



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE – FDR
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ

JÉSSICA DE FARIAS SANTOS PARAÍSO

**TESTAMENTO VITAL E AUTONOMIA DA VONTADE:
UMA ANÁLISE E A PERSPECTIVA DE DOMICILIADOS EM PERNAMBUCO**

RECIFE

2020

JÉSSICA DE FARIAS SANTOS PARAÍSO

**TESTAMENTO VITAL E AUTONOMIA DA VONTADE:
UMA ANÁLISE E A PERSPECTIVA DE DOMICILIADOS EM PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Sílvio Romero Beltrão

RECIFE

2020

JÉSSICA DE FARIAS SANTOS PARAÍSO

**TESTAMENTO VITAL E AUTONOMIA DA VONTADE:
UMA ANÁLISE E A PERSPECTIVA DE DOMICILIADOS EM PERNAMBUCO**

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão do Curso de Direito da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de bacharel em Direito.

Recife, ____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Sílvio Romero Beltrão
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof. Dr(a). Fabíola Santos Albuquerque Lôbo
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof. Dr(a). Maria Antonieta Lynch de Moraes
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Aos meus pais, Rinaldo e Jacqueline.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir continuar aprendendo e conquistar tudo até aqui.

Aos meus familiares, principalmente ao meu pai Rinaldo, a minha mãe Jacqueline (*in memoriam*) e a minha irmã Vívian, por sempre terem incentivado os meus estudos e apoiado as minhas decisões, acreditando no meu potencial quando por vezes nem eu mesma acreditava. Lembro aqui, principalmente, dos familiares que faleceram durante estes anos em que estive na graduação e que, apesar de já não se fazerem presentes fisicamente, foram importantes na minha jornada: minha querida mãe, minha avó Rosalva, minha tia-avó Lêda, meu tio-avô Geraldo, meu tio Carlos Manuel (também graduado na FDR) e meu tio Chico.

À Universidade Federal de Pernambuco, onde pude cursar as graduações em Publicidade e Propaganda (2010-2014) e agora em Direito (2015-2020). Passei dez anos da minha vida nesta universidade, nela conheci os meus grandes amigos e espero um dia poder retribuir para a sociedade tudo o que aprendi neste local, essencial para a minha formação — profissional e também como ser humano.

A todos os locais onde pude estagiar e aprender sobre aquilo que gostaria ou não de ser profissionalmente. Principalmente, agradeço à Defensoria Pública da União, aos meus colegas estagiários, aos defensores públicos, aos servidores e aos assistidos. Obrigada por compartilharem e por estarem sempre dispostos a ensinar. Agradeço imensamente pela experiência obtida e pelos aprendizados cotidianos. Foi lá onde encontrei sentido para o Direito e verdadeira aplicação do conhecimento jurídico, onde entendi o significado de ser um servidor público e onde me tornei mais humana.

Ao Grupo Além das Grades, sem o qual a minha experiência na universidade não teria sido a mesma. Obrigada por me acrescentar tanto!

Aos meus amigos publicitários que me deram todo apoio ao longo dessa jornada pelo mundo do Direito. Eu, com certeza, não teria seguido por esses anos com tanta leveza se não fosse por vocês. E, também, aos meus colegas e amigos desta graduação: sem vocês eu realmente não teria conseguido. Obrigada pela generosidade, por dividirem as anotações, as dores e as delícias desse curso.

Por fim, agradeço a todos os que de alguma forma contribuíram para o andamento e conclusão deste trabalho, seja através de orientação, apoio emocional e material ou mesmo respondendo ao questionário realizado. Obrigada!

O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente.

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Surgido nos Estados Unidos com o nome de *living will*, o Testamento Vital passou a ser aplicado em diversos países do mundo, não existindo ainda legislação específica sobre o tema no Brasil — podendo ser identificadas, contudo, Leis Estaduais com artigos associados ao assunto e também resoluções do Conselho Federal de Medicina. Assim, este trabalho procurará demonstrar como este instituto, uma das espécies de Diretivas Antecipadas de Vontade, pode ser importante para os indivíduos que desejam tomar decisões prévias sobre como será conduzido o seu tratamento clínico no momento em que não forem capazes de se manifestar e também o que poder influenciar no exercício da autonomia da vontade de um paciente, como ocorre quando é aplicado o paternalismo médico. Por fim, será apresentada a opinião de parte da população domiciliada em Pernambuco a respeito do tema, com a apresentação dos resultados de uma pesquisa de campo de caráter qualitativo e não-probabilística, feita meio de questionário aplicado pela internet, entre os dias 21/07/2020 e 07/08/2020.

PALAVRAS-CHAVE: Testamento Vital; Diretivas Antecipadas de Vontade; Autonomia da Vontade; Bioética; Legislação Brasileira.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	O TESTAMENTO VITAL	12
2.1	Conceito e origem do Testamento Vital	12
2.2	Testamento Vital e Diretivas Antecipadas de Vontade.....	14
2.3	Aplicação no mundo.....	16
3	AUTONOMIA DA VONTADE E TESTAMENTO VITAL.....	21
3.1	Conceito de Autonomia da Vontade	21
3.2	Aspectos sociais do paciente	22
3.3	Aspectos médicos	25
4	APLICAÇÃO DO TESTAMENTO VITAL NO BRASIL.....	28
5	PESQUISA COM DOMICILIADOS EM PERNAMBUCO	33
5.1	Metodologia.....	33
5.2	Dados da pesquisa e análise dos resultados	34
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

O progresso social e científico provoca, cada dia mais, alterações na conhecida relação médico-paciente. O que antes era uma via de mão única, onde o médico instruía o paciente acerca dos pormenores de seus problemas de saúde e os possíveis tratamentos, orientando sobre como ele deveria se comportar diante de uma determinada situação, passou a ser visto de forma bilateral, diante da qual também é dado o direito de manifestação do paciente.

Ademais, com a massificação do acesso à internet, observou-se que a informação está a um clique de distância de qualquer pessoa — o que tanto pode ajudar quanto confundir. Porém, este acesso à informação fortalece o exercício da autonomia da vontade, já que ninguém é mais obrigado a acreditar em uma informação ou a aceitar um determinado tratamento apenas porque foi a orientação da figura do médico de confiança da família.

Conforme a população consegue galgar passos maiores na educação e no acesso à saúde, cada indivíduo também pode perceber quais as suas possibilidades e preferências nesse cuidado com a saúde, entendendo o que influencia em suas escolhas. Enquanto para alguns o ideal é ficar vivo até o último segundo que lhe for permitido, experienciando ao máximo a vida no planeta Terra, outros preferem partir o quanto antes. Enquanto alguns acreditam que o sofrimento do corpo fortalece a alma, outros enxergam apenas como um sofrimento inútil.

Pela observância de tantas perspectivas distintas, não há como se exigir que um padrão seja imposto para todos na sociedade, devendo ser oportunizada a chance de cada um decidir conforme o que lhe convém — levando em conta que a pessoa deve ter capacidade de discernimento e que a sua escolha não deve ferir o estabelecido pelo ordenamento jurídico.

Assim surgiu o instituto do Testamento Vital, uma das espécies de Diretivas Antecipadas de Vontade, sendo este um instrumento destinado a garantir a prevalência dos desejos do indivíduo com relação aos tratamentos aos quais deseja ou não se submeter no final da vida, tomando a decisão previamente ao momento em que se encontrará com um quadro de saúde irreversível e sem capacidade de escolher. Sua aplicação garante que o paciente será quem vai decidir, não ficando a execução de sua vontade dependente da boa vontade e concordância de familiares ou médicos.

Observa-se a importância deste assunto principalmente no cenário de 2020, época de realização deste trabalho, considerando o acontecimento da pandemia do Coronavírus, a partir da qual muitas pessoas foram forçadas a pensar sobre o tema "morte", tão ignorado na sociedade. As constantes manchetes nos noticiários provocaram o debate acerca dos cuidados

do fim de vida, já que passou a existir uma verdadeira disputa por respiradores e uma ansiedade generalizada, por ninguém saber quais as reais consequências da doença.

Médicos foram forçados, em diversos países do mundo, a tomar decisões sobre quem iria viver ou morrer. Muitas pessoas, mesmo tendo acesso aos hospitais e equipamentos, ficaram com sequelas devido a internação na UTI. Outros continuam internados, sem poder ver as suas famílias e sem poder tomar decisões acerca dos cuidados que recebe. Alguns países, inclusive, acreditaram ter solucionado o problema, vendo posteriormente novas ondas de contágio descontrolado, com um aumento no número de infectados e mortos.

Diante desse cenário e antevendo que mesmo se estivéssemos distantes de uma pandemia existiriam situações em que a pessoa se encontraria impossibilitada de tomar decisões, procura-se com esse trabalho apresentar o Testamento Vital e abordar a sua relevância, além de demonstrar como ele tem sido implementado no Brasil e no mundo.

O objetivo investigativo será identificar se as pessoas possuem conhecimento sobre o testamento vital e sobre as questões que o cercam (como no caso das diretivas antecipadas de vontade), além de verificar se há espaço para a sua utilização dentro da sociedade brasileira, ou seja, se o instituto seria bem aceito e utilizado pelos mais diversos grupos etários, religiosos e profissionais, dando a ele uma importância fática.

Para embasar as reflexões realizadas e chegar a uma resposta para esta pergunta, recorreu-se a uma pesquisa bibliográfica e também a uma pesquisa de campo com pessoas domiciliadas em Pernambuco para, a partir da visão delas, demonstrar se há necessidade de o Brasil criar legislação sobre o tema e se há um efetivo interesse da população na observância e regramento desse instituto. Dessa maneira, entende-se que o tema se apresentará de forma mais realista, indo além de um campo puramente teórico e entrando na realidade da população que fará uso do instrumento.

Além do tópico introdutório e das considerações finais, o trabalho contará com um capítulo de apresentação do Testamento Vital, sendo definido o seu conceito e origem, além da diferenciação entre este e as Diretivas Antecipadas de Vontade (na qual ele está contido), sendo mencionada também a sua aplicação no mundo. Posteriormente, será falado sobre a autonomia da vontade do indivíduo, com a menção ao seu conceito e especificação de fatores sociais e médicos que influenciam na tomada de decisão de um paciente, principalmente no que tange aos aspectos religiosos e do paternalismo, dominadores desde tempos remotos.

Em seguida, será destrinchada a forma tímida como se dá a aplicação do Testamento Vital no Brasil nos dias atuais, não sendo este muito utilizado e respeitado, justamente por não existir regulamentação específica sobre o tema. Para isso, serão citados alguns pontos

onde o ordenamento jurídico brasileiro indica ser possível e válida a sua utilização, além das Resoluções do Conselho Federal de Medicina, de leis estaduais e julgados.

Por fim, serão apresentados os resultados da pesquisa realizada com pessoas domiciliadas em Pernambuco, entre os dias 21/07/2020 e 07/08/2020, através de questionário pela internet, e o perfil dos respondentes. Entre as perguntas feitas, foi questionado se as pessoas sabiam o que era testamento vital, se gostariam de redigir este documento em caso de necessidade e se acreditavam que os seus familiares ou elas próprias deveriam ter sua vontade respeitada pelos médicos e pela família, sendo os resultados obtidos indicativos sobre se há pertinência no debate sobre o Testamento Vital no Brasil.

2 O TESTAMENTO VITAL

2.1 Conceito e origem do Testamento Vital

O Testamento Vital é um instituto que possui sua origem no final da década de 1960, nos Estados Unidos, a partir de uma proposta da Sociedade Americana para Eutanásia, sendo originalmente denominado *living will*. No Brasil, por vezes, também é chamado de "testamento biológico"¹ e pode ser definido como um

documento redigido por uma pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade.²

A intenção é que a pessoa possa tomar sozinha e previamente as decisões sobre como será conduzido o seu tratamento clínico no momento em que ela não for capaz de se manifestar, com o intuito de não deixar tais decisões apenas a cargo dos médicos e de sua família ou responsável legal. Para redigir o documento, o ideal é que tenha orientação médica e jurídica, prevalecendo os seus desejos a partir do que a lei permite que seja realizado.

Contudo, um problema presente em sua nomenclatura faz com que o instituto não seja bem compreendido e aplicado no Brasil, já que o termo "testamento" genericamente pode ser definido como "modalidade de negócio jurídico unilateral, personalíssimo, formal, revogável, *mortis causa*, cujo objeto é a destinação de bens, para pessoas físicas ou jurídicas, respeitada a quota dos herdeiros necessários, ou disposição de natureza não econômica [...]"³.

O testamento, em seu sentido original, é regulamentado pelo Código Civil de 2002, que estabelece em seu artigo 1.857 caput que "toda pessoa capaz pode dispor, por testamento, da totalidade dos seus bens, ou de parte deles, para depois de sua morte", sendo afirmado posteriormente, no § 2º do mesmo artigo, que "são válidas as disposições testamentárias de caráter não patrimonial, ainda que o testador somente a elas se tenha limitado".

Ou seja, ainda que seja permitido fazer disposições de caráter extrapatrimonial, tais disposições apenas se aplicariam depois da morte do indivíduo, não sendo este o caso do testamento vital ora em análise. Caio Mário concorda, afirmando que o testamento vital não

¹ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: Direito das Sucessões**. vol. 7. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 363.

² DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 5. ed. Indaiatuba: Editora Foco, 2020. p. 55.

³ NADER, Paulo. **Curso de Direito Civil: Direito das Sucessões**. vol. 6. 7. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2016. p. 280.

se insere no campo de Direito das Sucessões⁴, posto que não é um testamento em sua acepção original, sendo possível observar que este instituto costuma ser apresentado pelos doutrinadores justamente como uma exceção ao uso de termo "testamento" dentro do Direito.

Paulo Lôbo explica que essa modalidade de testamento estaria à margem do Direito Civil, produzindo efeitos quando o testador ainda está vivo. E continua afirmando que

Mediante ato expresse, público ou particular, a pessoa declara que não deseja o prolongamento artificial de sua vida, dependente de aparelhos, remédios ou nutrição forçada, ou que, em situações em que venha a perder a consciência de modo prolongado, seus negócios sejam geridos por determinada pessoa e segundo determinadas instruções. [...] Em comum com o testamento, o ato tem natureza de declaração de última vontade. Em diferença com o testamento típico, sua finalidade é a de que os efeitos dessa declaração se deem quando ainda estiver vivo o declarante.⁵

Inclusive, ainda sobre a questão da nomenclatura e, mais especificamente à tradução da expressão *living will*, Dadalto explica que

o dicionário Oxford apresenta como **traduções de will** três substantivos, quais sejam, **vontade, desejo e testamento**. Por outro lado, a **tradução de living** pode ser o **substantivo sustento, o adjetivo vivo ou o verbo vivendo**. Assim, é possível perquirir se a tradução literal mais adequada seria “desejos de vida”, ou ainda “disposição de vontade de vida”, expressão que, também designa testamento – vez que este nada mais é do que uma disposição de vontade. **Posto isso, torna-se questionável se, originalmente, este instituto foi realmente equiparado a um testamento ou se tal confusão foi provocada por um erro de tradução para outro idioma, que foi perpetuado.**⁶ (grifos nossos)

Portanto, ainda que "testamento vital" não seja a expressão mais adequada para o tema no Brasil, esse ainda é o seu nome mais popular, podendo por vezes ser chamado também de "testamento biológico" ou mesmo *living will* em seu nome original, não devendo ser confundido com o instituto do testamento usual na área de sucessões.

No que se refere a sua origem, entende-se que as suas bases foram idealizadas pelo advogado Luiz Kutner em 1969, se apoiando na autonomia da vontade e no consentimento livre e esclarecido, bastante discutidos no que se refere as relações médico-paciente.

Reconhecendo que a legislação norte-americana vedava a eutanásia e o suicídio assistido, mas, que ao mesmo tempo, era legítimo o direito do paciente com um quadro incurável e irreversível morrer como desejar, ele defendeu que seguir os desejos desse paciente acerca de recusas de tratamentos se afastava do conceito clássico de eutanásia, uma vez que essa recusa não englobava os meios ordinários de preservação da vida.⁷

⁴ PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de Direito Civil: Direito das Sucessões**. vol. 6. 24. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2017. p. 219.

⁵ LÔBO, Paulo. **Direito Civil: Sucessões**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 246.

⁶ DADALTO, Luciana. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Revista de Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 28, maio 2013. p. 63. Disponível em: <https://bit.ly/2GKHH00>. Acesso em: 04 out. 2020.

⁷ DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 5. ed. Indaiatuba: Editora Foco, 2020. p. 64.

Historicamente, o primeiro caso judicial a tratar do assunto de forma ampla foi o de Karen Ann Quinlan, em 1976. A jovem tinha 21 anos quando, após uma mistura de álcool, remédio e dias sem comer devido a uma dieta, perdeu os sentidos e foi levada para o hospital, onde percebeu-se que ela havia entrado em um quadro de danos irreversíveis, sendo mantida viva apenas por causa dos equipamentos e aparelhos a que estava ligada no hospital⁸.

Os seus pais pediram que os médicos desligassem os aparelhos e estes se recusaram, por ser seu dever legal mantê-la viva, razão pela qual os pais precisaram entrar na justiça em 12 de setembro de 1975. A sentença foi dada em 31 de março de 1976, pelo Estado de New Jersey, após os genitores terem entrado com recurso, entendendo por fim que os aparelhos poderiam ser desligados, o que foi feito. A jovem, contudo, faleceu apenas 9 anos depois⁹.

Na ocasião da sentença, a discussão sobre o tema foi feita tendo como base diversos argumentos¹⁰, entre eles o da liberdade de exercício da religião, o direito à privacidade e o da possibilidade de a família agir como substituta dos direitos de Karen para tomar as decisões sobre sua saúde, levando em conta a sua impossibilidade de manifestação. Na decisão, o juiz Richard J. Hughes definiu que o pai de Karen poderia decidir por ela, podendo optar pelo desligamento dos aparelhos no caso de os médicos e a comissão de ética indicada definirem que o estado dela era, de fato, irreversível, o que acabou se concretizando.

2.2 Testamento Vital e Diretivas Antecipadas de Vontade

Muitas vezes o instituto do Testamento Vital é confundido com as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), quando na verdade este é apenas uma das espécies de Diretivas, não sendo os termos sinônimos, conforme explicado abaixo.

Essa confusão na nomenclatura acontece até mesmo na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, onde se estabelece em que o mencionado Conselho 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.

⁸ BAUSO, Matías. **El dramático caso de Karen Ann Quinlan: 10 años de agonía y una batalla legal para permitir una muerte digna**. Disponível em: <https://bit.ly/30QIBkF>. Acesso em: 07 out. 2020.

⁹ DÍAZ, Francisco Javier de la Torre. **Bioética. Vulnerabilidad y responsabilidad en el comienzo de la vida**. Madrid: Dykinson, 2016. p. 26.

¹⁰ VEAKH, Robert M. As Comissões de Ética hospitalar ainda têm função? **Revista Bioética**, v. 6, n. 2. Disponível em: <https://bit.ly/2GHi8xV>. Acesso em: 07 out. 2020.

§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..¹¹ (grifos nossos)

Considerando ser este o termo utilizado pelo Conselho Federal de Medicina, observa-se que há quem acredite que "Diretivas Antecipadas de Vontade" seria um termo equivalente a "Testamento Vital", como é o caso do doutrinador Carlos Roberto Gonçalves¹². Contudo, neste trabalho, será adotado o entendimento de que os termos são distintos.

Explica-se: as chamadas Diretivas Antecipadas de Vontade estão previstas na *Patient Self Determination Act (PSDA)* aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos em 1990, local de origem do instituto, podendo ser de três tipos:

o *living will* (testamento em vida), documento o qual o paciente dispõe em vida os tratamentos ou a recusa destes quando estiver em estado de inconsciência; o *durable power of attorney for health care* (poder duradouro do representante para cuidados com a saúde), documento no qual, por meio de um mandato, se estabelece um representante para decidir e tomar providências em relação ao paciente; e o *advanced care medical directive* (diretiva do centro médico avançado), que consiste em um documento mais completo, direcionado ao paciente terminal, que reúna as informações do testamento em vida e do mandato duradouro, ou seja, é a união dos outros dois documentos.¹³

Estes documentos costumam ser utilizados quando o paciente não pode mais dar o seu consentimento livre e esclarecido para a realização de um determinado procedimento, tendo sido as diretivas antecipadas de vontade redigidas em um momento prévio. Sua feitura garante que a pessoa manterá o direito sobre ao próprio corpo mesmo em um momento de incapacidade, devendo a vontade manifestada nesse documento ser respeitada, o que muitas vezes não acontece devido ao paternalismo ainda presente na medicina.

¹¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995/2002**. Disponível em: <https://bit.ly/2GUuFOA>. Acesso em: 07 out. 2020.

¹² GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: Direito das Sucessões**. vol. 7. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 363.

¹³ BOMTEMPO, Tiago Vieira. **Diretivas antecipadas: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente**. Disponível em: <https://bit.ly/3iFVbs2>. Acesso em: 04 out. 2020.

Explicando melhor a diferença entre os institutos, é possível dizer que o testamento vital se aplica a casos em que o estado de saúde da pessoa é irreversível e no qual deve-se ou passar a fazer os cuidados paliativos para o indivíduo aguardar o momento da morte sentindo o mínimo de desconforto possível ou então deve-se passar a fazer tentativas de cuidados extraordinários e que muitas vezes acabam gerando mais sofrimento.

Para Raposo¹⁴, o testamento vital pode apresentar dois conteúdos: ou o testador recusa um tratamento ou solicita a aplicação de um determinado tratamento (devendo existir um embasamento científico a partir dos conhecimentos da época de sua aplicação). Seu efeito seria *erga omnes* e, para Dadalto¹⁵, teria eficácia em quaisquer situações de irreversibilidade do quadro clínico, quando não há possibilidades terapêuticas, como em casos de doenças terminais, estado vegetativo persistente e doenças crônicas (como a demência avançada).

Já as diretivas antecipadas de vontade, mais abrangentes, além de abarcarem o testamento vital, seriam formadas por outros institutos específicos, quais sejam: diretivas antecipadas psiquiátricas (a ser usada pelos pacientes psiquiátricos apenas em seus momentos de crise), diretivas antecipadas para demência (utilizada por idosos ou adultos que fossem perdendo a cognição, para definirem os cuidados que gostariam de receber), plano de parto (para as gestantes decidirem os cuidados que receberiam no momento do parto), ordens de não-reanimação (optando ou não pela reanimação cardiopulmonar) e procuração para cuidados com a saúde (onde se define um responsável a ser consultado pelos médicos no caso de existir uma incapacidade de decisão do paciente), conforme listado por Dadalto¹⁶.

Contudo, é necessário mencionar que como o tema ainda está sendo discutido e regulamentado no mundo, acaba existindo de fato uma confusão entre o que deve estar contido em cada documento e, por isso, é possível encontrar testamentos vitais que tratem sobre temas que poderiam estar em documento específico, como na situação de nomeação de um procurador para cuidados com a saúde e na de ordem de não-reanimação.

2.3 Aplicação no mundo

Para entender a aplicação do testamento vital no mundo, se faz necessário compreender também os conceitos de suicídio assistido, eutanásia, distanásia e ortotanásia,

¹⁴ RAPOSO, Vera Lúcia. Directivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida. **Revista do Ministério Público**, jan./mar. 2011. p. 176.

¹⁵ DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 5. ed. Indaiatuba: Editora Foco, 2020. p. 58.

¹⁶ *Ibidem*. p. 46-49.

visto que acabam por estar intrinsecamente ligados, sendo levados em consideração quando chega o momento de ser autorizado ou não o Testamento Vital em cada lugar.

A eutanásia é comumente denominada como sendo a "boa morte". Presente em debates na sociedade e retratada no cinema, ocorre quando uma pessoa provoca a morte de um doente terminal que está em sofrimento, com a intenção de poupá-lo da dor. Para França, "o cenário da morte e a situação de paciente terminal são as condições que ensejam maiores conflitos neste contexto, levando em conta os princípios, às vezes antagônicos, da *preservação da vida e do alívio do sofrimento*"¹⁷.

O suicídio assistido, por sua vez, seria uma ação do próprio paciente que buscaria abreviar a sua vida para diminuir o seu sofrimento, sendo distinto do "suicídio comum" por ter o auxílio de um terceiro, mesmo que a participação desse seja através da mera omissão.

No Brasil, tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido são considerados crimes, enquanto no mundo são adotados posicionamentos distintos. Assim,

Nota-se que a Suíça e alguns estados norte-americanos apenas descriminalizaram o Suicídio Assistido. Enquanto a Colômbia descriminalizou apenas a eutanásia, por decisão da Suprema Corte. A lei canadense legalizou as duas práticas, mas as trata como mecanismos para se atingir a morte assistida, expressão usada pela lei. Holanda, Bélgica e Luxemburgo são os únicos países do mundo em que há lei específica acerca da legalidade de ambas as práticas, eutanásia e suicídio assistido.¹⁸

A distanásia é o meio através do qual a vida do paciente é prolongada e acaba aumentando o sofrimento, sendo "o tratamento insistente, desnecessário e prolongado de um paciente terminal, que não apenas é insalvável, mas também submetido a tratamento fútil"¹⁹,

A ortotanásia, a seu turno, é justamente a suspensão desses tratamento inúteis, sendo um dos exemplos o do Papa João Paulo II que em 2005 "pediu para desligar os equipamentos, de modo a que pudesse morrer em seus aposentos, fora do ambiente hospitalar e dos tratamentos médicos, deixando-se concluir naturalmente o ciclo biológico da vida"²⁰. É permitida a ortotanásia no Brasil em virtude da Resolução nº 1.805/2006 do CFM, que diz que

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 representante legal as modalidades terapêuticas

¹⁷ FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 12. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2014. p. 504.

¹⁸ DADALTO, Luciana; GUSTIN, Clara de Sousa. Direito de morrer e estado vegetativo persistente: perspectivas bioéticas e jurídicas. In: CORRÊA, Felipe Abu-jamra et al (Org.). **Estudos da Comissão Especial de Direito Médico da OAB Tocantins**: Reflexões e Perspectivas. Curitiba: Instituto Memória. Centro de Estudos da Contemporaneidade, 2018. p. 60.

¹⁹ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 10. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2015. p. 1004.

²⁰ LÔBO, Paulo. **Direito Civil: Sucessões**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 247.

adequadas para cada situação. § 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário. § 3º É assegurado ao doente ou representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.²¹

Esses conceitos e a forma como cada país aprova ou não a sua aplicação, acaba influenciando diretamente no tema do testamento vital, já que pode fazer com que uma disposição de vontade relativa ao fim da vida seja ou não permitida em uma localidade. Em alguns casos, inclusive, essas diferenças entre os países podem fazer com que as pessoas cheguem a sair do local onde vivem e para irem até outro realizar a sua vontade²². Essas situações são bastante retratadas em filmes cinematográficos da atualidade, como "Mar Adentro", "Menina de Ouro" e "Como eu era antes de você".

Conforme mencionado anteriormente, os Estados Unidos foi o país onde foi criado o *living will*, em uma situação onde era vedada a eutanásia e o suicídio assistido, sendo preservado o direito do paciente de não ser submetido a tratamentos desnecessários. Após o caso de Karen Ann Quinlan, o Estado da Califórnia aprovou o *Natural Death Act*, permitindo que as pessoas recusassem tratamentos de saúde, tendo em vista o provável desfecho da doença²³, sem prejudicar os médicos responsáveis pelo seu tratamento.

Posteriormente, foram redigidas leis estaduais em alguns lugares do país, até que em 1990 o caso de Nancy Cruzan²⁴ chegou a Suprema Corte Americana. Na ocasião, a decisão final foi de que o hospital deveria realizar a vontade dos pais da jovem que queriam que ocorresse a descontinuação da medicação, hidratação e alimentação que mantinham o seu corpo vivo, ainda que ela estivesse em um coma considerado irreversível.

Após esse caso foi aprovada no país a mencionada *Patient Self Determination Act*, marco no tema da regulamentação das diretivas antecipadas de vontade, tendo sido criados novos documentos depois, com a intenção de especificar mais cada aspecto das diretivas e popularizar seu uso.

Na Europa, foi um marco muito importante a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano em face das Aplicações da Biologia e da

²¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.805/2006**. Disponível em: <https://bit.ly/30ZdK14>. Acesso em: 10 out. 2020.

²² EL PAIS. **Número de doentes que vão à Suíça para se suicidar dobra em quatro anos**. Disponível em: <https://bit.ly/2GVYSwU>. Acesso em: 10 out. 2020.

²³ MARTINEZ, Sergio; LIMA, Adaiana. O Testamento Vital e a Relação Médico-Paciente na perspectiva da Autonomia Privada e da Dignidade da Pessoa Humana. **Revista de Bioética y Derecho**, n. 37, 2016. p. 106.

²⁴ CENTER FOR PRACTICAL BIOETHICS. **The Case of Nancy Cruzan**. Disponível em: <https://bit.ly/315gFbJ>. Acesso em: 10 out. 2020.

Medicina, de 1997, também conhecida como Convenção de Oviedo, sendo esta a primeira norma internacional que tratou do assunto²⁵. Dadalto explica que

Antes do Convênio de Oviedo, apenas Finlândia, Holanda e Hungria reconheciam as DAV em legislação. Após o Convênio, a Bélgica foi o primeiro país a legislar sobre o tema, em agosto de 2002, seguida da Espanha, em novembro do mesmo ano. A Inglaterra e o País de Gales reconheceram as DAV em uma lei de 2005. A Áustria em 2006. A Alemanha em 2009, Portugal em 2012, a França em 2016 e a Itália em 2017.²⁶

Na Espanha se fala em *instrucciones previas* e admite-se que a Lei Catalã de 21/2000 teria sido a primeira sobre o assunto no país, falando sobre direitos de informação concernente à saúde e autonomia do paciente e documentação clínica²⁷. Posteriormente, além da já mencionada Convenção de Oviedo, surgiu a Lei 41/2002 no país.

De acordo com o artigo 11 da lei, a pessoa precisa ser maior de idade, capaz e livre para poder redigir o documento, devendo manifestar antecipadamente sua vontade para que essa se cumpra no momento em que a pessoa não puder mais se expressar. Define, ainda, que não poderão ser aplicadas decisões contrárias ao ordenamento jurídico e diz que o documento poderá ser revogado a qualquer momento, entre outras especificações²⁸.

Em Portugal há a Lei 25/2012 que "regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registro Nacional do Testamento Vital (RENTEV)"²⁹. Destacando-se o artigo 6º, ele menciona que se o documento estiver no RENTEV ou for entregue à equipe médica pelo outorgante ou seu procurador, então o seu conteúdo deverá ser respeitado.

Outros países também possuem legislação acerca do tema, por vezes tratando especificamente do testamento vital, em outras falando em diretivas antecipadas de vontade e em outros se referindo aos direitos dos pacientes sem utilizar uma nomenclatura específica, a depender do andamento do debate e da perspectiva como cada local encara a morte.

²⁵ SANTOS, Pamela Priscila Probst; HAAS, Adriane. Testamento Vital no Brasil. **Revista Thêma et Scientia**. vol. 4, n. 1, jan/jun 2014. p. 81.

²⁶ DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 5. ed. Indaiatuba: Editora Foco, 2020. p. 70-71.

²⁷ SAGASTUME, Juan José Etxebarria. El Testamento Vital. **Estudios Eclesiásticos. Revista de investigación e información teológica y canónica**. vol. 80, n. 315, 813-828, nov. 2018. p. 815. Disponível em: <https://bit.ly/33Um6fp>. Acesso em: 10 out. 2020.

²⁸ ESPANHA. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**. Disponível em: <https://bit.ly/374Nt8Q>. Acesso em: 10 out. 2020.

²⁹ PORTUGAL. **Lei 25/2012, de 16 de julho**. Disponível em: <https://bit.ly/34Spebb>. Acesso em: 10 out. 2020.

Na Bélgica, a Lei de 22 de agosto de 2002 dispõe sobre os direitos dos pacientes belgas³⁰. Na França, foi criada a Lei 2016-87, onde se afirma que até mesmo incapazes podem redigir as suas diretivas, desde que com autorização judicial³¹.

Da América Latina, a seu turno, merecem menção: a) a Lei 160/2001, art. 3º, de Porto Rico, que tratou da diretiva antecipada de vontade; b) a Lei 4263/2007 da Província de Rio Negro/Argentina, versando sobre diretivas antecipadas; c) a Lei 18473/2009 do Uruguai, que institui o testamento vital naquele país; d) a existência de projetos de lei, decisões e artigos na Argentina.³²

Assim, ainda que não seja possível neste trabalho esmiuçar os pormenores da legislação de cada país que adota a prática deste instituto, percebe-se que há uma ampla lista de países que o utilizam na atualidade, com o acréscimo de outros não citados, existindo diferenças e semelhanças entre as normativas estabelecidas.

Influenciam nas decisões de cada um acerca do que será contemplado: as questões culturais, a visão acerca da eutanásia, suicídio assistido, distanásia e ortotanásia, e também como encaram problemas sociais e questões políticas, sendo considerada até mesmo a sua relação com outros países, como se dá no caso dos países-parte da União Européia.

Acredita-se que a citação a normativa de outros países ajuda a perceber que existem vários possíveis caminhos para o Brasil e que talvez seja interessante observar o instituto sob uma ótica do Direito Comparado, buscando a compreensão sobre o que pode ou não dar certo.

³⁰ COGO, Silvana Bastos; LUNARDI, Valéria Lerch. Diretivas Antecipadas: uma análise documental no contexto mundial. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. vol. 27. n. 3. Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/33Xag4f>. Acesso em: 11 out. 2020.

³¹ DADALTO, Luciana. A necessidade de um modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade para o Brasil: estudo comparativo dos modelos português e franceses. **Revista M**. Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, p. 443-460, jul./dez. 2016.

³² ABREU, Célia Barbosa. Testamento Vital entre o Neoconstitucionalismo e o Constitucionalismo Andino. **Revista Jurídica Cesumar**. vol. 13, n. 1, jan./jun. 2013. p. 89.

3 AUTONOMIA DA VONTADE E TESTAMENTO VITAL

3.1 Conceito de Autonomia da Vontade

A autonomia da vontade é o princípio que permite a autodeterminação do indivíduo e, por causa dele, juridicamente, é que "as pessoas têm liberdade de, em conformidade com a lei, celebrar negócios jurídicos, criando direitos e contraindo obrigações"³³, muitas vezes sendo este direito restringido por ordem estatal, de forma que "todo reforço da ordem pública implica restrição na autonomia da vontade, sendo de assinalar-se que, em nossos dias, vem-se observando, no mundo inteiro, uma cada vez maior expansão do domínio da ordem pública"³⁴.

Entende-se que cada pessoa é livre para tomar as melhores decisões para a sua vida, a partir do contexto em que vive. Contudo, se cada um pudesse de fato fazer o que deseja provavelmente a ordem pública iria desandar, já que ocorreria um embate entre vontades distintas querendo prevalecer, razão pela qual se faz necessária uma normatização coletiva.

Principalmente no que se refere à área da medicina, os cuidados precisam ser maiores. Constantemente estão surgindo novos tratamentos médicos e são descobertas novas doenças e causas a elas relacionadas, sendo necessária uma restrição pela perspectiva da ética, da saúde pública, da dignidade da pessoa humana e da proteção da coletividade com relação ao que é ou não permitido, com tudo balanceado de tal forma que não fique totalmente em aberto o exercício da autonomia e do direito que o indivíduo possui sobre o seu próprio corpo.

O que se busca garantir é, principalmente, "a voluntariedade na aceitação de tratamentos por meio da tomada de decisões pelo próprio paciente ou, em casos de impossibilidade, por sua família"³⁵, de preferência a partir de um aconselhamento médico.

Tendo como base o artigo 15, do Código Civil de 2002, que diz que "ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica", foi redigido o Enunciado 533 da VI Jornada de Direito Civil, afirmando que

O paciente plenamente capaz poderá deliberar sobre todos os aspectos concernentes a tratamento médico que possa lhe causar risco de vida, seja imediato ou mediato, salvo as situações de emergência ou no curso de procedimentos médicos cirúrgicos que não possam ser interrompidos.³⁶

³³ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil: parte geral**. 23 ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 106.

³⁴ PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de Direito Civil: Introdução ao Direito Civil e Teoria Geral de Direito Civil**. vol. 1. 30. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2017. p. 390.

³⁵ CERVI, Taciana. Cuidados paliativos e Autonomia do Paciente Terminal: reflexões sobre o testamento vital no Brasil. **Revista Videre**, Dourados, MS, v.10, n. 20, jul./dez. 2018. p. 103.

³⁶ VI Jornada de Direito Civil. **Enunciado 533**. Disponível em: <https://bit.ly/3iOmd0l>. Acesso em: 10 out. 2020.

Na justificativa no enunciado é citada a importância da autonomia da vontade e da autodeterminação dos pacientes nas questões que envolvem os tratamentos de saúde, existindo também outras manifestações que também apontam nessa direção, como a modificação do Código de Ética Médica e a aprovação da resolução do Conselho Federal de Medicina sobre as diretivas antecipadas de vontade. Menciona ainda que o risco de vida é inerente a qualquer tratamento médico, variando apenas a sua frequência.

Portanto, é possível interpretar que a autonomia da vontade deve ser sempre exercida no contexto médico, assim como na vida privada, posto que a relação médico-paciente é contratual e está inserida em um contexto global de liberdade individual, variando apenas a amplitude desse exercício a partir daquilo que é permitido ou não pelo ordenamento jurídico, sendo necessário, no mínimo, o consentimento informado do paciente para a execução de qualquer tratamento ou procedimento, contando para isso com adequada orientação médica.

3.2 Aspectos sociais do paciente

Há diversos aspectos sociais que envolvem o paciente e que estão intrinsecamente ligados ao exercício de sua autonomia da vontade, especificamente aqui em questões médicas. Entre eles, são alguns exemplos: o sexo, a idade, o grau de instrução e a profissão, a religião, a estrutura familiar, o local de domicílio, a condição financeira e o fato de a pessoa possuir ou não um plano de saúde, entre outros. Cada um desses fatores pode desempenhar vital importância quando se trata de tomar uma decisão relacionada à saúde, interferindo nas ideias e perspectivas que cada um traz consigo e na forma de encarar o mundo.

No Brasil, por questões culturais, a quantidade de mulheres que vai a médicos é maior do que a quantidade de homens, o que acaba por influenciar também nas escolhas relacionadas a tratamentos quando chega o momento de acontecer, seja por familiaridade com os médicos, confiança, adaptação à rotina de cuidados, entre outros. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, "nos 12 meses anteriores à entrevista, 76,2% da população (159,6 milhões) havia se consultado com um médico – aumento considerável frente a 2013 (71,2%). A proporção de mulheres (82,3%) que consultou um médico foi superior à dos homens (69,4%)"³⁷. E isso se deve ao fato de que as mulheres estão mais acostumadas a cuidar e a serem cuidadas, considerando as tarefas que lhes foram historicamente delegadas.

³⁷ IBGE. **PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública.** Disponível em: <https://bit.ly/2SC22Ig>. Acesso em: 05 out. 2020.

A idade, a estrutura familiar e a classe social também influenciam em escolhas médicas, estando estes fatores diretamente relacionados. Por exemplo, bebês e crianças dependem de seus pais e/ou responsáveis para receberem cuidados em sua saúde e, quando estes adultos estão em situação de precariedade dentro da sociedade, muitas vezes não conseguem suprir essa demanda, ainda que com a ajuda do Programa de Saúde da Família. Já em uma família com melhores condições financeiras, nas quais os pais podem se ausentar do trabalho sem prejuízo para levar os filhos ao médico ou que prestam essa atenção em tempo integral ou que podem pagar funcionários (como babá e motorista) para complementarem esse auxílio, observa-se que o cuidado é feito de uma maneira mais próxima.

O mesmo entendimento relacionado a bebês e crianças pode ser aplicado para adolescentes (por vezes mais independentes para se locomover, mas dependentes para estar atentos aos cuidados necessários), adultos (que muitas vezes preferem não se ausentar do trabalho para ir ao médico, indo apenas em casos de urgência extrema) e idosos (dependentes de seus familiares quando já estão com as suas capacidades comprometidas ou mesmo porque não se cuidam e acham que o problema de saúde não é tão importante).

A profissão do indivíduo e o grau de instrução também influenciam no exercício da autonomia da vontade com relação às questões de saúde, já que o maior conhecimento pode fazer com que alguém se preocupe queira fazer uma checagem com mais frequência e leve mais a sério possíveis problemas que se apresentem. Por exemplo, uma pessoa que trabalha na área da saúde e completou os estudos básicos, provavelmente terá uma opinião diferente com relação aos cuidados de saúde de uma pessoa que não estudou, não é alfabetizada e faz trabalhos braçais, posto que as formas de enxergar o mundo acabam sendo bem distintas.

Por fim, a saúde do corpo está ligada historicamente às religiões. Cada uma possui um entendimento diferente sobre o momento em que a vida tem início e também sobre como o corpo está ligado a divindades, podendo ser ou não algo mais sagrado a depender de se a pessoa professa o Budismo, o Espiritismo, o Catolicismo, o Judaísmo, o Islamismo, o Candomblé, a Umbanda, se é Testemunha de Jeová ou Mórmon (Santos dos Últimos Dias).

Para muitos credos, não se deve falar sobre morte porque isso poderá atrair energias negativas, sendo este um tabu, enquanto para outros é apenas uma passagem de um plano para outro, com a esperança na imortalidade da alma. Mesmo para os que crêem em uma vida após a morte, existe com um ar macabro quando alguém começa a tratar do tema, pois se debatem com questão da finitude da vida, não sendo esse assunto conversado por grande parte da população, principalmente no que se refere as decisões relativas ao final da vida.

Para exemplificar essa questão, pode-se citar o conhecido exemplo dos Testemunhas de Jeová que não aceitam receber transfusão de sangue, já que a religião proíbe o procedimento. Em contrapartida, muitos médicos acreditam ser o seu dever salvar a vida dos pacientes, em alguns casos agindo contra a decisão destes e de suas famílias. Isso leva muitos pacientes deste credo, após a transfusão, a se sentirem mal em seu próprio corpo.

França³⁸ relata caso de 1962 em que a Corte do Estado de Ohio precisou decidir se um hospital poderia realizar transfusão de sangue em uma criança, já que seus pais estavam recusando o tratamento por serem Testemunhas de Jeová, tendo sido autorizada a realização do procedimento. No Brasil, por sua vez, também existem casos bastante conhecidos, como o dos pais que foram a júri popular por homicídio doloso por não terem autorizado a transfusão em sua filha³⁹. O tema ainda é alvo de debate e está pendente de discussão, pois entram em conflito o direito à vida, direito à saúde e liberdade religiosa, cabendo ao STF "decidir se, em razão da sua consciência religiosa, as testemunhas de Jeová têm o direito de se submeterem a tratamento médico, inclusive cirurgias, sem transfusão de sangue"⁴⁰.

Importante mencionar que, na ocasião do ajuizamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 618, Raquel Dodge afirmou que

Testemunhas de Jeová são reconhecidas, entre outras características marcantes, pela recusa em aceitar transfusões de sangue. Aceitar esse tipo de tratamento, segundo a religião, torna o seguidor impuro e indigno do reino de Deus. A recusa, segundo a procuradora-geral, não significa desejo de morte ou desprezo pela saúde e pela vida, pois as pessoas que integram essa comunidade religiosa aceitam se submeter a métodos alternativos à transfusão de sangue. Mas, na sua impossibilidade, preferem se resignar à possibilidade de morte a violar suas convicções religiosas. Ela pede que seja concedida medida cautelar para afastar qualquer entendimento que obrigue médicos a realizarem transfusão quando houver expressa recusa dos pacientes maiores de idade e capazes, mantendo-se a obrigatoriedade apenas quando o paciente for menor, nos casos em que o tratamento for indispensável para salvar a vida da criança, independentemente de oposição dos responsáveis.⁴¹

Acerca das perspectivas religiosas, Pessini comenta que

A morte não é um mero evento técnico-científico. É um evento cultural, moral e religioso. As diferentes visões culturais, morais e religiosas da morte nos dão uma compreensão e apontam para comportamentos, compromissos e ações mais apropriadas. Reside neste pluralismo o coração das controvérsias em torno da morte e do processo do morrer. Diferentes comunidades morais têm diferentes critérios de morte, diferentes visões do que constitui uma boa vida, e estes referenciais

³⁸ FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 12. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2014. p. 215.

³⁹ O ESTADO DE SÃO PAULO. **Pais de menina morta sem transfusão vão a júri**. Disponível em: <https://bit.ly/3nwDFu6>. Acesso em: 05 out. 2020.

⁴⁰ STF - Notícias. **Supremo irá decidir se testemunhas de Jeová podem exigir procedimento médico sem transfusão de sangue**. Disponível em: <https://bit.ly/3d6j7Un>. Acesso em: 05 out. 2020.

⁴¹ STF - Portal. **Procuradora-geral da República busca garantir a Testemunhas de Jeová o direito de recusar transfusões de sangue**. Disponível em: <https://bit.ly/3iHPSs5>. Acesso em: 05 out. 2020.

influenciam na forma como a morte é compreendida e vivida. É tarefa desafiante para a bioética construir em meio a este politeísmo de valores – que de um lado é expressão da riqueza axiológica da contemporaneidade, mas por outro um terreno fértil de conflitos – um pluralismo legítimo, respeitoso, das pessoas que se encontram como “estranhos morais” (Engelhardt) inseridas em culturas, sociedades e religiões distintas, sem cair em fundamentalismos ou fanatismos, quer sejam de ordem política, social, cultural, científica ou religiosa!⁴²

E até mesmo o país de nascimento pode ser determinante:

Uma pesquisa feita pela Kaiser Family Foundation em parceria com a revista *The Economist* sobre como as pessoas encaram o fim da vida na Itália, nos Estados Unidos, no Brasil e no Japão mostrou que, para 83% dos brasileiros, a religião tem um papel central na forma como eles imaginam seu tratamento médico no fim da vida. No Japão, apenas 13% deram essa resposta. Cerca de 40% dos brasileiros também consideram mais importante morrer em paz espiritual do que com conforto e sem dor. Fora isso, 50% dos brasileiros acreditam que o mais importante no fim da vida é exatamente tentar prolongá-la ao máximo e evitar a morte. Para os entrevistados de Japão, Itália e Estados Unidos — com 82%, 68% e 71%, respectivamente —, o essencial nesse momento é reduzir a dor, o estresse e o desconforto do paciente.⁴³

Portanto, é possível dizer que a autonomia da vontade não é derivada apenas do querer do indivíduo, sendo ele influenciado pelos mais diversos fatores que o cercam, culminando no ponto em que ele toma a sua decisão a respeito de algum tema. Dessa forma, importante tratar também dos aspectos médicos, abaixo dispostos, a partir de uma observação dos aspectos que cercam os profissionais de saúde diretamente ligados aos pacientes.

3.3 Aspectos médicos

Desde tempos antigos, médicos passaram a ser vistos como deuses capazes de curar todas as doenças. Porém, enquanto antes a atividade de cura era exercida de forma experimental e sem base científica, com a evolução tecnológica foi possível entender melhor o corpo humano, realizar exames e compreender as doenças e os seus possíveis tratamentos, trazendo uma visão de que o médico deve ser infalível e de que não pode deixar ninguém sofrer. Para Luciana Dadalto, "se outrora, a morte era encarada como um processo natural, atualmente, este processo — ainda que natural — é tido como uma derrota, um acontecimento que demonstra a fragilidade da Medicina e a fraqueza dos profissionais de saúde"⁴⁴. Hoje, "o paciente se torna algo a ser mantido vivo até que se desencadeie a morte implacável"⁴⁵.

⁴² PESSINI, Leo. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 260.

⁴³ BACKES, Débora. O que diz a legislação e como funciona a prática do suicídio assistido. **Revista Galileu**. Disponível em: <https://glo.bo/34Npd8f>. Acesso em: 05 out. 2020.

⁴⁴ DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 5. ed. Indaiatuba: Editora Foco, 2020. p. 1.

⁴⁵ FARAH, Elias. **Temas de Direito Médico**. São Paulo: Letras Jurídicas, 2016. p. 548.

Em cada época e sociedade a medicina possui as suas características particulares, sendo bastante conhecidas as técnicas aplicadas pelos povos do Egito, China, Grécia e Roma, todos bastante avançados em seus conhecimentos, mesmo sem tanta tecnologia. Contudo,

Após a queda do Império Romano, em 476 dC, na Idade Média, o conhecimento médico desmoronou e teve sua evolução estagnada. A Medicina ocidental passou a ser exercida dentro dos conventos da Europa, guardada por monges que se limitaram ao que havia sido deixado por Hipócrates, na Grécia, e por Galeno, em Roma.⁴⁶

Depois do Renascimento começaram a surgir as faculdades e universidades de Medicina, ocorrendo progressivamente a evolução no conhecimento e a especialização dos profissionais, colocando estes cada vez mais em uma posição de poder diante dos pacientes por serem detentores do conhecimento, em comparação com a parcela leiga da população.

O paternalismo médico passou a ser uma postura adotada por muitos profissionais, tendo como intenção a beneficência do paciente, considerando o dever de ajudar e exigindo um comportamento ativo para curar e aliviar os sofrimentos, podendo ser até justificável em casos específicos onde haja necessidade, mas não devendo ser este um comportamento usual.

O paternalismo se refere ao dilema bioético, se o respeito à autonomia do paciente cabe restrição à autonomia do médico de exercer sua autoridade profissional. De modo mais simples, paternalismo significa o governo paternal, em que o pai se responsabiliza em prover seus dependentes, com total autoridade, restringindo suas liberdades. O paternalismo se constitui na forma de exercer ação, objetivando beneficiar a pessoa, cuja vontade ou interesses deixam de ser respeitados.⁴⁷

Caso muito comum onde há esse conflito relacionado ao paternalismo médico é justamente no das Testemunhas de Jeová, citado anteriormente. Inclusive, a esse respeito, o Enunciado 403 da V Jornada de Direito Civil afirma que

O Direito à inviolabilidade de consciência e de crença, previsto no art. 5º, VI, da Constituição Federal, aplica-se também à pessoa que se nega a tratamento médico, inclusive transfusão de sangue, com ou sem risco de morte, em razão do tratamento ou da falta dele, desde que observados os seguintes critérios: a) capacidade civil plena, excluído o suprimento pelo representante ou assistente; b) manifestação de vontade livre, consciente e informada; e c) oposição que diga respeito exclusivamente à própria pessoa do declarante.⁴⁸

Portanto, esse paternalismo está cada vez mais em desuso, tendo ocorrido em 2017, inclusive, uma adaptação no famoso "Juramento de Hipócrates", pronunciado pelos formandos de medicina. O novo texto deixa clara a necessidade de respeitar "a autonomia e a

⁴⁶ MARTIRE JUNIOR, Lybio. História da Medicina: especialidades médicas. **Revista Ser Médico**, São Paulo, v. 63, p. 36-38, abr./maio/jun. 2013. Trimestral. Disponível em: <https://bit.ly/3d921Fd>. Acesso em: 06 out. 2020.

⁴⁷ BATISTA E SILVA, Henrique. Beneficência e Paternalismo Médico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 2): dez., 2010. p. 423. Disponível em: <https://bit.ly/2SzyBql>. Acesso em: 05 out. 2020.

⁴⁸ V Jornada de Direito Civil. **Enunciado 403**. Disponível em: <https://bit.ly/34SE5Cb>. Acesso em: 10 out. 2020.

dignidade do paciente"⁴⁹, posto ser este capaz de tomar as suas próprias decisões no que se refere aos tratamentos de saúde aos quais deseja se submeter, quando munido de informações.

Ora, "[...] de um lado se encontra a pessoa do paciente em busca de tratamento médico, para prover seu bem-estar físico, mental e social e do outro lado existe um profissional da saúde, em quem repousa todas as expectativas do paciente"⁵⁰, devendo o médico fornecer o máximo de informações para existir um consentimento livre e esclarecido, com o intuito de existir uma convergência de vontades.

Importante mencionar que é dever do médico obter o consentimento do paciente para qualquer procedimento que precise realizar, já que existe a possibilidade de recusa ou de desejo de um tratamento diverso. O artigo 22 do Código de Ética Médica afirma que é vedado ao médico "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"⁵¹, o que é aplicável até mesmo no caso de crianças com capacidade de entendimento.

Caso o paciente faça a opção por um tratamento existente mas com o qual o médico não concorda por motivos pessoais, há sempre a possibilidade de este declarar objeção de consciência, indicando um outro profissional para atuar no caso. A objeção de consciência é direito resguardado pelo artigo 5º da CR/88 e está prevista no próprio Código de Ética Médica, em seu capítulo I, VI, onde afirma que

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.⁵²

Portanto, ainda que exista um dever do médico com relação ao paciente, o mesmo não está obrigado a fazer qualquer vontade do paciente apenas porque ele assim decidiu, sendo possível que não concorde com a opção apontada e, mesmo, com algo que esteja disposto no Testamento Vital do paciente, não podendo também fazer algo que seja contrário a vontade dele. Há que se conciliar interesses e, por isso, se faz tão necessária a regulamentação do instituto no país, trazendo uma base para a resolução destes conflitos éticos.

⁴⁹ CRM - PR - Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. **Juramento de Hipócrates**. Disponível em: <https://bit.ly/3jDhuQs>. Acesso em: 06 out. 2020.

⁵⁰ BELTRÃO, Sílvio Romero. O Consentimento Informado e sua Dinâmica na Relação Médico-Paciente: natureza jurídica, estrutura e crise. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito/UFRGS**, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 2, 2014, p. 505.

⁵¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de dezembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. p. 25. Disponível em: <https://bit.ly/2HVjRzY>. Acesso em: 06 out. 2020.

⁵² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de dezembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. p. 25. Disponível em: <https://bit.ly/2HVjRzY>. Acesso em: 10 out. 2020.

4 APLICAÇÃO DO TESTAMENTO VITAL NO BRASIL

O Brasil ainda não possui uma lei ou regulamentação oficial acerca do Testamento Vital, ainda que tenha outros regramentos que indicam a sua validade, não possuindo também qualquer impeditivo para a sua aplicação no país, desde que as vontades estabelecidas pelo paciente no documento sejam condizentes com o ordenamento jurídico ora vigente.

O instituto é coerente com os princípios e fundamentos estabelecidos na Constituição da República de 1988, entre eles: o da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), o direito à vida (art. 5º, caput), o direito à liberdade de ação (art. 5º, II), o direito à integridade física (art. 5º, III) e o direito à liberdade de crença ou religião (art. 5º, VI), além da própria autonomia.

A dignidade da pessoa humana é inerente a todas as pessoas, sem distinção, sendo "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 ao respeito por parte das demais pessoas"⁵³. O direito à vida, por sua vez, está diretamente ligado à dignidade da pessoa humana e é um "direito fundamental em apreço abrange o direito a uma existência digna, tanto sob o aspecto espiritual quanto material"⁵⁴. Trata-se, portanto, do direito mais importante, já que é a partir dele que os outros terão espaço para se realizar.

O direito à liberdade de ação, nesse caso, se refere ao direito de a pessoa agir conforme as suas crenças e convicções. Já o direito à integridade física, em complemento ao anterior, permite que a pessoa exerça o direito que possui sobre o próprio corpo, não sendo submetida a nada que não concorde. Por fim, o direito à liberdade de crença ou religião dá o direito de a pessoa não fazer nada que vá de encontro às suas crenças, se aplicando essa situação tanto ao paciente que não é obrigado a se submeter a tratamento, quanto ao médico que não é obrigado a executar algo incompatível com sua consciência.

O testamento vital pode ser considerado válido também quando se observa as Resoluções de nº 1.805/2006 e 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina. A primeira diz que quando o paciente estiver em fase terminal de enfermidades graves e doenças 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

⁵³ MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 30 ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Atlas, 2014. p. 18.

⁵⁴ PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional Descomplicado**. 14. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2015. p. 121.

sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral (...)”⁵⁵. Já a segunda dispõe acerca das diretivas antecipadas de vontade, querendo falar na verdade do testamento vital.

A Resolução 1.805 foi alvo de discussões judiciais no Processo de nº 0014718-75.2007.4.01.3400⁵⁶ da 14ª Vara Federal do Distrito Federal, onde o Ministério Público Federal pleiteou a nulidade da Resolução e alternativamente a sua alteração para serem definidos os critérios para a prática da ortotanásia, tendo a tutela antecipada sido deferida.

O CFM se manifestou, fazendo uma explicação acerca dos conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia, dizendo que esta última seria uma "situação em que a morte é evento certo, iminente e inevitável", estando ligada à Medicina Paliativa e buscando dar uma morte digna e menos dolorosa para o paciente, não sendo um crime.

Ao fim, o juiz Roberto Luis Luchi Demo decidiu que a Resolução 1.805/2006 não representava ofensa ao ordenamento jurídico, se alinhando à tese do CFM, acreditando ser a ortotanásia uma conduta ética e não proibida no Brasil. A Resolução faria com que os médicos descrevessem exatamente os procedimentos adotados com relação aos esforços terapêuticos, não sendo um fato incentivador de negligência.

A Resolução 1.995, por sua vez, foi alvo da Ação Civil Pública de nº 0001039-86.2013.4.01.3500, da 1ª Vara Federal de Goiânia, tendo sido reconhecida a sua constitucionalidade. Como foram julgados improcedentes os pedidos, o Ministério Público Federal interpôs o agravo de instrumento nº 0019373-95.2013.4.01.0000, com sentença proferida também reconhecendo a constitucionalidade da Resolução 1.995/2012.

Em resumo, foi argumentado que ao invés de a resolução facultar ao paciente a designação de um representante legal, teria instituído as diretivas antecipadas de vontade, fazendo com que a vontade do paciente prevalecesse sobre a dos médicos e familiares; disse ainda que a Resolução teria extrapolado os poderes conferidos pela Lei nº 3.268/57 e sido omissa em pontos essenciais, só podendo a União dispor sobre as DAV.

Na resposta do CFM, foi dito que a Resolução 1.995 não tem como objetivo introduzir a prática da ortotanásia no ordenamento jurídico, e sim orientar os médicos sobre como agir com ética diante da necessidade de respeito à vontade dos pacientes. Disse ainda, entre outros comentários, que o objetivo seria respeitar a autonomia do paciente e que teria fundamento na dignidade da pessoa humana, além de mencionar que outros países já adotam a prática.

⁵⁵ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.805/2006**. Disponível em: <https://bit.ly/30ZdK14>. Acesso em: 11 out. 2020.

⁵⁶ **Processo de nº 0014718-75.2007.4.01.3400**, da 14ª Vara Federal do Distrito Federal. Disponível em: <https://bit.ly/3j17cIV>. Acesso em: 11 out. 2020.

O juízo sentenciante mencionou que o princípio da autonomia da vontade para decidir sobre recursos terapêuticos está previsto no Código Civil de 2002, que diz em seu artigo 15 que "ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica". Disse ainda, que os requisitos legais para que o paciente possa decidir estão no artigo 107 do Código Civil que afirma que "a validade da declaração de vontade não dependerá de forma especial, senão quando a lei expressamente a exigir", não tendo a Resolução previsto forma especial, tendo dito apenas que a manifestação de vontade (escrita, verbal etc) deveria ser registrada no prontuário, o que seria uma forma de trazer segurança jurídica para o próprio médico, no caso de quaisquer contestações posteriores.

Por fim, não estariam sendo retirados quaisquer direitos dos familiares, ficando estes convidados a participar de todo o processo de investigação caso não haja registro da manifestação do paciente ou caso acreditem que o mesmo não está sendo levado em consideração ou que há vícios de consentimento e ausência de informação, podendo acionar a justiça no caso de violação civil ou penal por parte do médico responsável.

Há, ainda, leis estaduais tratando de parte do tema. A Lei 10.241/1999 de São Paulo (chamada de Lei Mário Covas) dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde do estado, mencionando em seu artigo 2º, XXIII, que é um direito "recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida"⁵⁷. No mesmo sentido, a Lei 14.254/2003 do Paraná, que diz em seu artigo 2º, XXIX, que é direito do usuário dos serviços de saúde "recusar tratamento doloroso ou extraordinário para tentar prolongar a sua vida"⁵⁸, e a Lei 16.279/2006 de Minas Gerais, que diz em seu artigo 2º, XX, que os usuários dos serviços de saúde podem "recusar tratamento extraordinário ou doloroso"⁵⁹.

Por fim, necessário mencionar dentre os julgados acerca do tema, a Apelação Cível 70054988266 do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul e o Processo 1084405-21.2015.8.26.0100 do Tribunal de Justiça de São Paulo, conforme exposto abaixo.

No caso da Apelação Cível 70054988266 foi discutido o direito de um idoso de recusar a amputação do seu pé esquerdo, o que provavelmente o levaria a óbito, tendo o mesmo manifestado a sua vontade por meio de um testamento vital. O Ministério Público entrou com a ação diante da recusa do senhor que estava internado em um Hospital Colônia,

⁵⁷ SÃO PAULO. Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Disponível em: <https://bit.ly/2GQQyOZ>. Acesso em: 11 out. 2020.

⁵⁸ PARANÁ. Lei nº 14.254, de 04 de dezembro de 2003. Disponível em: <https://bit.ly/33Uav0a>. Acesso em: 11 out. 2020.

⁵⁹ MINAS GERAIS. Lei nº 16.279, de 20 de julho de 2006. Disponível em: <https://bit.ly/2FnYfeR>. Acesso em: 11 out. 2020.

considerando o risco de vida. Contudo, o pedido foi indeferido, apesar das alegações de incapacidade do idoso (diante do seu quadro depressivo), conforme se observa abaixo:

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 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 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 constringida 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. (Apelação Cível Nº 70054988266, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Irineu Mariani, Julgado em 20/11/2013).

Porém, nesse caso, conforme aponta Dadalto⁶⁰, o paciente teria que ter preenchido três requisitos, quais sejam: ter tomado a decisão antes da fase crítica, estar plenamente consciente e a sua vontade precisaria prevalecer sobre a de parentes e médicos. Para a autora, pode ser que o idoso estivesse de fato sem completa consciência para tomar a sua decisão à época, em virtude da depressão, além de ele não ter tomado a decisão antes da fase crítica e sim quando já estava nela. Dessa forma, se trataria apenas de uma recusa ao tratamento, e não um caso de testamento vital, mesmo sendo este considerado um marco no tratamento do tema no país.

Já o Processo 1084405-21.2015.8.26.0100, também analisado por Dadalto⁶¹, trata de uma senhora de 68 anos que, apesar de saudável, queria ver reconhecido judicialmente o seu direito a ter respeitada a sua recusa a tratamentos fúteis, caso um dia tivesse algum problema grave de saúde. Inicialmente a juíza entendeu que o mero registro do desejo em prontuário médico bastaria, a partir do registro em cartório do testamento vital. Contudo, posteriormente, após apelação foi homologada a vontade da autora da ação.

Dessa forma, partindo das informações supracitadas, entende-se que existe a necessidade que criação de uma lei no país para reger todas as informações relativas ao Testamento Vital, definindo quem é aquele legalmente capaz de manifestar sua vontade por

⁶⁰ DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 5. ed. Indaiatuba: Editora Foco, 2020. p. 105-106.

⁶¹ DADALTO, Luciana. **A judicialização do testamento vital: análise dos autos n. 1084405-21.2015.8.26.0100/TJSP**. Disponível em: <https://bit.ly/310up7C>. Acesso em: 11 out. 2020.

meio deste documento, dizendo se há forma específica a ser seguida, quais as informações que podem ser definidas no que se refere a tratamentos, o prazo de validade etc. Inclusive, atualmente está em tramitação no Senado o Projeto de Lei nº 149 de 2018, que trata sobre as "diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde", pendente de validação.

Contudo, pelas informações disponíveis até o momento, é possível inferir que o ato é personalíssimo, podendo o Testamento Vital ser redigido por maiores de 18 anos com capacidade de exercer a autodeterminação no que se refere aos cuidados com a sua saúde, preferencialmente com a orientação de um médico e de um advogado, para que o documento esteja juridicamente correto e coerente com as possibilidades médicas e legais da época de sua feitura. O documento também seria revogável, podendo ser registrado em cartório ou homologado judicialmente. Possuiria validade *erga omnes* e, na ocasião de sua utilização, deveria ser anexado ao prontuário do paciente no hospital.

Interessante a visão da autora Luciana Dadalto que fez em seu livro uma conjugação dos modelos norte-americano, espanhol, português e francês, acreditando que cinco pontos seriam importantes em um modelo de Testamento Vital brasileiro: a exposição dos "valores e desejos" que permeiam a vida do paciente, o que seria útil em algumas decisões médicas; as "decisões sobre o fim da vida", onde constariam os tratamentos e procedimentos aos quais é favorável e aqueles que o indivíduo não quer fazer de forma alguma; "disposições gerais", como referente a preferência por enterro ou cremação; "diretrizes para a equipe médica" falando sobre a consciência do paciente no momento da redação do documento e dizendo que possui um médico de confiança; e o reconhecimento da possibilidade de revogação.⁶²

Já Lima, acredita que para ser válido o testamento vital deveria ter como requisitos:

- a) Restrito às pessoas com capacidade civil, maiores de 18 anos, em pleno gozo de suas faculdades mentais;
- b) Deverá ser apresentado por profissional médico familiarizado com o tema;
- c) Eficácia na conduta médica e não apenas meramente informativo;
- d) Formulário padronizado para viabilizar as diretivas;
- e) Poderá ser revogado a qualquer instante;
- f) Deverá ser renovado a cada 5 anos;
- g) Registro cartorário ou perante funcionário da RENTEV (Registro Nacional de Testamento Vital);
- h) Elaboração no ambiente do sistema de saúde de Registro Nacional de Testamento Vital, para que aja celeridade no acesso pelos profissionais de saúde.⁶³

Portanto, há espaço para debate sobre o que seria cabível no Brasil, sendo o aspecto mais relevante a garantia de que a vontade do indivíduo será realizada no momento oportuno.

⁶² DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 5. ed. Indaiatuba: Editora Foco, 2020. p. 122.

⁶³ LIMA, Meiriany Arruda. O testamento vital à luz do ordenamento jurídico brasileiro e o princípio *pro homine*. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, vol. 7, n. 1, jan./mar. 2018. p. 11-12.

5 PESQUISA COM DOMICILIADOS EM PERNAMBUCO

5.1 Metodologia

Através da análise do Testamento Vital, por não ser este tão explorado e debatido no Brasil, entendeu-se ser necessária uma investigação sobre como as pessoas percebiam este instituto, procurando-se observar a realidade e identificar se seria benéfica a sua regulamentação no país. Nesse caso, foi observado não ser completamente possível a dissociação entre a pesquisadora e o objeto da pesquisa, por ter esta as suas próprias crenças, formação e meios de convívio social, tendo, contudo, existido uma busca por manter a imparcialidade no que se refere a interpretação dos resultados obtidos, razão pela qual serão apresentados os resultados de forma direta, na forma das porcentagens obtidas, com posteriores explicações sobre o que se pode inferir a partir das respostas fornecidas.

A pesquisa realizada buscou identificar, principalmente, quais aspectos poderiam ser relevantes para que alguém fosse favorável à utilização do testamento vital em caso de necessidade clínica, observando-se os fatores sociais envolvidos. Por isso, optou-se por uma abordagem qualitativa, posto que esta "não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc"⁶⁴, sendo possível um maior foco na interpretação do que na pesquisa quantitativa.

Cabe mencionar que optou-se por não ser apresentado o tema da pesquisa para os respondentes, estando este inserido apenas brevemente em um momento posterior, em uma das perguntas. Com isso, objetivou-se não provocar a curiosidade daqueles que estavam respondendo, evitando que pesquisassem sobre o assunto antes de responder ao questionamento — o que poderia acabar por influenciar no resultado obtido.

Ademais, utilizou-se um tipo de amostragem não-probabilística, mais especificamente a denominada por acessibilidade ou por conveniência, na qual "o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo"⁶⁵, tendo em vista que não é necessário um alto nível de precisão nos resultados, sendo estes um demonstrativo não exato do universo em análise.

A distribuição do questionário foi realizada no formato "boca a boca", iniciando a sua propagação com a autora da pesquisa e continuando através daqueles que iam respondendo e repassando para amigos e familiares. Por um lado, essa escolha ajudou a manter o controle

⁶⁴ GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 31.

⁶⁵ GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008. p. 94.

acerca dos meios nos quais a pesquisa estava circulando, por outro, acabou mantendo a divulgação entre pessoas com características relativamente semelhantes (principalmente, no que tange a idade, profissão e religião), conforme se observará nos resultados obtidos abaixo.

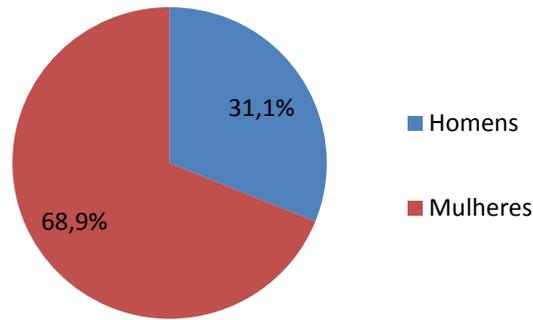
Ao fim, entendeu-se ter sido eficiente o método adotado, como forma de entender melhor a forma como parte da população de Pernambuco encara o tema do Testamento Vital, da morte e das decisões acerca do fim da vida, não tendo a pesquisa caráter exaustivo, ou seja, não havendo intenção de esgotar o debate e nem de ser um resultado definitivo no que tange aos dados obtidos.

5.2 Dados da pesquisa e análise dos resultados

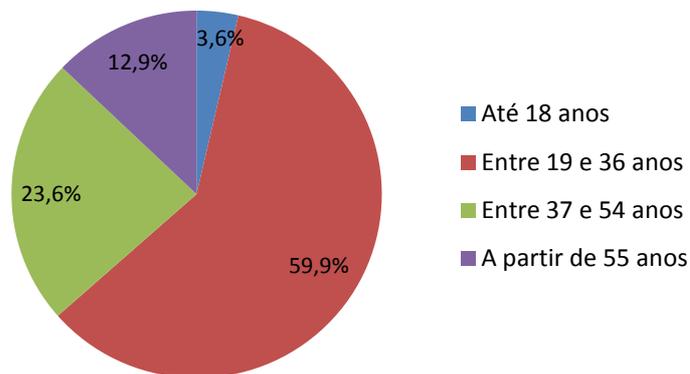
A pesquisa foi realizada no formato de questionário, através do Google Forms, por meio de perguntas subjetivas e objetivas, com aplicação no período de 21/07/2020 até 07/08/2020 e um total de 636 respostas de autodeclarados domiciliados em Pernambuco.

No que se refere ao perfil dos respondentes, verificou-se que a maioria é mulher, possui idade entre 19 e 36 anos; atua profissionalmente na área de Direito; professa a religião católica; tem o costume de debater o tema "morte"; não optaria por ficar intubada para prolongar o tempo de existência de seu corpo físico, se soubesse que essa medida não salvaria sua vida; gostaria de decidir quais procedimentos seriam realizados em seu corpo, se precisasse passar por uma cirurgia onde existisse a possibilidade de ficar em um estado vegetativo persistente; não sabia o que era testamento vital e/ou diretivas antecipadas de vontade; mas gostaria de fazer um se fosse necessário; acha que sua crença religiosa (ou ausência dela) seria compatível com a ideia de fazer um testamento vital; acredita que hoje em dia, com o amplo acesso a informações por meio da internet, as pessoas podem se informar melhor sobre problemas de saúde e saber quais as suas consequências práticas; e acredita que quem opta por fazer um testamento vital deve ter a sua vontade respeitada, conforme melhor detalhado a seguir.

Do total de respondentes, 68,9% (438 pessoas) eram do sexo feminino, enquanto 31,1% (198 pessoas) eram do sexo masculino.



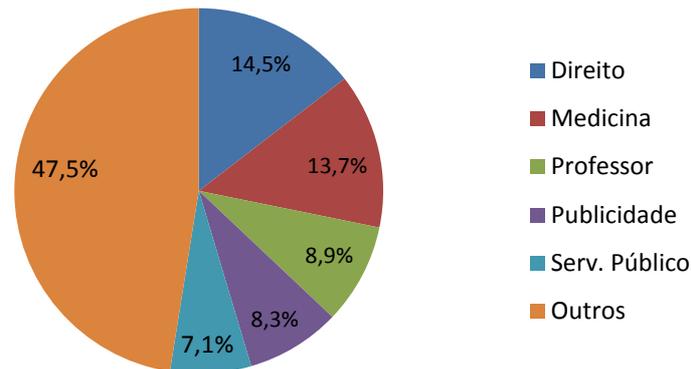
Percentualmente, com relação as idades daqueles que responderam, 3,6% (23 pessoas) tinham até 18 anos, 59,9% (381 pessoas) entre 19 e 36 anos, 23,6% (150 pessoas) entre 37 e 54 anos e 12,9% (82 pessoas) a partir de 55 anos.



Com relação as profissões daqueles que responderam, as que mais se destacaram em quantidade foram as relacionadas ao Direito, Medicina e Publicidade, além de professores dos mais diversos níveis de escolaridade e também servidores públicos. Aqui, optou-se por classificar em "Direito" tanto os profissionais efetivamente graduados (no caso, aqueles que se identificaram como Advogados e Juízes), quanto aqueles que são estudantes da área, se aplicando o mesmo para "Medicina", "Publicidade" e também na contagem de outras áreas.

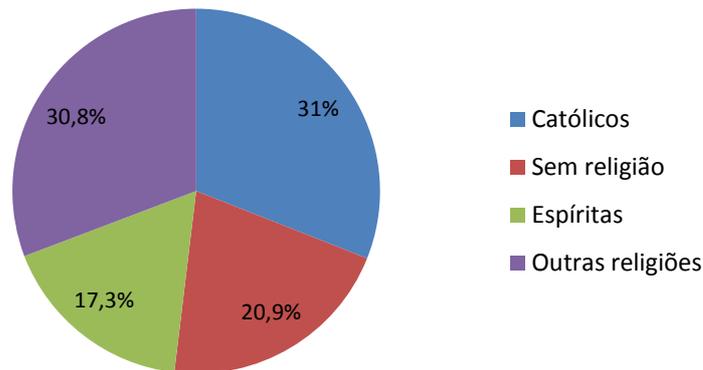
Ainda que não estejam todas descritas, verificou-se uma variedade de profissões exercidas entre os respondentes, de ambos os sexos, como por exemplo: arquiteto, psicóloga, aposentado, químico, tatuador, bibliotecária, cabeleireira, pedagoga, comerciante, radialista, socióloga, dona de casa, contador, economista, corretor de seguros, enfermeira, engenheiro, psicólogo, fisioterapeuta, professora, bióloga, jornalista, militar, veterinário, nutricionista etc., tendo sido cada um classificado dentro da primeira profissão indicada (no caso daqueles que se referiram a mais de uma), por acreditar que esta seria aquela com a qual se identifica.

Dessa forma, percentualmente, 14,5% eram da área do Direito (92 pessoas), 13,7% eram da Medicina (87 pessoas), 8,9% eram professores (57 pessoas), 8,3% eram da área de Publicidade (53 pessoas) e 7,1% se definiram especificamente com o termo "servidor público" ou "funcionário público" (45 pessoas), ainda que se entenda que outros respondentes poderiam ser contabilizados neste perfil, já que eram juízes, professores da rede pública etc.

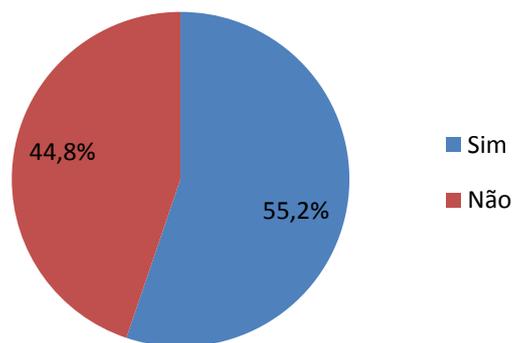


Com relação às crenças religiosas, é importante observar que foi perguntado, no formato de pergunta aberta, se a pessoa possuía alguma crença religiosa e, se sim, qual seria, deixando espaço para que a pessoa denominasse o seu credo como fosse de sua preferência. Dessa forma, foi criada uma categoria relativa aos "cristãos" — não tendo estas pessoas especificado uma religião dentro das correntes cristãs. Outros mencionaram que não possuíam religião, mas por não terem dito explicitamente que eram ateus ou agnósticos, foram incluídos em categoria específica. Ademais, alguns responderam, por exemplo, "sou católico, mas também frequento o Centro Espírita", tendo estas pessoas sido classificadas dentro da primeira crença citada, para efeitos de análise de dados.

Assim, aqueles que responderam se identificaram como: 31% católicos (197 pessoas), 20,9% sem religião (133 pessoas) e 17,3% espíritas (110 pessoas). Também responderam à pesquisa budistas, protestantes em geral, evangélicos, mórmons, praticantes da bruxaria, "espiritualistas", ateus, agnósticos etc. Quanto aos que disseram que possuíam religião sem especificar qual seria, ou que disseram que tinham várias religiões, ou mesmo "acreditavam em Deus", foram todos incluídos em "outros", junto com as religiões com quantidade de adeptos pouco expressivas na pesquisa, quando comparados aos três grupos de respondentes especificados no gráfico abaixo.



Foi perguntado se as pessoas tinham o costume de debater o tema "morte" com seus familiares e amigos e se poderiam especificar como o tema era tratado. 55,2% (351 pessoas) responderam que conversavam sobre o tema (incluindo-se aqui também aqueles que disseram que conversavam "às vezes" ou "bem pouco") e 44,8% (285 pessoas) disseram que não.

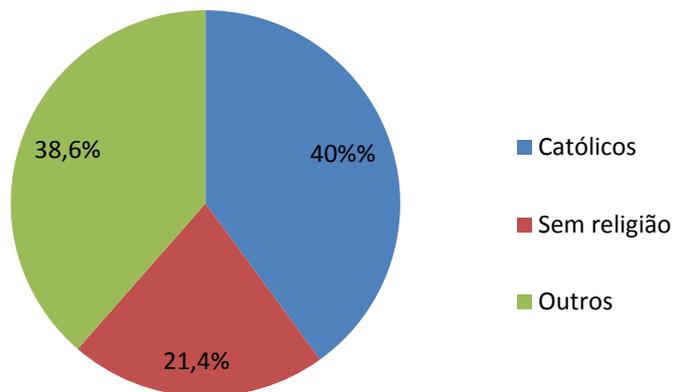


Dentre os que disseram que sim, foi dito que conversavam sobre o que acontecia após o fim do corpo físico ou como um parte natural da vida; ou que falavam para perguntar o que os outros pensavam do tema ou mesmo para dizer que tinham o desejo de ser cremados ou de doar os órgãos após a morte. Relataram tratar do assunto também quando algum familiar ou conhecido morria ou a partir de notícias, principalmente durante a pandemia do Coronavírus. Houve relatos das conversas ocorrerem de forma superficial, com tristeza, respeito ou temor, enquanto houve quem dissesse que era em tom jocoso ou sob uma perspectiva ligada à área médica ou jurídica. Relataram também ter a conversa sob um ponto de vista religioso ou cultural ou ligado à eutanásia. Por fim, disseram que conversavam após um quadro depressivo pessoal ou como uma forma de lembrar de quem já foi ou dizendo que era o fim de todos nós.

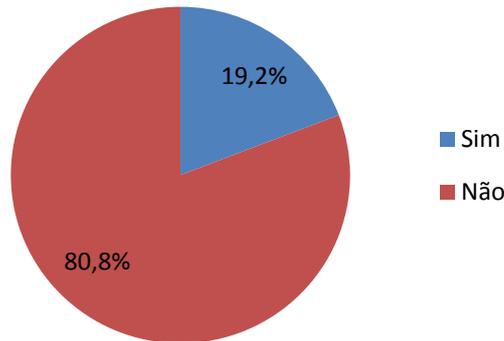
Entre aqueles que afirmaram não tratar do tema, foi mencionado que o assunto não era tratado porque tinham medo, porque evitavam ou porque a família não tinha costume de falar;

ou por causa de um quadro pessoal depressivo. Houve quem dissesse que, apesar de geralmente não conversar sobre isso em algumas ocasiões tratavam do assunto, como ocorreu devido às notícias durante a pandemia ou disseram que falavam na ocasião da morte de conhecidos (inclusive por questões jurídicas e relacionadas a herança) ou por causa da morte de animais domésticos ou devido a "grandes desastres", sendo algo raro, apenas acontecendo a conversa quando realmente necessário. Também disseram falar pouco por causa de "conflitos religiosos" ou então apenas para dizer o que queriam que acontecesse com o seu corpo após a morte ou para falar sobre o medo do momento em que o evento viesse a ocorrer. Alguns relatos também foram no sentido de não falar sobre a morte por existir a crença na necessidade de aproveitar a vida, ou de apenas "debater consigo mesmo" ou mesmo de não conversar mas estudar o assunto por curiosidade ou de forma acadêmica.

Interessante observar que, dentre as 285 pessoas que disseram que não conversavam sobre o tema, 40% (114 pessoas) eram católicos e 21,4% (61 pessoas) não possuíam religião, sendo estes os números mais representativos.



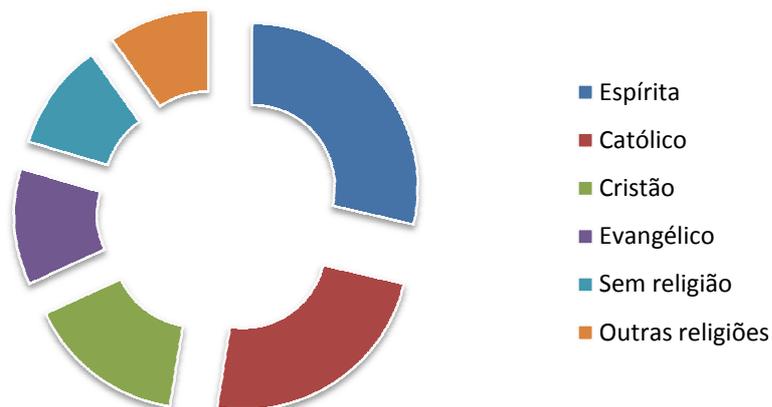
Foi questionado se, no caso de as pessoas saberem previamente que teriam uma doença com um quadro de saúde irreversível, se optariam por ficar intubadas* para prolongar o tempo de existência de seu corpo físico, mesmo sabendo que essa medida não salvaria suas vidas. 19,2% (122 pessoas) afirmaram que sim e 80,8% (514 pessoas) disseram que não.



* Necessário observar que na aplicação do questionário foi utilizada a palavra "entubadas", ao invés de "intubadas", tendo sido esta alterada na ocasião do relato deste trabalho por representar melhor o seu uso no campo da medicina.

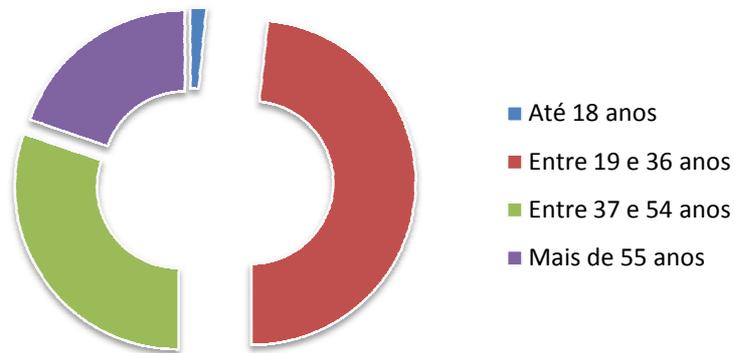
Entre as 122 pessoas que optariam por ficar intubadas, mesmo sabendo que essa medida não salvaria as suas vidas, é interessante notar que 28,7% (35 pessoas) são espíritas, 23,8% (29 pessoas) são católicas, 15,6% (19 pessoas) se definem como cristãs, 11,5% (14 pessoas) são evangélicas, 10,6% (13 pessoas) não possuem religião, só um tendo especificado que era ateu, e 9,8% (12 pessoas) estão na categoria "outras religiões" por não terem especificado nenhuma religião, apesar de afirmarem que possuem crença religiosa.

Optariam por ficar intubados - Religião

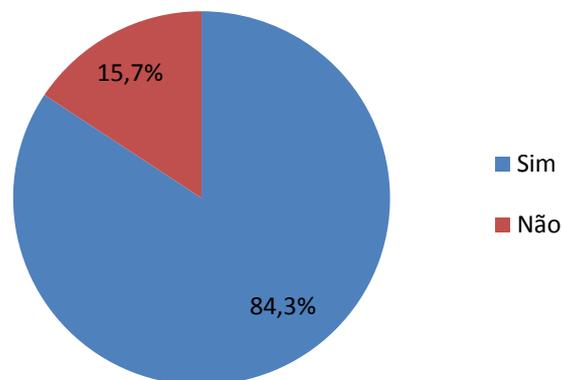


Ainda entre as 122 pessoas que optariam por ficar intubadas, 1,6% (2 pessoas) possuem até 18 anos, 48,4% (59 pessoas) entre 19 e 36 anos, 30,3% (37 pessoas) entre 37 e 54 anos e 19,7% (24 pessoas) mais de 55 anos.

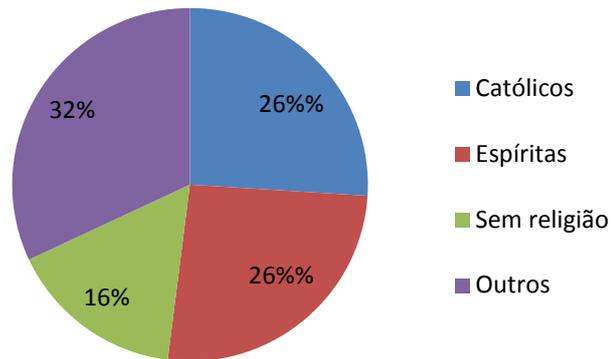
Optariam por ficar intubados - Idade



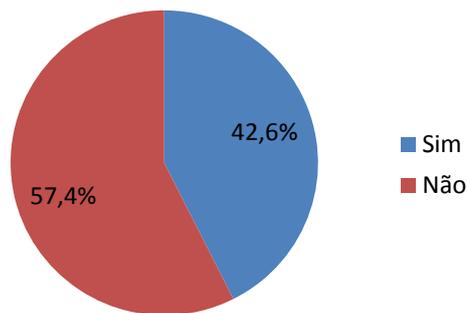
Foi questionado, ainda, se no caso de a pessoa precisar passar por uma cirurgia onde existisse a possibilidade de ficar em um estado vegetativo persistente, se ela gostaria de decidir quais os procedimentos médicos que seriam ou não realizados (como, por exemplo, se seriam reanimadas em caso de parada cardíaca). 84,3% (536 pessoas) disseram que sim, enquanto 15,7% (100 pessoas) disseram que não.



Dentre aquelas que disseram que não gostariam de decidir, 26% eram católicas, 26% eram espíritas e 16% não possuíam religião.

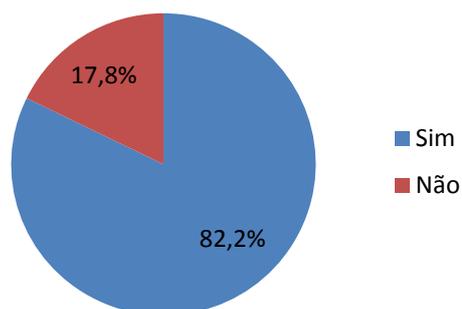


Foi questionado se elas sabiam o que era testamento vital e/ou diretivas antecipadas de vontade e 57,4% (365 pessoas) disseram que não, enquanto 42,6% (271 pessoas) disseram que sim.

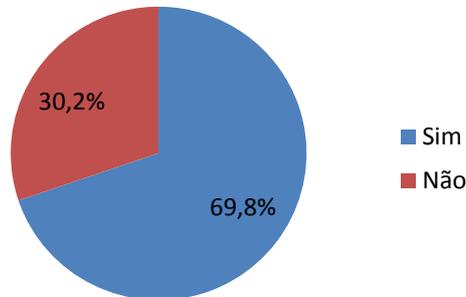


Entre as que sabiam o que era, entre estudantes e profissionais formados, 67 pessoas eram do Direito, representando 72,8% das pessoas da área que responderam a pesquisa, e 37 pessoas de Medicina, representando 44,8% das pessoas da área que responderam a pesquisa.

Foi apresentado o conceito de testamento vital e perguntado se as pessoas gostariam de fazer um se fosse necessário. 82,2% (523 pessoas) disseram que sim, enquanto 17,8% (113 pessoas) disseram que não.

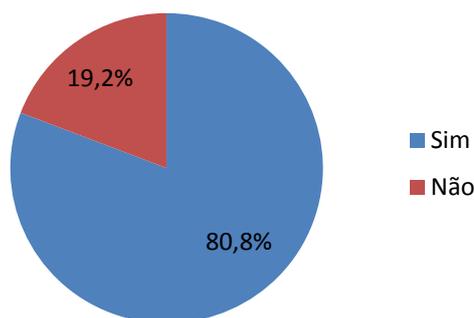


Foi perguntado se a pessoa acreditava que a crença religiosa dela (ou a ausência dela) seria compatível com a ideia de fazer um testamento vital, ao que 69,8% (444 pessoas) disseram que sim e 30,2% (192 pessoas) disseram que não.



Dentre os que disseram acreditar que a sua crença religiosa não seria compatível com a ideia de fazer um testamento vital, temos que 44,2% (85 pessoas) eram católicos, 18,2% (35 pessoas) eram espíritas, 13% (25 pessoas) não tinham religião e 11,2% (22 pessoas) se definiram como cristãos.

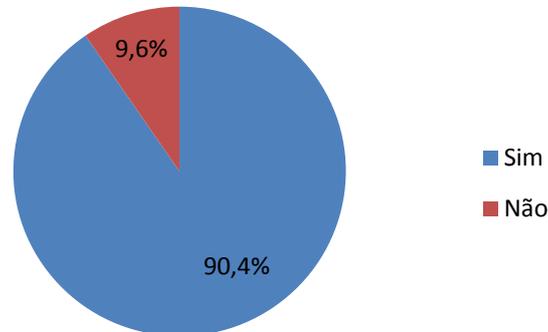
Foi perguntado se acreditavam que hoje em dia, com o amplo acesso a informações por meio da internet, as pessoas poderiam se informar melhor sobre problemas de saúde que possuíssem e saber quais as suas consequências práticas (nesse caso, elas poderiam ou não consultar um médico para obter maiores informações). 80,8% (514 pessoas) disseram que sim e 19,2% (122 pessoas) disseram que não.



Entre esses, os participantes graduandos ou formados em medicina que disseram que não seria possível se informar por meio da internet foram apenas 6,5% (8 pessoas) do total, correspondendo esse número a 9,2% das pessoas da área da medicina que responderam.

Foi perguntado se, no caso de a pessoa ou algum familiar decidirem fazer um testamento vital, se a pessoa acreditava que essa vontade deveria ser respeitada pelos médicos e pela família (com a decisão da pessoa prevalecendo sobre a do médico e sendo todas

permitidas pela legislação brasileira). 90,4% (575 pessoas) responderam que sim, enquanto 9,6% (61 pessoas) responderam que não.



Analisando os dados obtidos, é possível perceber como conclusões mais relevantes:

- Mais da metade dos respondentes costuma debater o tema "morte" com os seus familiares e/ou amigos, não considerando o tema um tabu, principalmente devido a enorme presença do tema nos noticiários na ocasião da pandemia da COVID-19;
- A maior parte dos que não conversam sobre o tema são católicos ou não possuem religião, sendo possível inferir que a rigidez ainda pregada pelo Catolicismo e a polaridade "céu *versus* inferno" pode fazer com que as pessoas religiosas não tenham interesse em debater o tema; enquanto, por outro lado, aqueles que não possuem religião podem não querer debater por acreditar em uma finitude da alma;
- Mais de 80% das pessoas não optariam por ficar intubadas para prolongar o tempo de existência de seu corpo físico, se soubessem previamente que teriam uma doença com um quadro de saúde irreversível;
- Dentre aqueles que optariam por ficar intubados, a maioria pertencia a religião espírita, possivelmente pela crença de que existe uma vida do espírito após a morte do corpo, devendo a existência corporal ser mantida até o momento em que de fato deva se desfazer (não sendo o "desligamento corporal" uma decisão dos homens);
- Em números totais, a quantidade de pessoas com idade entre 19 e 36 anos que optaria por ficar intubada é maior, contudo, quando os números são analisados em relação às pessoas de cada faixa etária que responderam a pesquisa, observa-se que o percentual de pessoas com mais de 55 anos que faria essa opção é maior, provavelmente por quererem aproveitar mais o seu tempo de existência carnal. Comprovando essa teoria, têm-se que 29% das pessoas dessa faixa etária de mais de 55 anos fariam essa opção,

24% das pessoas da faixa de 37 a 54 anos, 15% das pessoas entre 19 a 36 anos e 8% das pessoas com até 18 anos;

- Mais de 80% das pessoas gostariam de decidir previamente quais os procedimentos que seriam ou não realizados nelas, caso precisassem passar por uma cirurgia onde existisse a possibilidade de ficar em um estado vegetativo persistente;
- Dentre os que não gostariam de decidir, estavam em mesma quantidade os católicos e espíritas (representando 26% do total cada);
- Mais da metade dos entrevistados não sabia o que era testamento vital e/ou diretivas antecipadas de vontade;
- Dentre as pessoas da área médica e jurídica que sabiam o que era testamento vital e/ou diretivas antecipadas de vontade, o quantitativo representava 72,8% das pessoas de Direito e 44,8% das pessoas de Medicina, sendo possível observar que nem mesmo as pessoas das áreas diretamente ligadas a aplicação do instituto conhecem a sua existência e, conseqüentemente, o seu funcionamento no caso de um paciente querer fazer uso do mesmo;
- Após entenderem o conceito, mais de 80% das pessoas disseram que gostariam de fazer um testamento vital se fosse necessário;
- Quase 70% das pessoas afirmaram acreditar que a sua crença religiosa (ou a ausência dela) seria compatível com a ideia de fazer um testamento vital;
- Os católicos e espíritas foram a maioria entre os que disseram acreditar que a sua crença religiosa (ou ausência dela) não seria compatível com a ideia de fazer um testamento vital, provavelmente também por enxergarem o corpo como algo sagrado, criado por Deus, devendo ser Dele a decisão sobre o que deve ou não acontecer;
- Mais de 90% dos respondentes acreditam que as vontades presentes em um testamento vital devem ser respeitadas, mostrando mais uma vez a necessidade de legislação específica para regulamentar o tema e de ações para torná-lo público e acessível;
- Mais de 80% das pessoas disseram acreditar que as pessoas em geral podem tomar decisões sobre a sua saúde com base em informações disponíveis ao público na internet (podendo para isso consultar ou não um médico), sendo interessante verificar que mais de 90% dos respondentes da área de Medicina concordaram com a afirmativa, demonstrando que não seria impossível, na ocasião da redação de um testamento vital, que um leigo fizesse boas escolhas com relação aos tratamentos aos quais gostaria ou não de se submeter em caso de problemas de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentado demonstrou os principais aspectos ligados ao Testamento Vital, tratando do conceito e da origem do instituto, além da sua aplicação no mundo e no Brasil, sendo realizada a análise de bibliografia relativa ao tema, ainda que este não seja frequentemente debatido na área médica e jurídica, ganhando cada vez mais espaço dentro da Bioética. O instituto é utilizado para o registro das vontades antecipadas do paciente no que diz respeito a sua saúde, sendo este aplicado no momento em que ele estiver incapaz de se manifestar, em uma situação de irreversibilidade, devendo ser respeitados os seus desejos.

A pesquisa de campo realizada confirmou que existe uma necessidade de se estudar esse assunto no meio teórico, já que há uma demanda para o seu uso no campo prático, devendo ser criadas as regulamentações orientadoras do mesmo, além de ser necessária uma definição acerca das diretivas antecipadas de vontade de forma ampla.

Isso ajudaria tanto os pacientes a exercerem a sua autonomia pessoal, quanto auxiliaria na proteção e no exercício da atividade do próprio médico, que poderia tomar melhores decisões a partir do perfil clínico e pessoal daquele que está sob seus cuidados. Assim, não ficariam os profissionais tão expostos em momentos onde há a necessidade de decidir quem irá receber um respirador, por exemplo, no caso em que só há um disponível.

Quanto ao objetivo apresentado inicialmente, sobre a identificação de se as pessoas possuíam conhecimento referente ao testamento vital, foi observado que a maioria dos participantes da pesquisa não sabia do que se tratava, tendo, contudo, existido um interesse com relação ao mesmo — após o entendimento do seu conceito. Além disso, os entrevistados disseram que a vontade de quem desejasse fazer um deveria ser respeitada e a maioria deles demonstrou acreditar que a sua crença religiosa (ou ausência dela) seria compatível com a ideia de fazer um testamento vital, ficando clara a sua ampla aceitação.

As pessoas debatem o tema da morte em seu cotidiano, muitas vezes através de uma perspectiva religiosa, mas também com o intuito de deixarem claras as decisões que querem que sejam tomadas com o seu corpo (com relação a doação de órgãos, a opção entre enterro e cremação etc). O assunto está presente nos noticiários em todo o mundo, seja através da notícia de uma tragédia, seja por causa de uma pandemia, por grandes surtos de outras doenças, ou mesmo de forma mais natural — como quando é noticiada a expectativa de vida em um país com relação às crianças e aos idosos ou através do número de homicídios.

A depender da religião, da idade e da profissão do indivíduo, entre outros fatores, ele pode ter maior ou menor proximidade com o tema. Alguém da área médica talvez esteja mais

acostumado a lidar com o fim da vida do que alguém que trabalha com engenharia. Mas é necessário que haja um debate público sobre esse momento da vida pelo qual todos irão passar, assim como ocorre uma publicização dos aspectos relacionados ao nascimento (documentação para registro do nascimento, necessidade de tomar vacinas, entre outros).

Deve a morte ser encarada como mais uma etapa da vida, devendo o Direito se abrir para regulamentar até onde pode ir a autonomia da vontade relativa as decisões de fim de vida, garantindo que o paciente terá a sua personalidade preservada mesmo nesse momento, ficando claro por meio desse trabalho que existe uma demanda com relação ao tema, já que as pessoas gostariam de estar informadas e decidir sobre os aspectos relativos a sua saúde.

Conforme mencionado, atualmente está em tramitação no Senado o Projeto de Lei nº 149 de 2018, que trata do tema, mais especificamente sobre as "diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde". Contudo, visto que ainda não ocorreu a sua aprovação e os debates não avançaram, optou-se por não comentar o texto legislativo neste trabalho.

Assim, percebe-se que o Brasil admite o Testamento Vital registrado em cartório, não sendo necessária a sua homologação judicial. Porém, a depender do caso, é possível que o documento não seja considerado, se existirem divergências entre os médicos, familiares e as decisões da própria pessoa acerca do que seria o cabível naquela situação. Dessa forma, é necessária uma segurança jurídica, garantindo que aquele que deseje fazer o documento possa ter a tranquilidade de que a sua vontade será respeitada no momento oportuno, estando o assunto sujeito a abordagens distintas ao longo dos próximos anos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Célia Barbosa. Testamento Vital entre o Neoconstitucionalismo e o Constitucionalismo Andino. **Revista Jurídica Cesumar**. vol. 13, n. 1, p. 75-95, jan./jun. 2013.
- BACKES, Débora. O que diz a legislação e como funciona a prática do suicídio assistido. **Revista Galileu**. Disponível em: <https://glo.bo/34Npd8f>.
- BATISTA E SILVA, Henrique. Beneficência e Paternalismo Médico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 2): p. 419-425 dez., 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2SzyBql>.
- BAUSO, Matías. **El dramático caso de Karen Ann Quinlan: 10 años de agonía y una batalla legal para permitir una muerte digna**. Disponível em: <https://bit.ly/30QIBkF>.
- BELTRÃO, Sílvio Romero. O Consentimento Informado e sua Dinâmica na Relação Médico-Paciente: natureza jurídica, estrutura e crise. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito/UFRGS**, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 2, p. 501-537, 2014.
- BOMTEMPO, Tiago Vieira. **Diretivas antecipadas: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente**. Disponível em: <https://bit.ly/3iFVbs2>.
- CENTER FOR PRACTICAL BIOETHICS. **The Case of Nancy Cruzan**. Disponível em: <https://bit.ly/315gFbJ>.
- CERVI, Taciana. Cuidados paliativos e Autonomia do Paciente Terminal: reflexões sobre o testamento vital no Brasil. **Revista Videre**, Dourados, MS, v.10, n. 20, p. 99-113. jul./dez. 2018.
- COGO, Silvana Bastos; LUNARDI, Valéria Lerch. Diretivas Antecipadas: uma análise documental no contexto mundial. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. vol. 27. n. 3. Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/33Xag4f>.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de dezembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2HVjRzY>.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.805/2006**. Disponível em: <https://bit.ly/30ZdK14>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995/2012**. Disponível em: <https://bit.ly/2GUuFOA>.

CORRÊA, Felipe Abu-jamra et al (Org.). **Estudos da Comissão Especial de Direito Médico da OAB Tocantins: Reflexões e Perspectivas**. Curitiba: Instituto Memória. Centro de Estudos da Contemporaneidade, 2018.

CRM - PR - Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. **Juramento de Hipócrates**. Disponível em: <https://bit.ly/3jDhuQs>.

DADALTO, Luciana. **A judicialização do testamento vital: análise dos autos n. 1084405-21.2015.8.26.0100/TJSP**. Disponível em: <https://bit.ly/310up7C>.

_____. A necessidade de um modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade para o Brasil: estudo comparativo dos modelos português e franceses. **Revista M**. Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, p. 443-460, jul./dez. 2016.

_____. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Revista de Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 28, p. 61-71, maio 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2GKHH0O>.

_____. **Testamento Vital**. 5. ed. Indaiatuba: Editora Foco, 2020.

EL PAIS. **Número de doentes que vão à Suíça para se suicidar dobra em quatro anos**. Disponível em: <https://bit.ly/2GVYSwU>.

ESPAÑA. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**. Disponível em: <https://bit.ly/374Nt8Q>.

FARAH, Elias. **Temas de Direito Médico**. São Paulo: Letras Jurídicas, 2016.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 12. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2014.

_____. **Medicina Legal**. 10. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2015.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: Direito das Sucessões**. vol. 7. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

_____. **Direito Civil: parte geral**. 23 ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

IBGE. **PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública**. Disponível em: <https://bit.ly/2SC22Ig>.

LIMA, Meiriany Arruda. O testamento vital à luz do ordenamento jurídico brasileiro e o princípio *pro homine*. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, vol. 7, n. 1, p. 12-28, jan./mar. 2018.

LÔBO, Paulo. **Direito Civil: Sucessões**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

MARTINEZ, Sergio; LIMA, Adaiana. O Testamento Vital e a Relação Médico-Paciente na perspectiva da Autonomia Privada e da Dignidade da Pessoa Humana. **Revista de Bioética y Derecho**, n. 37, 2016, p. 103-120.

MARTIRE JUNIOR, Lybio. História da Medicina: especialidades médicas. **Revista Ser Médico**, São Paulo, v. 63, p. 36-38, abr./maio/jun. 2013. Trimestral. Disponível em: <https://bit.ly/3d921Fd>.

MINAS GERAIS. **Lei nº 16.279, de 20 de julho de 2006**. Disponível em: <https://bit.ly/2FnYfeR>.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 30 ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Atlas, 2014.

NADER, Paulo. **Curso de Direito Civil: Direito das Sucessões**. vol. 6. 7. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

O ESTADO DE SÃO PAULO. **Pais de menina morta sem transfusão vão a júri**. Disponível em: <https://bit.ly/3nwDFu6>.

PARANÁ. **Lei nº 14.254, de 04 de dezembro de 2003**. Disponível em: <https://bit.ly/33Uav0a>.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional Descomplicado**. 14. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2015.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de Direito Civil: Direito das Sucessões**. vol. 6. 24. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

_____. **Instituições de Direito Civil: Introdução ao Direito Civil e Teoria Geral de Direito Civil**. vol. 1. 30. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

PESSINI, Leo. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** São Paulo: Edições Loyola, 2004.

PORTUGAL. **Lei 25/2012, de 16 de julho.** Disponível em: <https://bit.ly/34Spebb>.

Processo de nº 0014718-75.2007.4.01.3400, da 14ª Vara Federal do Distrito Federal. Disponível em: <https://bit.ly/3j17cIV>.

RAPOSO, Vera Lúcia. Directivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida. **Revista do Ministério Público**, p. 171-219, jan./mar. 2011.

SAGASTUME, Juan José Etxeberria. El Testamento Vital. **Estudios Eclesiásticos. Revista de investigación e información teológica y canónica** vol. 80, n. 315, p. 813-828, nov. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/33Um6fp>.

SANTOS, Pamela Priscila Probst; HAAS, Adriane. Testamento Vital no Brasil. **Revista Thêma et Scientia**. vol. 4, n. 1, p. 78-87. jan/jun 2014.

SÃO PAULO. **Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999.** Disponível em: <https://bit.ly/2GQQyOZ>.

STF - Notícias. **Supremo irá decidir se testemunhas de Jeová podem exigir procedimento médico sem transfusão de sangue.** Disponível em: <https://bit.ly/3d6j7Un>.

STF - Portal. **Procuradora-geral da República busca garantir a Testemunhas de Jeová o direito de recusar transfusões de sangue.** Disponível em: <https://bit.ly/3iHPs55>.

VEAKH, Robert M. As Comissões de Ética hospitalar ainda têm função? **Revista Bioética**, v. 6, n. 2. Disponível em: <https://bit.ly/2GHi8xV>.

V Jornada de Direito Civil. **Enunciado 403.** Disponível em: <https://bit.ly/34SE5Cb>.

VI Jornada de Direito Civil. **Enunciado 533.** Disponível em: <https://bit.ly/3iOmd0l>.