pelo então senador Gerson Camata dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença. Possui basicamente os mesmos dispositivos da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº1.805/2006, porém de maneira mais detalhada.

Embora o projeto tenha sido arquivado em 26 de dezembro de 2014, ao final da legislatura, ele continua sendo de grande importância, pois é necessário o devido processo legislativo para que seja aprovada uma norma acerca do tema, gerando maior segurança jurídica na sua aplicação.

O projeto tem como finalidade permitir, em condições específicas, que o paciente, seus familiares ou representante legal possam solicitar a limitação ou a suspensão de procedimentos terapêuticos destinados exclusivamente a protelar a morte inevitável e iminente dos pacientes acometidos por doença incurável, progressiva e em fase terminal. Além disso, visa evitar o sofrimento do paciente e mesmo de seus familiares e amigos que permanecem junto desta angústia e sofrimento.<sup>168</sup>

Conforme referido, o projeto dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença, diz respeito à tomada de decisões sobre a instituição ou suspensão de procedimentos terapêuticos, paliativos e mitigadores do sofrimento, proporcionais e adequados à sua situação, sem negligenciar outros procedimentos que se mostrem cabíveis para sua patologia.<sup>169</sup>

O artigo que trata das diretivas antecipadas de vontade é o artigo 6º, que pontua que se houver manifestação favorável da pessoa em fase terminal de doença ou, em casos que ela esteja impossibilitada de se manifestar em decorrência de doença mental ou outra situação que

---

<sup>168</sup> A finalidade está descrita na Justificação do Projeto de Lei nº 524/2009 do Senado Federal. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/70139.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

<sup>169</sup> Art. 1º Esta Lei dispõe sobre os direitos da pessoa que se encontre em fase terminal de doença, no que diz respeito à tomada de decisões sobre a instituição, a limitação ou a suspensão de procedimentos terapêuticos, paliativos e mitigadores do sofrimento.

Art. 2º A pessoa em fase terminal de doença tem direito, sem prejuízo de outros procedimentos terapêuticos que se mostrarem cabíveis, a cuidados paliativos e mitigadores do sofrimento, proporcionais e adequados à sua situação. Senado Federal. Projeto de Lei nº 524/2009. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/70139.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

altere o seu estado de consciência, manifestação da sua família ou do seu representante legal, é permitida, desde que fundamentada e registrada no prontuário do paciente, bem como submetida a análise médica revisora, a limitação ou a suspensão, pelo médico assistente, de procedimentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida.<sup>170</sup>

O parágrafo segundo do artigo referido anteriormente, traz ainda que na hipótese de impossibilidade superveniente de manifestação de vontade do paciente e caso este tenha, anteriormente, enquanto lúcido, se pronunciado contrariamente à limitação e suspensão de procedimentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida, deverá ser respeitada tal manifestação.

No artigo terceiro, visando a correta interpretação da lei, o referido projeto define o que se entende por pessoa em fase terminal de doença; procedimentos paliativos e mitigadores do sofrimento; cuidados básicos, normais e ordinários; procedimentos proporcionais; procedimentos desproporcionais; e procedimentos extraordinários.<sup>171</sup>

Desta forma, verifica-se que o projeto se aprovado seria muito importante para sanar eventuais lacunas, reafirmando a possibilidade de que o paciente não seja submetido a tratamentos desnecessários e dispendiosos que somente prolongarão a sua agonia.

---

<sup>170</sup> Art. 6º Se houver manifestação favorável da pessoa em fase terminal de doença ou, na impossibilidade de que ela se manifeste em razão das condições a que se refere o § 1º do art. 5º, da sua família ou do seu representante legal, é permitida, respeitado o disposto no § 2º, a limitação ou a suspensão, pelo médico assistente, de procedimentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida.

§ 1º Na hipótese de impossibilidade superveniente de manifestação de vontade do paciente e caso este tenha, anteriormente, enquanto lúcido, se pronunciado contrariamente à limitação e suspensão de procedimentos de que trata o caput, deverá ser respeitada tal manifestação.

§ 2º. A limitação ou a suspensão a que se refere o caput deverá ser fundamentada e registrada no prontuário do paciente e será submetida a análise médica revisora, definida em regulamento. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/70139.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

<sup>171</sup> Art. 3º Para os efeitos desta Lei, são adotadas as seguintes definições:

I – pessoa em fase terminal de doença: pessoa portadora de doença incurável, progressiva e em estágio avançado com prognóstico de ocorrência de morte próxima e inevitável sem perspectiva de melhora do quadro clínico mediante a instituição de procedimentos terapêuticos proporcionais; II – procedimentos paliativos e mitigadores do sofrimento: procedimentos que promovam a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, mediante prevenção e tratamento para o alívio de dor e de sofrimento de natureza física, psíquica, social e espiritual;

III – cuidados básicos, normais e ordinários: procedimentos necessários e indispensáveis à manutenção da vida e da dignidade da pessoa, entre os quais se inserem a ventilação não invasiva, a alimentação, a hidratação, garantidas as quotas básicas de líquidos, eletrólitos e nutrientes, os cuidados higiênicos, o tratamento da dor e de outros sintomas de sofrimento.

IV – procedimentos proporcionais: procedimentos terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento que respeitem a proporcionalidade entre o investimento de recursos materiais, instrumentais e humanos e os resultados previsíveis e que resultem em melhor qualidade de vida do paciente e cujas técnicas não imponham sofrimentos em desproporção com os benefícios que delas decorram; V – procedimentos desproporcionais: procedimentos terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento que não preencham, em cada caso concreto, os critérios de proporcionalidade a que se refere o inciso IV; VI – procedimentos extraordinários: procedimentos terapêuticos, ainda que em fase experimental, cuja aplicação comporte riscos. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/70139.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

Ainda sob o aspecto de novas perspectivas para o testamento vital no âmbito jurídico brasileiro, foi aprovado pela Justiça Federal, em 2012, na V Jornada de Direito Civil o Enunciado nº 528, o qual inova com o reconhecimento judicial do testamento vital:

528 - Arts. 1.729, parágrafo único, e 1.857: É válida a declaração de vontade expressa em documento autêntico, também chamado “testamento vital”, em que a pessoa estabelece disposições sobre o tipo de tratamento de saúde, ou não tratamento, que deseja no caso de se encontrar sem condições de manifestar a sua vontade.<sup>172</sup>

Através deste enunciado, que aproveita dispositivos legais previstos no Código Civil brasileiro, afirma-se a validade na utilização de qualquer documento autêntico que retrate, expressamente, as declarações da pessoa sobre os tratamentos médicos que deseja receber ou recusa, exercendo o seu direito à autodeterminação.

Desta maneira, verifica-se que aos poucos o testamento vital vai galgando espaço no ordenamento jurídico pátrio, para garantir segurança jurídica na sua elaboração pela pessoa e no cumprimento pelo profissional médico.

#### **4.3 O Testamento Vital como forma de garantir os direitos constitucionais do paciente em fim de vida**

Os inúmeros avanços na área médica-científica proporcionaram feitos maravilhosos nos tratamentos e procedimentos médicos, no entanto, também surgiram práticas extremamente invasivas, intervindo no processo de morte, ao ponto de manter pacientes “vivos” indefinidamente à revelia de seu bem estar.

Atualmente o paciente é considerado livre para decidir sobre os tratamentos e procedimentos médicos a que será submetido, necessitando ser esclarecido previamente da sua atual situação e consequências que poderão advir da feita ou não de determinada ação.<sup>173</sup> Ocorre que, quando não mais puder expressar a sua vontade nem sempre o que disse anteriormente será respeitado.

---

<sup>172</sup> Justiça Federal, em 2012. V Jornada de Direito Civil o Enunciado nº 528. Disponível em: <<http://www.cjf.jus.br/cjf/CEJ-Coedi/jornadas-cej/enunciados-aprovados-da-i-iii-iv-e-v-jornada-de-direito-civil/compilacaoenunciadosaprovados1-3-4jornadadircivilnum.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2015.

<sup>173</sup> Corroborando o que foi observado, tem-se os seguintes artigos, dispostos no Código de ética médica: É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

O testamento vital tem por objetivo primordial garantir que a vontade do paciente em fim de vida, manifestada expressamente e em situação prévia a situação de terminalidade, seja respeitada quando não mais puder se manifestar. Não tem por escopo provocar a morte do paciente, mas permitir que sua vida chegue ao final naturalmente, sem tratamentos dolorosos e que não lhe trarão nenhum benefício, para ter uma morte minimante digna.

O tema ainda é pouco debatido no país, mas aos poucos vai se percebendo a importância deste instituto como garantidor dos direitos assegurados pela magna carta a todos os cidadãos, que não deixam de serem titulares destes por encontrarem-se em situações de fim de vida, devendo ter seus direitos respeitados, não sendo obrigado a viver a qualquer custo.

Importante passo foi dado pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul em 2013, pois reconheceu o direito de um paciente em não ser submetido a procedimento cirúrgico mutilatório, pois preferiu ter uma morte a seu tempo, sem prolongamentos desnecessários. Ressaltou o eminente julgador que o paciente se encontrava no pleno gozo de suas faculdades mentais quando manifestou a sua vontade por meio do testamento vital. *Verbis*:

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. 2. O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. 3. O direito à vida garantido no art. 5º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição instituiu o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal. 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. 5. Apelação desprovida.<sup>174</sup>

---

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra\\_4.asp](http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_4.asp)>. Acesso em: 15 abr. 2015.

<sup>174</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande Do Sul. Apelação Cível nº 70054988266, Primeira Câmara Cível, Relator: Irineu Mariani, Julgado em: 20 nov. 2013.

O Ministério Público ingressou com ação com pedido de alvará judicial para suprimimento da vontade de um idoso ex-hanseniano para realizar a amputação de seu pé, sob pena de morte por infecção generalizada, tendo em vista que está em processo de necrose do pé esquerdo, resultante de uma lesão, desde novembro de 2011, que vem se agravando, inclusive com emagrecimento progressivo e anemia acentuada resultante do direcionamento da corrente sanguínea para a lesão tumoral. O idoso se nega a realizar o procedimento, preferindo a morte para o alívio de seu sofrimento. O juízo singular indeferiu o pedido, argumentando que não se trata de doença recente e o paciente é pessoa capaz, tendo livre escolha para agir e, provavelmente, consciência das eventuais consequências, não cabendo ao Estado tal interferência, ainda que porventura possa vir a ocorrer o resultado morte. Em seu parecer o Desembargador Irineu Mariani, não deu provimento ao recurso interposto pelo *Parquet*, merecendo ser transcrito:

[...] o direito à vida garantido no art. 5º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. Em relação ao seu titular, o direito à vida não é absoluto. Noutras palavras, não existe a obrigação constitucional de viver, haja vista que, por exemplo, o Código Penal não criminaliza a tentativa de suicídio. Ninguém pode ser processado criminalmente por tentar suicídio.

Nessa ordem de idéias, a Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a cirurgia ou tratamento.

Conforme o Artigo acima citado, o entendimento de que “não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento, embora haja o dever estatal de que os melhores tratamentos médicos estejam à sua disposição”, é também defendido por Roxana Cardoso Brasileiro Borges. Acrescenta que o desrespeito pelo médico à liberdade do paciente, devidamente esclarecido, em relação à recusa do tratamento, “pode caracterizar cárcere privado, constrangimento ilegal e até lesões corporais, conforme o caso. O paciente tem o direito de, após ter recebido a informação do médico e ter esclarecidas as perspectivas da terapia, decidir se vai se submeter ao tratamento ou, tendo esse já iniciado, se vai continuar com ele.”

No final do Artigo, Nota nº 8, o Dr. Thiago Vieira Bomtempo, reproduz mais uma passagem do entendimento da Drª Roxana Borges, a qual reproduzo: “O consentimento esclarecido é um direito do paciente, direito à informação, garantia constitucional, prevista no art. 5º, XIV, da Constituição, e no Cap. IV, art. 22, do Código de Ética Médica. Segundo Roxana Borges, o paciente tem o direito de, após ter recebido a informação do médico e ter esclarecidas as perspectivas da terapia, decidir se vai se submeter ao tratamento ou, já o tendo iniciado, se vai continuar com ele. Estas informações devem ser prévias, completas e em linguagem acessível, ou seja, em termos que sejam compreensíveis para o paciente, sobre o tratamento, a terapia empregada, os resultados esperados, o risco e o sofrimento a que se pode submeter o paciente. Esclarece a autora, ainda, que para a segurança do médico, o consentimento deve ser escrito.”

[...]

Tal manifestação de vontade, que vem sendo chamada de TESTAMENTO VITAL, figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina, na qual consta que “Não se justifica prolongar um sofrimento desnecessário, em detrimento à

qualidade de vida do ser humano” e prevê, então, a possibilidade de a pessoa se manifestar a respeito, mediante três requisitos: (1) a decisão do paciente deve ser feita antecipadamente, isto é, antes da fase crítica; (2) o paciente deve estar plenamente consciente; e (3) deve constar que a sua manifestação de vontade deve prevalecer sobre a vontade dos parentes e dos médicos que o assistem.

Ademais, no âmbito infraconstitucional, especificamente o Código Civil, dispõe o art. 15: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.”

O fato de o dispositivo proibir quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo, a pessoa pode ser constrangida a tratamento ou intervenção cirúrgica, máxime quando mutilatória de seu organismo.

Por fim, se por um lado muito louvável a preocupação da ilustre Promotora de Justiça que subscreve a inicial e o recurso, bem assim do profissional da medicina que assiste o autor, por outro não se pode desconsiderar o trauma da amputação, causando-lhe sofrimento moral, de sorte que a sua opção não é desmotivada.

Apenas que, eminentes colegas, nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tenho que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o seu testamento vital no sentido de não se submeter à amputação, com os riscos inerentes à recusa.

Como bem salientou o julgado transcrito, além dos princípios constitucionais do direito à vida e da dignidade da pessoa, que por si só já bastariam para alicerçar o direito do paciente, ainda existe outro dispositivo legal no ordenamento jurídico pátrio que o corrobora, o artigo 15, do Código Civil Brasileiro<sup>175</sup>, que preceitua que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica, o qual não quer dizer que não existindo risco a pessoa será constrangida a um procedimento médico.

No entanto, como corretamente pondera Diaulas Costa Ribeiro, o artigo anteriormente referido deve ser interpretado à luz da Constituição Federal Brasileira, tendo como parâmetro os direitos ali assegurados:

[...] ninguém, nem com risco de vida, será constrangido a tratamento ou a intervenção cirúrgica, em respeito à sua autonomia, um destacado direito desta Era dos Direitos que não concebeu, contudo, um direito fundamental à imortalidade.<sup>176</sup>

Fazendo a interpretação acima defendida, verifica-se a importância em respeitar a vontade do paciente como sujeito autônomo, fato que encontra amparo no princípio da autonomia da vontade - privada, em não ser submetido a procedimentos que visem apenas a prorrogação da vida do paciente. No entanto, conforme já se referiu, ocorre uma colisão com a proteção do direito à vida. Nesse sentido, defende Borges:

<sup>175</sup> Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. Lei nº 10.406/2002, Código Civil Brasileiro. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/10406.htm)>. Acesso em 13 abr. 2015.

<sup>176</sup> DADALTO, 2013 apud RIBEIRO, Diaulas Costa. *A eterna busca da imortalidade humana: a terminalidade da vida e a autonomia*. Bioética, Brasília, v. 13, n. 2, p. 112-120, dez. 2005.

[...] O direito de morrer dignamente é reivindicação por vários direitos, como a dignidade da pessoa, a liberdade, a autonomia, a consciência, refere-se ao desejo de se ter uma morte humana, sem o prolongamento da agonia por parte de um tratamento inútil. Isso não se confunde com o direito de morrer. Esse tem sido reivindicado como sinônimo de eutanásia ou de auxílio ao suicídio, que são intervenções que causam ou antecipam a morte.<sup>177</sup>

A autonomia da vontade, nesse contexto, expressa o direito que o paciente tem de decidir sobre a sua própria vida, sobre seu corpo, assegurando-lhe o direito de decidir sobre os tratamentos que deseja receber, de ter uma morte digna.

Embora o direito à vida seja inviolável, pode ser relativizada frente a situações específicas, quando houver colisão com outros princípios. No caso do testamento vital ocorre um embate entre o direito à vida com os princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade. No entanto, a vontade do paciente terminal é justamente a garantia da vida e de uma morte digna, não traduz-se em violar este direito, mas justamente exercê-lo. Não se deve obrigar a pessoa a viver a qualquer preço.

Com o aumento da expectativa de vida da população, gerada pelos avanços tecnológicos e nas mais variadas áreas do conhecimento, especialmente nos últimos séculos, aumentaram também as doenças que são consequência do envelhecimento. A preocupação com o fim da vida e com situações que possam levar a um quadro irreversível, e, por conseguinte o estágio de fim de vida do paciente, fez com que crescesse a procura pelo testamento vital no país.

Segundo levantamento feito pelo Colégio Notarial do Brasil – Seção São Paulo, entre 2009 e 2014, o número de documentos que continham disposições previstas no instituto do testamento vital cresceram 2.000%, sendo que em 2009 foram registrados 26 testamentos vitais e em 2014 passou para 542 testamentos vitais.<sup>178</sup>

Ainda segundo o levantamento o aumento no registro de testamentos vitais no país ocorreu especialmente a partir da elaboração da resolução nº 1995/2012 pelo Conselho Federal de Medicina, que, conforme já se discorreu, dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente, São Paulo é o estado com mais registros em 2014, 374 registros, seguido de Mato Grosso com 86 e Rio Grande do Sul com 53 registros.

<sup>177</sup> BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro Borges. *Direito de morrer de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado*. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. *Biodireito: ciência da vida, os novos desafios*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2001, p.284-285

<sup>178</sup> ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL (OAB) – Subseção Londrina/PR. Disponível em: <[http://www.oablondrina.org.br/noticias.php?id\\_noticia=44044](http://www.oablondrina.org.br/noticias.php?id_noticia=44044)>. Acesso em 14 abr. 2015

Diante destes dados concretos pode se perceber que as pessoas cada vez mais vem se preocupando como será o final de sua vida, pois como um ciclo natural que se tem é certo que algum dia a morte irá ocorrer, e lutar contra algo tão certo como este fato não precisa ser um caminho longo e sofrido, mas somente o necessário.

Denota-se que o testamento vital, quando elaborado dentro de parâmetros médicos, éticos e jurídicos bem delineados, encontra respaldo no principio da autonomia - privada e da dignidade humana, bem como uma necessária relativização do direito à vida. Na busca incessante pela garantia dos direitos das pessoas, não se pode nunca esquecer que morrer de forma digna também é um direito do ser humano. Viver não é um dever, mas sim um direito.

A interpretação integrativa de todas as normas constitucionais e infraconstitucionais que foram analisadas confere base suficiente para se defender que o testamento vital é um instrumento hábil para garantir os direitos constitucionais do paciente em fim de vida.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo não pretendeu esgotar o assunto sobre o tema, tendo em vista que permite aprofundar e abordar os mais diversos pontos, no entanto, buscou-se discorrer sobre questões nevrálgicas sobre o testamento vital, a fim de demonstrar a sua importância e plena validade em nosso ordenamento jurídico.

O uso do testamento vital ainda gera polêmicas, pois envolve questões delicadas sobre a vida e morte das pessoas. A ideia de permitir que as pessoas possam escolher a quais tratamentos médicos desejam ou não se submeter no estágio final de sua vida pode gerar conclusões precipitadas, como a de que permitira pôr fim a vida do paciente, o que não é o objetivo do testamento vital.

Nesse contexto, reafirma-se que o testamento vital é válido e legítimo, e que deve-se respeitar a liberdade de escolha da pessoa, que tem direito de manifestar livre e conscientemente inclusive no fim de sua vida, de acordo com as suas crenças e valores. Vale lembrar que essa liberdade de escolha encontra limite no que concerne aos tratamentos considerados fúteis, bem como pelo ordenamento jurídico vigente.

Apesar de não existir uma legislação específica sobre o tema o testamento vital é válido e legítimo, pois encontra amparo nos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, do direito à vida e à autonomia da vontade – privada, que precisam ser interpretados em conjunto e não isoladamente.

Contudo, é salutar a feitura de uma lei específica para regular o instituto, de maneira que possa suprir eventuais dúvidas e impedindo que a desinformação seja um obstáculo para a maior utilização deste instrumento de grande importância. Sobreleva destacar que referida lei deve ser elaborada e aprovada levando-se em conta o estado atual da medicina, conjugado com o melhor entendimento jurídico vigente, sem se ater a pré-conceitos e questões pessoais dos políticos. É preciso ter uma visão ampla da medicina e do direito como um todo ser amarras em conceitos e dogmas ultrapassados.

Em países como Estados Unidos, Espanha e Uruguai já existem legislações bem desenvolvidas sobre o testamento vital, que adquire diversas nomenclaturas, sem alterar o seu objetivo maior que é garantir autonomia às pessoas capazes em manifestar livre e

antecipadamente a sua vontade sobre os cuidados e tratamentos médicos quando não mais puder se expressar.

Diante de todo o exposto, concluiu-se que, apesar da inexistência de norma específica no Brasil a respeito do testamento vital, a interpretação integrativa das normas constitucionais e infraconstitucionais, nestas incluídas a dignidade da pessoa humana, o direito à vida e autonomia da vontade – privada, as Resoluções do Conselho Federal Medicina n.º 1.805/2006 e 1.995/2012, concedem amparo suficiente para a validade do Testamento Vital no país. Além disso, o projeto de lei n.º 524/2009 que tramitava no Senado Federal e as leis dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná já demonstram que as perspectivas sobre o instituto no país começaram a emergir, e devem avançar.

Em que pese o momento da morte seja um acontecimento inerente a todo ser humano, provoca demasiada angústia e tristeza para quem fica, e por mais difícil que este momento seja a pessoa que se encontra no fim da vida tem direito a que seus anseios sejam respeitados, quando manifestados previamente e em plena capacidade de discernimento. Não se pode admitir que alguém seja obrigado a permanecer vivo por tempo indeterminado, contra a sua vontade, sujeito a sofrimentos desnecessários e que somente irão prolongar a sua vida, sem nenhuma perspectiva de melhora.

## 6 REFERÊNCIAS

ALVES, Cristiane Avanci. *Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: Considerações sobre linguagem e fim de vida*. REVISTA SÍNTESE DIREITO DE FAMÍLIA. v. 15, n. 80, out./nov. 2013.

ARGENTINA. *Lei 26.529/2009*. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>>. Acesso em: 27 de jan. 2015.

BARROSO, Luis Roberto. *Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. *A morte como ela é: Dignidade e autonomia individual no final da vida*. Disponível em: <[http://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida#\\_ftn40](http://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida#_ftn40)>. Acesso em: 02 de Nov. 2014

BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. *Princípios de Ética Biomédica*. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BOMTEMPO, Tiago Vieira. *A aplicabilidade do Testamento Vital no Brasil*. Revista Síntese Direito de Família. v 15, n. 77, abr./maio. 2013.

\_\_\_\_\_. *A aplicabilidade do Testamento Vital no Brasil*. Revista Síntese Direito de Família. v 15, n. 77, abr./maio. 2013. p.100. APUD: PEREIRA, Caio Maria da Silva. Instituições de direito civil: direito das sucessões. 16. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Forense, v.6, 2007.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro Borges. *Direito de morrer de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado*. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. Biodireito: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2001.

BRASIL. *Código Civil Brasileiro*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm)>. Acesso em 20 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. *Código Penal Brasileiro. Lei nº 2.848/40, Art. 121 - Matar alguém*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 09 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931/2009. *Princípios Fundamentais: VII*. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf)>. Acesso em 10 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1805/2006*. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805\\_2006.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Justiça Federal. Seção Judiciária do Distrito Federal. *Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3*. Ministério Público Federal x Conselho Federal de Medicina. Juiz Roberto Luis Luchi Demo. Sentença. Julgamento em: 1.12.2010. Disponível em: <[http://www.jfdf.jus.br/destaques/14%20VARA\\_01%2012%202010.pdf](http://www.jfdf.jus.br/destaques/14%20VARA_01%2012%202010.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.406/2002, *Código Civil Brasileiro*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm)>. Acesso em 13 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Minas Gerais. *Lei 16.279, de 20/07/2006*. Disponível em: <<http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=lei&num=16279&comp=&ano=2006>>. Acesso em: 02 abr. 2015

\_\_\_\_\_. Paraná. *Lei 14.254 - 04 de Dezembro de 2003*. Disponível em: <<http://www.alep.pr.gov.br/web/baixarArquivo.php?id=26595&tipo=LM&tplei=1&arq=4913>>. Acesso em 03 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. *Projeto de Lei nº 524/2009 do Senado Federal*. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/70139.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. São Paulo. *Lei estadual nº. 10.241, de 17 de março de 1999*. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. *Notícias*. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=116380>>. Acesso em 04 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Rio Grande Do Sul. *Apelação Cível nº 70054988266, Primeira Câmara Cível, Relator: Irineu Mariani, Julgado em: 20 nov. 2013*. Disponível em: <[http://m.tjrs.jus.br/#resultado\\_pesquisa\\_jurisprudencia](http://m.tjrs.jus.br/#resultado_pesquisa_jurisprudencia)>. Acesso em: 09 dez. 2014.

CLEMENTE, Ana Paula Pacheco; Pimenta, Waldemar J. D. *Uma reflexão bioética do testamento vital: o que você faria se tivesse 7 dias?*. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, IX, n. 32, ago 2006. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=1231](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1231)>. Acesso em: 07 jun. 2014.

COELHO, Fábio Ulhoa, *Curso de direito civil, família, sucessões*. 4. ed. ver. e atual. São Paulo: Saraiva, 2011.

CONSELHO DA EUROPA. *Estados membros*. Disponível em: <<http://www.coe.int/en/web/about-us/our-member-states>>. Acesso em 20 dez. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20671&Itemid=23](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20671&Itemid=23)>. Acesso em 20 abr. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Código de Ética Médica*. Disponível em: <[http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo\\_etica.pdf](http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2015.

CONVEÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Pacto de San José da Costa Rica*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/anexo/and678-92.pdf](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/anexo/and678-92.pdf)>. Acesso em 04 dez. 2014.

CRUZ, Elisa Costa. *Autonomia no Processo de Morrer: as Diretivas Antecipadas como concretização da dignidade da pessoa humana*. *Revista Síntese Direito de Família*, v 15, n. 80, out/Nov. 2013.

DADALTO, Luciana. *Aspectos registrais das Diretivas Antecipadas de Vontade*. *Revista Síntese Direito de Família*. v 15, n. 80, out./nov. 2013.

\_\_\_\_\_. *Testamento Vital*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013.

DANTAS, Paulo Roberto de Figueiredo. *Curso de direito constitucional*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

DINIZ, Maria Helena, *Curso de Direito Civil brasileiro: direito das sucessões*. 24. ed. São Paulo : Saraiva, 2010.

\_\_\_\_\_. *O estado atual do biodireito conforme o novo Código Civil (Lei n. 10.406/2002) e a Lei n. 11.105/2005*. 3 ed. aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2006.

ESPAÑA. *Convenio de Oviedo*. 1997. Disponível em: <<http://www.bioeticanet.info/documentos/Oviedo1997.pdf>>. Acesso em 10 de jan. 2015.

\_\_\_\_\_. *Ley 21/2000, de Cataluña, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica*. Disponível em: <<http://www.unav.es/cdb/leescatautpac.html>>. Acesso em 02 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. *Ley básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Disponível em: <<http://www.unav.es/cdb/leesautpac.html>>. Acesso em 03 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. *Real decreto nº 124/2007*. Disponível em: <<http://www.observatoriobioetica.org/wp-content/uploads/2013/12/REAL-DECRETO-1242007-de-2-de-febrero-por-el-que-se-regula-el-Registro-nacional-de-instrucciones-previas-y-el-correspondiente-fichero-automatizado-de-datos-de-car% C3% A1cter-personal.pdf>>. Acesso em 15 de jan. 2015.

GAGLIANO, Pablo Stolte. *Novo curso de direito civil: direito de família: as famílias em perspectiva constitucional*. 4. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2014. v. 6.

\_\_\_\_\_. *Novo curso de direito civil*, v. 6: direito de família: as famílias em perspectiva constitucional/ Pablo Stolte Gagliano, Rodolfo Pamplona Filho. 4. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 73-74. APUD: ALEX. *Teoria dos Direitos Fundamentais* (trad. Virgílio Afonso da Silva da 5.a edição alemã), São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

\_\_\_\_\_. *Novo curso de direito civil*, v. 4: contratos, tomo I: teoria geral/ Pablo Stolze Gagliano, Rodolfo Pamplona Filho. 10. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2014. p.73. APUD: NORONHA, Fernando. *O Direito dos Contratos e Seus Princípios Fundamentais: autonomia privada, Boa-fé, Justiça Contratual*, São Paulo: Saraiva, 1994.

GODINHO, Adriano Marteleto, *Diretivas Antecipadas de Vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro*. 2012. RIDB, Ano 1 (2012), nº 2, p.956. Disponível em: <[http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2012\\_02\\_0945\\_0978.pdf](http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2012_02_0945_0978.pdf)>. Acesso em: 19 de maio de 2014.

GOLDIM, José Roberto, *Imperativo Categórico*. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/bioetica/impercat.htm>>. Acesso em 02 dez. 2014

\_\_\_\_\_. *Caso Nancy Cruzan*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/nancy.htm>>. Acesso em 02 de jan. 2015.

\_\_\_\_\_. *Diretivas Antecipadas de Vontade*. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/diretivas2012.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. *Eutanásia*. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanasi.htm>>. Acesso em: 10 de abr. 2015.

\_\_\_\_\_. *Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

GOLDIM, José Roberto; Cristiane Avancini Alves; Marcia Santana Fernandes. *Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente*. Revista HCPA. 2012; 32(3).p.361. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/33981>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

GOLDIM, José Roberto. Eutanásia. APUD: MARTIN, Leonard M. *Eutanásia e distanásia: iniciação à bioética*. Revista do Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 171-192. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanasi.htm#mistanásia>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

GOMES, Frederico Barbosa; Maria Isabel Fernandes Silva. *Possibilidade de inclusão do Testamento Vital no ordenamento jurídico brasileiro*. Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva 2012/1 – nº 18. p. 212. Disponível em: <<http://blog.newtonpaiva.br/direito/wp-content/uploads/2013/04/D18-261.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

GONÇALVES, Carlos Roberto, *Direito civil brasileiro: direito das sucessões*. 5. ed. São Paulo : Saraiva, 2011. v. 7.

GOZZO, Débora; Wilson Ricardo Ligeira (organizadores). *Bioética e direitos fundamentais*. São Paulo: Saraiva, 2012.

JUNIOR, Otavio Luiz Rodrigues. *Testamento vital e seu perfil normativo* <http://www.conjur.com.br/2013-ago-14/direito-comparado-testamento-vital-perfil-normativo-parte#author>

LEÃO, Thales Prestrêlo Valadares. *Testamento vital: direito de morrer naturalmente*. Jus Navigandi, Teresina, ano 18, n. 3626, 5 jun. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/24638>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

LEITE, Eduardo de Oliveira. *Comentários ao novo Código Civil*. Coordenação de Sálvio de Figueiro Teixeira. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003. v. XXI. p. XIV-XV.

LENZA, Pedro. *Direito Constitucional Esquematizado*. 18. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2014.

LOCH, Jussara de Azambuja; Lúcia Helena Dupuy Pattela; Rainer Grigolo de Oliveira Alves. *Diretivas antecipadas de vontade do paciente: uma breve introdução ao tema*. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 58 (2): 162-165, abr.-jun. 2014. P 163.  
<<http://www.amrigs.com.br/revista/58-02/014.pdf>>. Acesso em 24 de março 2015.

LÔBO, Paulo. *Direito Civil: Contratos*. São Paulo: Saraiva, 2011.

\_\_\_\_\_. *Direito civil: sucessões*. 2. ed. – São Paulo : Saraiva, 2014.

LUCIANA DADALTO. Rev. Bioét. vol. 21 nº.1 Brasília Jan./Apr. 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422013000100012&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422013000100012&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em 12 abr. 2015.

MADALENO, Rolf, 1954. *Curso de Direito de Família*. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

MAXIMILIANO, Carlos. *Direito das Sucessões*. 2. ed. Rio de Janeiro: Freitas Batos, 1942. v. II, n 523.

MÖLLER, Letícia Ludwig. *Direito à morte com dignidade e autonomia*. 1. ed. (ano 2007), 3 reimp. Curitiba: Juruá, 2012.

MORAES, Alexandre de, *Direitos humanos fundamentais: teoria geral, comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

\_\_\_\_\_. *Constituição do Brasil interpretada*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

\_\_\_\_\_. *Direito Constitucional*. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

\_\_\_\_\_. *Direitos humanos fundamentais: teoria geral, comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MORAES, Guilherme Penã de. *Curso de direito constitucional*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MOREIRA, Mayana Sales. Testamento Vital: um Estudo sobre o seu conteúdo lícito no Brasil. *REVISTA SÍNTESE DIREITO DE FAMÍLIA*. v. 15, n. 80, out./nov. 2013. p.75. APUD: PESSINI, Leo. *Distanásia. Até quando prolongar a vida*. São Paulo: Loyola, 2001.

NAMBA, Edison Tetsuzo. *Manual de bioética e biodireito*. São Paulo: Atlas, 2009.

NOVELINO, Marcelo. *Direito Constitucional*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2011.

\_\_\_\_\_. *Direito Constitucional*. 7. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2012.

\_\_\_\_\_. *Manual de direito constitucional*. 8. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2013.

NUNES, Luis Antônio Rizzatto. *O princípio Constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência*. São Paulo: Saraiva, 2007.

OAB – Subseção Londrina/PR. Disponível em:  
<[http://www.oablondrina.org.br/noticias.php?id\\_noticia=44044](http://www.oablondrina.org.br/noticias.php?id_noticia=44044)>. Acesso em 14 abr. 2015

PADILHA, Rodrigo. *Direito Constitucional*. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2014.

PENALVA, Luciana Dadalto. *Declaração prévia de vontade do paciente terminal*. *Revista Bioética*. 2009, 17,(3). p.527. Disponível em:  
<[http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/515/516](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/515/516)>. Acesso em: 10 dez. 2014.

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

PORTUGAL. *Lei 25/2012*. Disponível em:  
<<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/0B43C2DF-C929-4914-A79A-E52C48D87AC5/0/TestamentoVital.pdf>>. Acesso em: 26 de jan. 2015.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012. Disponível em:  
<[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2014.

NEVES, Santos Rodrigo. *O testamento vital: Autonomia Privada x Direito à vida*. Revista Síntese Direito de Família. v.15, n. 80, out./Nov. 2013.

RIZZARDO, Arnaldo. *Direito das sucessões*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

ROCHA, Andréia Ribeiro da. *et al. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética*. Revista Bioética, Vol. 21, No 1. 2013. p. 85. Disponível em:  
[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/790](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/790). Acesso em: 07 jun. 2014.

RODRIGUES, Silvío. *Direito Civil*. 3. ed. São Paulo: Max Limonad, 1967.v.7.

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

SALIBI FILHO, Nagib. *Direito constitucional*. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Curso de direito Constitucional/ Ingo Wolfgang Sarlet, Luiz Guilherme Marinoni, Daniel Mitidiero* – 3. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

\_\_\_\_\_. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988*. 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 37. ed. Malheiros Editores, 2014.

SILVA, Reinaldo Pereira e. *Biodireito: a nova fronteira dos direitos humanos*. São Paulo: LTr, 2003.

TARTTUCE, Flávio, *Manual de direito civil: volume único* / Flávio Tartuce. 2. Ed. Ver., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2012.

\_\_\_\_\_. *Direito civil, v. 3: teoria geral dos contratos e contratos em espécie*. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2013. p. 56. APUD: AMARAL, Francisco. *Direito civil – Introdução*. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

TARTTUCE, Flávio; SIMÃO José Fernando. *Direito Civil. Direito das Sucessões*. 3. ed. São Paulo: Método, 2010. vol.6.

UNITED STATES OF AMERICA. Patient Self Determination Act of 1990 (Introduced in House) - HR 5067 IH - 101st Congress - 2d Session. Disponível em: <<http://testamentovital.com.br/legislacao/estados-unidos/>>. Acesso em 13 abr. 2015.

URUGUAI. Voluntad Anticipada, *Ley N° 18.473*. Disponível em: <<http://observatoriointernacional.com/?p=677>>. Acesso em 10 dez. 2015.

VENOSA, Sílvio de Salvo, *Direito civil: direito das sucessões*. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010. – (Coleção de direito civil; v.7).

WALD, Arnaldo. *Direito civil: direito das sucessões*. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

## 7 ANEXOS

**ANEXO A - RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006****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.

**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

## 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 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 freqüentemente 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. 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 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 CFM nº 1.995/2012****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.

§ 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

## 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.

### **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 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 – CÓDIGO DE ÉTICA**

### **Código de Ética - íntegra**

Índice

Preâmbulo

Capítulo I Princípios Fundamentais (inciso I ao XXV)

Capítulo II Direitos dos Médicos (inciso I ao X)

Capítulo III Responsabilidade Profissional (artigo 1º ao 21)

Capítulo IV Direitos Humanos (artigo 22 ao 30)

Capítulo V Relação com pacientes e familiares (artigo 31 ao 42)

Capítulo VI Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos (artigo 43 ao 46)

Capítulo VII Relação entre médicos (artigo 47 ao 57)

Capítulo VIII Remuneração profissional (artigo 58 ao 72)

Capítulo IX Sigilo Profissional (artigo 73 ao 79)

Capítulo X Documentos Médicos (artigo 80 a 91)

Capítulo XI Auditoria e Perícia Médica (artigo 92 ao 98)

Capítulo XII Ensino e Pesquisa Médica (artigo 99 ao 110)

Capítulo XIII Publicidade Médica (artigo 111 ao 118)

Capítulo XIV Disposições Gerais (inciso I ao IV)

Et

RESOLUÇÃO CFM N°1931/2009

(Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90)

(Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173)

Aprova o Código de Ética Médica.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, modificado pelo Decreto n.º 6.821, de 14 de abril de 2009 e pela Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas Leis n.º 6.828, de 29 de outubro de 1980 e Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999; 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 que as normas do Código de Ética Médica devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade;

CONSIDERANDO as propostas formuladas ao longo dos anos de 2008 e 2009 e pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelas Entidades Médicas, pelos médicos e por instituições científicas e universitárias para a revisão do atual Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO as decisões da IV Conferência Nacional de Ética Médica que elaborou, com participação de Delegados Médicos de todo o Brasil, um novo Código de Ética Médica revisado.

CONSIDERANDO o decidido pelo Conselho Pleno Nacional reunido em 29 de agosto de 2009;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 17 de setembro de 2009.

**RESOLVE:**

Art. 1º Aprovar o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização.

Art. 2º O Conselho Federal de Medicina, sempre que necessário, expedirá Resoluções que complementem este Código de Ética Médica e facilitem sua aplicação.

Art. 3º O Código anexo a esta Resolução entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação e, a partir daí, revoga-se o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM n.º 1.246, publicada no Diário Oficial da União, no dia 26 de janeiro de 1988, Seção I, páginas 1574-1579, bem como as demais disposições em contrário.

Brasília, 17 de setembro de 2009

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE  
Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO  
Secretária-Geral

## CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

### PREÂMBULO

I – O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina.

II - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III - Para o exercício da Medicina impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.

IV - A fim de garantir o acatamento e a cabal execução deste Código, o médico comunicará ao Conselho Regional de Medicina, com discrição e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infração do presente Código e das demais normas que regulam o exercício da Medicina.

V - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral.

VI - Este Código de Ética Médica é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei.

### Capítulo I

#### PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XII - O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

XIII - O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.

XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII - O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

XIX - O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXIII - Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.

XXIV - Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

XXV - Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

## Capítulo II

### DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

I - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

VI - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

VII - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

VIII - Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

X- Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

### Capítulo III

#### RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou

tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

## Capítulo IV

### DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

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

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo científicá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

## Capítulo V

### RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

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

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39 Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40. Aproveitar-se de situa situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

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

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

## Capítulo VI

### DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 44. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Art. 45. Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

## Capítulo VII

### RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 47. Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção, sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.

Art. 48. Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 49. Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

Art. 50. Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 51. Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 52. Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 53. Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Art. 54. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Art. 55. Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.

Art. 56. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

## Capítulo VIII

### REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

Art. 59. Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 60. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários.

Art. 61. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.

Art. 62. Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 63. Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.

Art. 64. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 65. Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 66. Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 67. Deixar de manter a integralidade do pagamento e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses

ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Art. 70. Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Art. 71. Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

Art. 72. Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

## Capítulo IX

### SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exhibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresse consentimento do seu representante legal.

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

## Capítulo X

### DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 91. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

## Capítulo XI

### AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95. Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único. O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial.

## Capítulo XII

### ENSINO E PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 99. Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100. Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103. Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104. Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105. Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106. Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 107. Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108. Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109. Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

## Capítulo XIII

### PUBLICIDADE MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 112. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113. Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114. Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 115. Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 116. Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 117. Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 118. Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

#### Capítulo XIV

#### DISPOSIÇÕES GERAIS

I - O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

II - Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.

III - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e atualização do presente Código quando necessárias.

IV - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina

**ANEXO D - PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 524, DE 2009****SENADO FEDERAL****PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 524, DE 2009**

Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** Esta Lei dispõe sobre os direitos da pessoa que se encontre em fase terminal de doença, no que diz respeito à tomada de decisões sobre a instituição, a limitação ou a suspensão de procedimentos terapêuticos, paliativos e mitigadores do sofrimento.

**Art. 2º** A pessoa em fase terminal de doença tem direito, sem prejuízo de outros procedimentos terapêuticos que se mostrarem cabíveis, a cuidados paliativos e mitigadores do sofrimento, proporcionais e adequados à sua situação.

**Art. 3º** Para os efeitos desta Lei, são adotadas as seguintes definições:

I – pessoa em fase terminal de doença: pessoa portadora de doença incurável, progressiva e em estágio avançado com prognóstico de ocorrência de morte próxima e inevitável sem perspectiva de melhora do quadro clínico mediante a instituição de procedimentos terapêuticos proporcionais;

II – procedimentos paliativos e mitigadores do sofrimento: procedimentos que promovam a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, mediante prevenção e tratamento para o alívio de dor e de sofrimento de natureza física, psíquica, social e espiritual;

III – cuidados básicos, normais e ordinários: procedimentos necessários e indispensáveis à manutenção da vida e da dignidade da pessoa, entre os quais se inserem a

ventilação não invasiva, a alimentação, a hidratação, garantidas as quotas básicas de líquidos, eletrólitos e nutrientes, os cuidados higiênicos, o tratamento da dor e de outros sintomas de sofrimento. IV – procedimentos proporcionais: procedimentos terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento que respeitem a proporcionalidade entre o investimento de recursos materiais, instrumentais e humanos e os resultados previsíveis e que resultem em melhor qualidade de vida do paciente e cujas técnicas não imponham sofrimentos em desproporção com os benefícios que delas decorram;

V – procedimentos desproporcionais: procedimentos terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento que não preencham, em cada caso concreto, os critérios de proporcionalidade a que se refere o inciso IV;

VI – procedimentos extraordinários: procedimentos terapêuticos, ainda que em fase experimental, cuja aplicação comporte riscos.

**Art. 4º** Na aplicação do disposto nesta Lei, os profissionais responsáveis pela atenção à pessoa em fase terminal de doença deverão promover o alívio da dor e do sofrimento, com preservação, sempre que possível, da lucidez do paciente, de modo a permitir-lhe o convívio familiar e social.

**Art. 5º** É direito da pessoa em fase terminal de doença ou acometida de grave e irreversível dano à saúde de ser informada sobre as possibilidades terapêuticas, paliativas ou mitigadoras do sofrimento, adequadas e proporcionais à sua situação.

§ 1º Quando, em decorrência de doença mental ou outra situação que altere o seu estado de consciência, a pessoa em fase terminal de doença estiver incapacitada de receber, avaliar ou compreender a informação a que se refere o *caput*, esta deverá ser prestada aos seus familiares ou ao seu representante legal.

§ 2º É assegurado à pessoa em fase terminal de doença, aos seus familiares ou ao seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

**Art. 6º** Se houver manifestação favorável da pessoa em fase terminal de doença ou, na impossibilidade de que ela se manifeste em razão das condições a que se refere o § 1º do art. 5º, da sua família ou do seu representante legal, é permitida, respeitado o disposto no § 2º, a limitação ou a suspensão, pelo médico assistente, de procedimentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida.

§ 1º Na hipótese de impossibilidade superveniente de manifestação de vontade do paciente e caso este tenha, anteriormente, enquanto lúcido, se pronunciado contrariamente à

limitação e suspensão de procedimentos de que trata o *caput*, deverá ser respeitada tal manifestação.

**Art. 7º** Mesmo nos casos em que houver a manifestação pela limitação ou suspensão de procedimentos a que se refere o art. 6º, a pessoa em fase terminal de doença continuará a receber todos os cuidados básicos, normais ou ordinários necessários à manutenção da sua vida e da sua dignidade, bem como os procedimentos proporcionais terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento, assegurados o conforto físico, psíquico, social e espiritual e o direito à alta hospitalar.

**Art. 8º** Esta Lei entra em vigor após decorridos noventa dias da data da sua publicação.

§ 2º. A limitação ou a suspensão a que se refere o *caput* deverá ser fundamentada e registrada no prontuário do paciente e será submetida a análise médica revisora, definida em regulamento.

## JUSTIFICAÇÃO

Os avanços tecnológicos ocorridos especialmente nos dois últimos séculos em várias áreas do conhecimento humano resultaram no aumento da expectativa de vida da população. Na Europa dos séculos XVI e XVII, a expectativa de vida ao nascer não alcançava os cinquenta anos. Em Londres, a média desse indicador para as classes mais favorecidas situava-se em 43,5 anos. Em Genebra, os números eram ainda mais desfavoráveis: 18,5 anos para a classe baixa, 24,7 anos para a classe média e 35,9 anos para a classe alta. Atualmente, em alguns países, a exemplo do Japão, a esperança de vida ao nascer supera os oitenta anos.

O aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas é uma das consequências do envelhecimento da população. Câncer, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, cardiopatias, doença de Alzheimer e acidente vascular cerebral são apenas alguns exemplos de doenças que acometem a população mais idosa e que podem causar intenso sofrimento nos estágios mais avançados. Além dessas doenças, cujas causas geralmente são naturais outros agravos à saúde podem causar intenso sofrimento.

Não raras vezes, os procedimentos terapêuticos instituídos nos casos de doenças incuráveis são infrutíferos. Especialmente nos casos avançados de doenças incuráveis e progressivas que levam ao prognóstico de que a morte é iminente e inevitável, a manutenção

da vida por meios artificiais pode representar sofrimento para o doente e para os seus familiares e amigos.

As leis brasileiras não dispõem sobre a matéria. No âmbito infralegal, dois atos normativos do Conselho Federal de Medicina (CFM) tratam do assunto: o Código de Ética Médica, de 1988, e a Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006.

O art. 130 do Código de Ética Médica veda ao médico *realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais*. Por sua vez, a Resolução CFM nº 1.805, de 2006, permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade grave e incurável. Entretanto, essa Resolução teve seus efeitos suspensos por decisão liminar no âmbito da Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal.

A suspensão ou a limitação de procedimentos terapêuticos desproporcionais ou extraordinários destinados unicamente a protelar a ocorrência de um evento natural – a morte – é conhecida como ortotanásia, palavra de etimologia grega que significa “morte natural” ou “boa morte” ou “morte sem sofrimento”. É o *deixar morrer em paz* a que se refere a Declaração de 5 de maio de 1980, da Congregação para a Doutrina da Fé, do Vaticano.

Diferentemente da ortotanásia, a distanásia, segundo o eminente médico e advogado José Antonio Martinez, é a morte que ocorre a despeito da “obstinação terapêutica” ou da instituição de “excesso terapêutico”. É o prolongamento da vida do paciente, “criando situações que lhe são verdadeiramente cruéis, mediante certas intervenções médicas.”

As leis brasileiras não permitem a eutanásia, que é a morte decorrente de ato destinado a abreviar a vida do paciente. Em alguns casos, a eutanásia é praticada a pedido ou com o consentimento do paciente, situação em que ela passa a ser considerada suicídio assistido.

Geralmente, as religiões praticadas por grande parte da população mundial, entre elas as católicas romana e ortodoxa, o islamismo, o judaísmo, o budismo e o hinduísmo, rejeitam a eutanásia, mas condenam o prolongamento artificial e infrutífero da vida de pacientes em estado terminal de doença. Todavia, na Holanda, na Austrália, na Bélgica e no estado americano do Oregon a eutanásia é legalmente permitida ou foi descriminalizada.

O Estado da Califórnia (EUA) reconheceu, em 1976, mediante o *Natural Death Act* (Lei da Morte Natural), que as pessoas adultas têm “o direito fundamental de controlar as decisões em relação ao cuidado médico que se lhes pode prestar, incluindo a decisão de que

não se lhes apliquem, ou se lhes retirem, as medidas que mantêm sua vida em casos de uma situação terminal”.

O projeto que submetemos à apreciação dos senhores Parlamentares tem a finalidade de permitir, nas condições que especifica, que o paciente, os seus familiares ou o seu representante legal possam solicitar a limitação ou a suspensão de procedimentos terapêuticos destinados exclusivamente a protelar a morte inevitável e iminente que sobrevém a doença incurável, progressiva e em fase terminal. A medida proposta tem a finalidade de evitar que o sofrimento do paciente que se encontra nessas situações, e até mesmo a angústia e o sofrimento dos seus familiares e amigos, se estenda por tempo indefinido.

Embora o fator econômico-financeiro não deva ser utilizado como parâmetro para a tomada de decisões quanto à manutenção, à limitação ou à suspensão de procedimentos terapêuticos, a medida proposta acarretará efeitos nesse particular, visto que a maioria das medidas destinadas a prolongar artificialmente a vida tem custo elevadíssimo e sobrecarrega o orçamento público para a saúde ou aumenta sobremaneira os gastos de planos privados de assistência à saúde. Nos casos em que a família se responsabiliza pelo pagamento das despesas médico-hospitalares, a internação de um paciente em uma unidade de terapia intensiva (UTI) durante alguns dias pode acarretar a extinção do patrimônio familiar amealhado durante anos.

A convicção de que a medida proposta concorrerá para sanar a vacância legal no que diz respeito ao direito de o paciente, seus familiares ou seu representante legal decidirem sobre a limitação ou a suspensão de tratamentos desnecessários, desumanos, infrutíferos e dispendiosos leva-nos a contar com o apoio dos Parlamentares de ambas as Casas Legislativas do Congresso Nacional para a aprovação do projeto.

Sala das Sessões,

Senador GERSON CAMATA

**ANEXO E – ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO – DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE**

Livro de CONTRATOS  
Nº 50



Folha nº 003v

**TRASLADO**

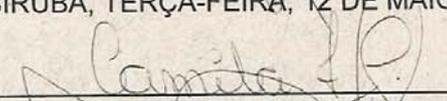
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
COMARCA DE IBIRUBÁ

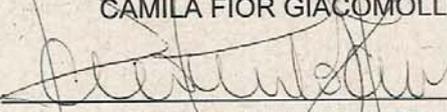
Nº 7.395.- ESCRITURA pública de DECLARAÇÃO - DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE - que faz CAMILA FIOR GIACOMOLLI, na forma abaixo. SAIBAM os que esta escritura virem, que aos doze (12) dias, do mês de maio, do ano de dois mil e quinze (2015), nesta cidade e comarca de Ibirubá, Estado do Rio Grande do Sul, neste Tabelionato, compareceu como outorgante declarante: **CAMILA FIOR GIACOMOLLI**, inscrita no CPF nº 019.529.610-92, portadora da carteira de identidade nº 2098628395, expedida pela SSP/RS, brasileira, solteira, maior, estudante, acadêmica do curso de Direito, residente e domiciliada na Rua Flores da Cunha, nº 1029, apartamento nº 401, Centro, nesta cidade de Ibirubá/RS; identificado por mim, PAULO ROBERTO HANEL, Tabelião, e de cuja identidade e capacidade para o ato dou fé; e, por ela foi declarado que comparece neste Tabelionato de forma livre e espontânea vontade, encontrando-se no pleno gozo de suas capacidades civis, respaldada pelos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, do direito à vida e da autonomia, bem como pelo artigo 15 do Código Civil Brasileiro, para expressar as instruções que devam ser levadas em consideração relativas aos tratamentos e cuidados médicos que lhe devam ser prestados quando, por diferentes circunstâncias derivadas de um quadro irreversível de sua saúde física e/ou psíquica, não possa mais manifestar a sua vontade. Declarou que aceita a inevitável finitude dessa vida material, e que repudia qualquer intervenção extraordinária, inútil ou fútil para tentar prolongá-la artificialmente. Declarou que faz a presente declaração com base nas Resoluções nº 1.995/2012 e 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina, e do artigo 41 do Código de Ética Médica, textos que declara conhecer e que encontram-se em vigor nesta data. Em face destas premissas, e compreendendo claramente as consequências que poderão advir deste ato, a declarante de forma expressa deseja que, nos casos em que dois médicos, independentes entre si, diagnosticarem que a declarante: a) padece de uma doença incurável e/ou irreversível; ou, b) padece de uma demência em estado avançado e irreversível ou de uma enfermidade degenerativa do sistema nervoso ou muscular, em fase avançada e irreversível, nas quais a declarante não esteja mais vivendo com qualidade de vida; ou c) que esteja em Estado Vegetativo Persistente, em condição que a medicina tenha grande certeza de irreversibilidade, e que, portanto, a declarante, não tenha nenhuma perspectiva de cura ou melhora: 1) que os tratamentos e os cuidados médicos a ela dirigidos devam se resumir aos CUIDADOS PALIATIVOS, direcionados de forma a aliviar dores e a inquietação, mesmo que através desses tratamentos e cuidados não se possa excluir o encurtamento da vida: 2) dentre as aplicações de medidas de



prolongamento da vida, não deseja, em especial, que lhe sejam realizados procedimentos e ministrados medicamentos relativos a grandes procedimentos cirúrgicos que não irão lhe dar conforto ou aliviar a sua dor, a respiração e alimentação artificiais, incluindo a sonda gástrica, bem como a manutenção da função cerebral, diálise, exames invasivos, ressuscitação cardiopulmonar (esta entendida como a abstenção da equipe médica de saúde em reanima-la caso seu coração pare de bater e ela pare de respirar) e respiração artificial; 3) declarou que não deseja nenhum procedimento que tenha como objetivo tirar a sua vida, apenas que ela não seja desarrazoadamente prolongada; 4) que deseja poder morrer com dignidade e em paz, de forma absoluta, deseja que isso aconteça, se isto não for de todo impossível, que seja no seu ambiente familiar; 5) que deverá ir para uma UTI se houver alguma chance real de recuperação e voltar a ter uma vida com qualidade; 6) que não quer que lhe seja aplicada qualquer ação médica pela qual os benefícios sejam nulos ou demasiadamente pequenos e não superem os seus potenciais malefícios; e 7) e por fim declarou que quer o acompanhamento da assistência religiosa de um sacerdote católico. Por fim, disse a declarante, que se por acaso, devido a leis alternantes, o cumprimento das suas disposições dependam de decisão a ser tomada por um tribunal, fica desde já nomeada com plenos poderes a sua mãe, a Senhora Clenir Maria Fior Giacomolli, para pleitear e obter o consentimento deste tribunal, contando com a ajuda de um advogado de sua escolha. A declarante, ao final, declara-se ciente de que a qualquer tempo pode revogar a presente diretiva antecipada de vontade. Assim o disse, do que dou fé, e me pediu, lhe lavrasse esta escritura, a qual, lhe sendo lida, achou conforme, aceitou, ratifica e assina comigo, PAULO ROBERTO HANEL, Tabelião, que a datilografei e assino. Dou fé. Emolumentos: R\$ 58,20 + R\$ 1,00 = R\$ 59,20 (0279.04.1400002.00637 = R\$ 0,70; 0279.01.1400004.37631 = R\$ 0,30).

EM TESTEMUNHO DA VERDADE  
IBIRUBÁ, TERÇA-FEIRA, 12 DE MAIO DE 2015

  
CAMILA FIOR GIACOMOLLI

  
PAULO ROBERTO HANEL  
Tabelião

