

**KARINE KHAREN SILVA**

**FACULDADE DOCTUM DE JOÃO MONLEVADÉ**

**TESTAMENTO VITAL: SOB A ÉGIDE CONSTITUCIONAL DO DIREITO À VIDA E  
OS DIREITOS DE LIBERDADE E DE UMA MORTE DIGNA.**

**João Monlevade  
2018**

**KARINE KHAREN SILVA**

**FACULDADE DOCTUM DE JOÃO MONLEVADE**

**TESTAMENTO VITAL: SOB A ÉGIDE CONSTITUCIONAL DO DIREITO À VIDA E OS DIREITOS DE LIBERDADE E DE UMA MORTE DIGNA.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Faculdade Doctum de João Monlevade, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.**

**Área de concentração: Biodireito e Direito Constitucional**

**Prof. Orientador: MSc. Walter Veloso Dutra**

**João Monlevade  
2018**



**FACULDADE DOCTUM DE JOÃO MONLEVADE**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: TESTAMENTO VITAL: SOB A ÉGIDE CONSTITUCIONAL DO DIREITO À VIDA E OS DIREITOS DE LIBERDADE E DE UMA MORTE DIGNA foi aprovado por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo curso de Direito da Faculdades Doctum de João Monlevade, como requisito parcial da obtenção do título de

**BACHAREL EM DIREITO.**

João Monlevade, \_\_\_ de dezembro de 2018

---

MSc. Walter Veloso Dutra

Prof. Orientador

---

Nome Completo

Prof. Examinador 1

---

Nome Completo

Prof. Examinador 2

A minha rainha, minha mãe, Irany, ao meu companheiro, Genilson e a todos os membros da minha família, em especial, as minhas tias Tânia e Carminha e aos meus irmãos e ao sobrinho, por toda dedicação, compreensão e amor incondicional. Por sempre me apoiarem e jamais perderem a crença em mim, principalmente em meus momentos mais árduos, constituindo-se – assim – em meus principais incentivadores. Ao meu pai (in memoriam) que cumpriu sua missão na Terra com excelência e destemor, que hoje descansa junto ao nosso criador. Sua lembrança foi eternizada em meu coração.

Dedico-lhes este trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que, através de sua onipresença em minha vida, me capacitou com sabedoria e força necessária para que eu conseguisse me dedicar integralmente a este trabalho.

Agradeço a todos da minha família, que através de gestos de carinho e apoio, me incentivaram e aceitaram minhas limitações durante esta caminhada. As minhas tias amadas, Carminha e Tânia, pelos sábios conselhos de vida e pela torcida. A minha sogra e ao meu sogro por toda assistência prestada. As minhas colegas de curso, Bárbara e Cinara, que se tornaram companheiras e amigas inseparáveis. Foram tantas conversas, colos e incentivos. Aos meus colegas de trabalho da Anglo Gold Ashanti, em especial a Dani Crescêncio, Glailson Gomes, Fábio Lopes, Wgo d'Leon e Luiz Antunes, que me aturaram nos momentos de stress e desabafos... rrsrs.... Vocês fazem parte da minha história. A minha amiga Carol e a meu amigo Cris que me incentivaram e estiveram presentes nos momentos que mais precisei. Vocês são os irmãos de coração que Deus me deu de presente.

Não poderia me esquecer também do meu orientador, Walter Veloso Dutra, que, com muita motivação, conduziu-me na elaboração deste trabalho, desde a escolha do tema aos últimos detalhes a serem acertados. Seus ensinamentos me foram cruciais.

Por fim, agradeço ao Professor Filipy Salvador Pereira Bicalho, meu exemplo de profissional, garra e determinação, por todas as palavras de incentivo e apoio durante estes cinco anos. Filipinho, você é especial!

“A morte não é um mal: porque liberta o homem de todos os males, e ao mesmo tempo que os bens, tira-lhe os desejos. A velhice é o pior dos males: porque priva o homem de todos os prazeres, deixando-lhe deles todos os apetites; e traz consigo todas as dores. Não obstante, os homens temem a morte e desejam a velhice. ” (Giacomo Leopardi,1937).

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

D.O.U. Diário Oficial da União

PSDA Patient Self-Determination Act

CF/88 Constituição da República Federativa do Brasil (1988)

CFM Conselho Federal de Medicina

EUA Estados Unidos da América

## RESUMO

O presente trabalho versa sobre a aplicação do testamento vital e os reflexos jurídicos conferidos após a Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina e sua eficácia jurídica no Ordenamento Jurídico Brasileiro. Este estudo, tem como finalidade a compreensão do conceito do instituto do testamento vital e de conceitos doutrinários de terminalidade da vida, identificando, os principais reflexos da evolução médico científica na manutenção da vida. Traz uma análise conceitual dos direitos fundamentais e princípios constitucionais de liberdade, autonomia privada, dignidade da pessoa humana, sob a égide do direito a morte digna quando em submissão ao direito a vida. Foram realizadas pesquisas acerca da matéria através de renomados autores, jurisprudências e o direito comparado a países que adotaram o instituto do testamento vital em seu Ordenamento Jurídico. Por fim, concluiu-se que, embora seja notável a evolução, o entendimento e adesão do testamento vital no Brasil, após editada a Resolução nº 1.995, surgiram discursões e polêmicas acerca da matéria, diante a carência de legislação, o que demonstra a necessidade de regulamentação do instituto do testamento vital no Ordenamento Jurídico Brasileiro.

**Palavras-chave:** Direito a vida. Morte digna. Dignidade da pessoa humana.  
Testamento Vital. Ordenamento Jurídico.

## **ABSTRACT**

The present paper deals with the application of the living will and the legal reflexes conferred after Resolution 1.995 / 12 of the Federal Medical Council and its legal effectiveness in the Brazilian Legal Order. This study aims at understanding the concept of the institute of the living will and doctrinal concepts of termination of life, identifying the main reflections of scientific medical evolution in the maintenance of life. It brings a conceptual analysis of the fundamental rights and constitutional principles of freedom, private autonomy, dignity of the human person, under the aegis of the right to a dignified death when in submission to the right to life. Research was conducted on the subject through renowned authors, jurisprudence and comparative law to countries that adopted the institute of living will in its Legal Order. Finally, it was concluded that, although the evolution, understanding and adhesion of the living will in Brazil, after issuing Resolution nº 1.995, were notable, discussions and controversies about the matter arose, due to the lack of legislation, which demonstrates the need of regulation of the institute of the vital will in the Brazilian Legal Order.

**Keywords:** Right to life. Worthy death. Dignity of human person. Living Will. Legal order.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>DIREITOS FUNDAMENTAIS .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Os princípios fundamentais de liberdade, autonomia privada e dignidade da pessoa humana sob a ótica do direito à vida .....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>SITUAÇÕES DE TERMINALIDADE DA VIDA .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Eutanásia .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Suicídio assistido .....</b>	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>Ortotanásia .....</b>	<b>21</b>
<b>3.4</b>	<b>Distanásia .....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>TESTAMENTO VITAL – DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE .....</b>	<b>23</b>
<b>4.1</b>	<b>Validade e eficácia no Brasil .....</b>	<b>24</b>
<b>4.2</b>	<b>Resolução do CFM 1.995/12 e seus reflexos jurídicos .....</b>	<b>25</b>
<b>4.3</b>	<b>Consentimento informado .....</b>	<b>26</b>
<b>4.4</b>	<b>A autonomia privada e situações de antecipação de vontade de pacientes terminais .....</b>	<b>28</b>
<b>4.5</b>	<b>Direito a Morte Digna .....</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>O TESTAMENTO VITAL E SUA APLICABILIDADE .....</b>	<b>31</b>
<b>5.1</b>	<b>O Testamento Vital e o Direito Comparado .....</b>	<b>31</b>
<b>5.2</b>	<b>O Testamento Vital e sua aplicação no Brasil.....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>37</b>
	<b>REFERÊNCIA .....</b>	<b>39</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa, tem por finalidade analisar o instituto do Testamento Vital, ainda não regulamentado no Brasil, levando aos leitores uma análise crítica sobre os reflexos sociais, culturais, religiosos e, principalmente jurídicos, conferidos após a Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina (ANEXO A), analisando sua validade e eficácia, mediante os preceitos fundamentais e constitucionais, resguardados constitucionalmente, de liberdade, autonomia privada e dignidade da pessoa humana quando submetidos aos direito a vida, a possibilidade e a necessidade de inclusão deste instituto no Ordenamento Jurídico Brasileiro.

Trará um breve estudo dos conceitos doutrinários acerca da eutanásia, distanásia, ortotanásia, suicídio assistido e o surgimento do Testamento Vital no Brasil. Identificará os principais reflexos da evolução médico científico na manutenção da vida, os conflitos éticos profissionais em situações reais e os efeitos do prolongamento artificial da vida para pacientes com doenças irreversíveis e incuráveis.

Analizará ainda os princípios constitucionais de liberdade, autonomia privada e da dignidade da pessoa humana, quando em consequência deste, houver prejuízos a qualidade de vida, buscando compreender: O Testamento Vital é constitucional? Até onde é válida a proteção ao direito a vida, mesmo que vivida sem dignidade? Quais os reflexos e conflitos éticos profissionais, principalmente jurídicos, conferidos após a Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina? Faz se necessária a inclusão deste instituto no Ordenamento Jurídico Brasileiro?

Por fim, fará uma análise das legislações estrangeiras existentes, ressaltando pontos relevantes de interpretação constitucional e a possível legalização no Brasil.

A pesquisa será estruturada em artigos científicos baseados em autores como, Luciana Dadalto (2013), Maria Carla Coutinho Nery (2014), Janaina Reckziegel e Beatriz Diana Bauermann Coninck (2015) e na Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina (2012) aos quais fazem parte conceitual e fundamental a este trabalho.

A pesquisa se formará através do método científico indutivo, fundando se na análise de casos concretos e particulares, doutrinas e artigos, sendo um estudo de natureza básica e bibliográfico, que buscará entender a validade do Testamento

Vital, consolidando as conclusões mediante a compreensão e entendimentos doutrinários e artigos científicos.

Propõe-se que, diante a leitura, haja a compressão dos fundamentos e fatores que influenciam o instituto do testamento vital, os direitos constitucionalmente previstos na Constituição Federal de 1988 que regem o direito à vida, o conhecimento das diversas situações de terminalidade de vida e as diretivas antecipadas de vontade, seus reflexos, eficácia e validade, na prática, após a Resolução de nº 1.995/12 do CFM (ANEXO A), ressaltando ainda as legislações estrangeiras acerca do tema e a necessidade de inclusão do instituto do testamento vital no Brasil.

## 2 DIREITOS FUNDAMENTAIS

A definição sintética de Constituição, segundo ALVES *apud* <sup>1</sup>CANOTILHO (2000, p. 1111/1112) é o “conjunto de normas jurídicas positivas (regras e princípios), geralmente plasmados num documento escrito (‘constituição escrita’, ‘constituição formal’), e que apresentam relativamente às outras normas do ordenamento jurídico caráter fundacional e primazia normativa”. Entende-se neste contexto a primazia constitucional sobre os demais atos normativos.

No que pese, os direitos fundamentais da pessoa humana, rege a CF/88 em seu artigo 5º, caput:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: {...} (BRASIL, 1988, p.3).

Os direitos fundamentais são positivados juridicamente na Constituição. Segundo ALVES *apud* <sup>2</sup>SARMENTO (2006, p. 4) “resultam de lutas e batalhas travadas no tempo, em prol da afirmação da dignidade humana”. Pode-se dizer que os direitos fundamentais são direitos subjetivos garantidos constitucionalmente que visam garantir os interesses do indivíduo ao qual irá impor seus interesses individuais em face aos órgãos estatais. Sendo tais direitos a base do ordenamento jurídico de um Estado Democrático de Direito, exercendo e cumprindo diversas funções, como o direito de defesa, garantia positiva do exercício da liberdade, de forma a garantir a proteção do indivíduo contra as ilegalidades do Poder Público. Desta forma, “o Estado fica obrigado a respeitar o núcleo de liberdade constitucionalmente assegurado ao indivíduo” ALVES *apud* <sup>3</sup>MENDES (2004, p. 2-3).

Os direitos fundamentais enquanto garantias positivas buscam a concretização do exercício da liberdade, assim, o Estado deve dispor de meios efetivos a possibilitar o indivíduo exercer seus direitos das liberdades públicas. Segundo Mendes, os direitos fundamentais “implicam uma postura ativa do Estado,

---

<sup>1</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito Constitucional*. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2000.

<sup>2</sup> SARMENTO, Daniel. *Direitos fundamentais e relações privadas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2006.

<sup>3</sup> MENDES, Gilmar Ferreira. *Direitos fundamentais e controle de constitucionalidade: estudos de direito constitucional*. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2004.

no sentido de que esse se encontra obrigado a colocar à disposição dos indivíduos prestações de natureza jurídica e material”, ALVES *apud* <sup>4</sup>GILMAR MENDES (2006, p. 6). Ressalta-se ainda que a proteção dos direitos fundamentais deve ser legitimada ao Estado, afim de proteger o indivíduo da agressão de terceiros de forma que, seja este, o guardião dos direitos fundamentais.

## **2.1 Os princípios fundamentais de liberdade, autonomia privada e dignidade da pessoa humana sob a ótica do direito à vida**

O direito à liberdade, está previsto no artigo 5<sup>a</sup> da Carta Magna, e este limitado ao ser humano quando o exercício deste direito vir a limitar ou privar a vida de outrem. Neste sentido, a interpretação dada a este dispositivo, se forma diante a proteção do direito a inviolabilidade do direito à vida praticada por terceiros, não resultando, porém, ao titular, a indisponibilidade deste.

No âmbito internacional, também é resguardado o direito à vida, conforme prevê o artigo <sup>54</sup>º do Pacto de São José da Costa Rica e também o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos das Nações Unidas em seu artigo <sup>66</sup>º, dos quais subscreve o Brasil, assentando que, do direito à vida, nenhum indivíduo poderá ser privado de forma despótica.

A corrente vitalista Diniz (2007) traz uma interpretação conservadora, a qual entende ser, a inviolabilidade a vida, pressuposto existencial para os demais direitos fundamentais, sendo a vida um direito absoluto e indisponível, sendo vedado assim as práticas de terminalidade da vida. No entanto, não há de se confundir a inviolabilidade com indisponibilidade do direito à vida, já que a inviolabilidade se dá quando há a atuação de terceiros e a indisponibilidade é um direito do indivíduo, do qual não pode despojar de determinados direitos a ele concedidos.

Diante as interpretações, literária e legislativa, compreende-se que, o direito à vida, não pode ser exercido de forma desmedida, no entanto, é notável a ausência de vedação do direito de viver a vida sem meios artificiais de sobrevivência

---

<sup>4</sup> MENDES, Gilmar Ferreira. *Direitos fundamentais e controle de constitucionalidade: estudos de direito constitucional*. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2004.

<sup>5</sup> Art. 4º. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela Lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.

<sup>6</sup> Art. 6º. O direito à vida é inerente à pessoa humana. Este direito deverá ser protegido pela lei. Ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida

Vislumbra-se, uma interpretação errônea de submissão dos demais direitos, quanto ao direito a vida, que se baseia a corrente vitalista, uma vez que, a vida não deve ser interpretada como um direito absoluto, devendo ser os demais direitos previstos em lei, ponderados e relativizados, conforme a realidade em cada caso concreto. O direito a vida deve comungar com os demais direitos positivados constitucionalmente, havendo limitação deste, quando restringidos os demais. Elucida, NERY *apud* <sup>7</sup>NUCCI (2009, p. 581-582), em seu Código Penal Comentado, ao introduzir o capítulo, Crimes contra a vida', sobre a relativização do direito à vida:

Em regra, protege-se a vida, mas nada impede que ela seja perdida, por ordem do Estado, que se incumbiu de lhe dar resguardo, desde que interesses maiores devam ser abrigados. O traidor da pátria, em tempo de guerra, não tem direito ilimitado à vida. A mulher, ferida em sua dignidade como pessoa humana, porque foi estuprada, merece proteção para decidir pelo aborto. O seqüestrador pode ser morto pela vítima, que atua em legítima defesa. Em fim, interesses podem entrar em conflito e, conforme o momento, a vida ser o bem jurídico de menor interesse para o Estado, o que não o torna menos democrático.

Em que pese, os posicionamentos expostos, o artigo 5º da CF/88 e o direito à vida não devem ser interpretados de forma absolutista, mas compreendidos de forma que, haja a ponderação dos direitos fundamentais em cada caso concreto, tendo como uma de suas principais características a relativização. Os direitos fundamentais devem viver em harmonia, podendo ser o direito à vida limitado, quando este divergir-se com os demais direitos. Entende-se que, deve haver uma ponderação entre os direitos fundamentais, e que, em caso de colisão entre eles deve-se analisar de forma equilibrada um sobre o outro, de forma a decidir pelo maior e mais adequado interesse diante de cada caso concreto.

Elucida Nery, *apud* <sup>8</sup>MORAIS (2003, p. 61) “os direitos e garantias fundamentais consagrados pela Constituição Federal não são ilimitados, uma vez que encontram seus limites nos demais direitos igualmente consagrados pela carta Magna (princípio da relatividade)”.

Neste sentido, Nery *apud* <sup>9</sup>SARMENTO (2006, p. 293), “apesar da relevância ímpar que desempenham nas ordens jurídicas democráticas, os direitos fundamentais não são absolutos. A necessidade de proteção de outros bens

---

<sup>7</sup> NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 9ª Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

<sup>8</sup> MORAIS, Alexandre de. Curso de Direito Constitucional. 14 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

<sup>9</sup> SARMENTO, Daniel. GALDINO, Flávio. Direitos Fundamentais: estudos em homenagem ao professor Ricardo Lobo Torres. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

jurídicos diversos, também revestidos de envergadura constitucional, pode justificar restrições aos direitos fundamentais”.

Neste contexto de proteção a vida, inicia-se a interpretação acerca da autonomia privada. O conceito de autonomia provém da antiga Grécia, *autós* (próprio) e *nomos* (norma), a qual tem o significado de autogoverno e auto legislação, sendo compreendido, após o iluminismo europeu como uma propriedade individual.

Kant<sup>10</sup>, contribuiu para o estudo da autonomia idealizando que o homem é o único ser dotado de razão, da qual é capaz de se autodeterminar, concluindo assim, ser o homem um ser dotado de autonomia. No conceito kantiano, “a autonomia é compreendida através da escolha e o agir da qual se submete como legislador das leis das quais se submete. A vontade pressupõe a liberdade sendo esta um atributo especial da vontade de todos os seres racionais” RECKZIEGEL e CONINCK *apud* <sup>11</sup>KANT (2009, p. 351). Salva guarda Kant que, “a vontade perfeita estaria em harmonia com a moralidade e com as leis objetivas”, NERY *apud* <sup>12</sup>KANT (2002, p. 51-64 a qual se limitava a autonomia, sendo esta boa, quando em consonância e aceitação da sociedade.

A autonomia privada, trazida pelo Estado Social, permite a intervenção estatal nas relações privadas, relação esta estreitada pelo poder privado e público, na qual a autonomia serve como garantia do Estado Democrático de Direito, sendo ambas regidas pelo direito, que é visto como um conjunto de normas, formadas por leis e também por princípios constitucionais, ao qual está incluso o princípio da dignidade da pessoa humana, passa-se a analisar adiante.

A evolução do conceito de autonomia não deve ser considerada como sinônimo de liberdade, uma vez estar a “autonomia” regida dentre os limites impostos pelo Ordenamento Jurídico. Conforme elenca BARBOZA *apud* <sup>13</sup>BARBOZA, (2010, p. 36-37), a autonomia privada deve servir de instrumento para a concretização da dignidade humana. Neste sentido, destaca Shereiber:

---

<sup>10</sup> Filósofo alemão do século XVIII, Immanuel Kant foi um dos principais pensadores do período moderno da filosofia. Disponível e: <https://www.infoescola.com/biografias/immanuel-kant/>. Acessado em 04 de setembro de 2018.

<sup>11</sup> KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. Trad. Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Caret, 2002.

<sup>12</sup> KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. Trad. Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Caret, 2002.

<sup>13</sup> BARBOZA, Heloísa Helena. A autonomia da vontade e a relação médico-paciente no Brasil. *Lex Medicinæ. Revista Portuguesa de Direito da Saúde*. Coimbra, v. 1, n. 2, jul./dez. 2004, pp. 05-14.

A ordem jurídica não é contra ou a favor da vontade. É simplesmente a favor da realização da pessoa, o que pode ou não corresponder ao atendimento da sua vontade em cada caso concreto. Se a dignidade humana consiste, como se viu, no próprio “fundamento da liberdade”, o exercício dessa liberdade por cada indivíduo só deve ser protegido na medida em que corresponda a tal fundamento *apud* <sup>14</sup>SCHREIBER (2011, p. 26).

Entende-se que o princípio da dignidade humana, prevista no art.1º, inciso 3º, da CF/88, é o fim ao qual se baseia a vida, constituindo-se como um direito supremo ao qual se move os demais direitos. Desta forma, através da ponderação entre os demais direitos e dentro da razoabilidade, a dignidade da pessoa humana promove a solução dos conflitos sendo o princípio norteador em cada caso concreto.

Os direitos fundamentais baseiam-se, portanto, na materialização da dignidade da pessoa humana, reconhecida por si, quando positivados os demais direitos fundamentais elencados na Constituição Federal. Traduz, portanto, a ideia de que a Dignidade da Pessoa Humana está associada a proteção de todos os direitos essenciais a existência humana.

Assevera Fernandes Silva e Barbosa Gomes *apud* <sup>15</sup>NUNES (2007, p.45) ser a dignidade:

o primeiro fundamento de todo o sistema constitucional posto e o último arcabouço da guarda dos direitos individuais, funcionando como princípio maior para a interpretação de todos os direitos e garantias conferidas a estes constitucionalmente.

Assim sendo, entende-se haver vida com dignidade quando houver a concretização dos demais direitos fundamentais previstos constitucionalmente. O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana exerce papel fundamental e basilar e tem como fim a unicidade dos demais direitos fundamentais.

---

<sup>14</sup> SCHREIBER, Anderson. **Direitos da personalidade**. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

<sup>15</sup> NUNES, Luiz Antônio Rizzatto. *O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência*. São Paulo: Saraiva, 2007, 127 p.

### 3 SITUAÇÕES DE TERMINALIDADE DA VIDA

Ao abordar o testamento vital, faz-se necessário entender e analisar as diversas formas de terminalidade da vida, uma vez que, pode este ser relacionado a outras práticas médicas que, por vezes, possam confundir seu conceito originário. Assim, se faz necessário trazer algumas definições que ilustram a diferença entre eles.

Registra-se que a definição da palavra terminalidade<sup>16</sup>, está inserida no vocábulo brasileiro, sendo definida como qualidade do que é terminal ou como estado clínico grave e irreversível, que precede uma morte próxima. Neste sentido, NERY *apud* <sup>17</sup>TELLES e COLTRO (2010, pp. 290-291), afirmam que:

A terminalidade da vida é uma condição diagnosticada pelo médico diante de um enfermo com doença grave e incurável: há, portanto, uma “doença em fase terminal” e não um “doente terminal” e assim a prioridade deve ser a pessoa doente não mais o tratamento da doença, buscando o bem estar físico e emocional do paciente.

Neste contexto, serão analisadas as situações em que os pacientes estão acometidos a doenças em estado terminal, consideradas como doenças incuráveis, progressivas e irreversíveis, das quais necessita o ser humano de cuidados especiais.

Cabe ainda ressaltar que, pacientes em doenças em estado terminal diferem-se dos pacientes em estado vegetativo, uma vez que, os pacientes em estado vegetativo têm suas funções vitais delimitadas e involuntárias, sendo possível a permanência da vida por longos anos e até mesmo a reversão do quadro clínico, já o paciente em estado terminal está acometido a doenças graves em que a cura não será mais alcançada, gerando assim, expectativa mínima de vida, implicando, na maioria das vezes, em sofrimento físico e psicológico. Neste sentido, Moutinho Nery *apud* <sup>18</sup>FRANÇA (2007, pp. 501) afirma que “como paciente terminal, entende-se aquele que, na evolução da sua doença, não responde mais a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, sem condições, portanto de cura ou de prolongamento da sobrevivência. ”

<sup>16</sup> Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2013.

Disponível em: <https://www.priberam.pt/dlpo/terminalidade>. Acessado em 11 de set. de 2018]

<sup>17</sup> TELLES, Marília Campos Oliveira e COLTRO, Antônio Carlos Mathias. A morte digna sob a ótica judicial. **Vida, Morte e Dignidade Humana**. Rio de Janeiro: Editora GZ, pp. 277-302. 2010.

<sup>18</sup> FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 7ª ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S/A, 2004.

Visando aprimorar o entendimento acerca do tema, serão analisados alguns procedimentos relacionados ao fim da vida: a eutanásia, ortotanásia, distanásia e o suicídio assistido.

### 3.1 Eutanásia

A <sup>19</sup>eutanásia pode ser definida como morte sem dor nem sofrimento ou como o direito a uma morte sem dor nem sofrimento para doentes incuráveis, praticada com o seu consentimento, de forma digna e medicamente assistida. Etimologicamente, este termo se originou a partir do grego *eu+thanatos*, que pode ser traduzido como “boa morte” ou “morte sem dor”.

A Eutanásia era inicialmente conhecida como uma forma de abreviação da dor, em que o paciente recebia somente cuidados terapêuticos, afim de reduzir a ou até mesmo evitar a dor e o sofrimento resultantes da doença. Atualmente esta denominação é definida como Ortotanásia, a qual iremos abordar mais adiante. Entende-se, em tese, que, a prática da eutanásia, ainda que possível a cura, visa a antecipação da morte de um paciente.

Ao longo dos anos, surgiram diversas acepções de eutanásia, como por exemplo: servir como método de seleção de raças (eutanásia eugênica), como práticas econômicas em que se extinguiu pessoas consideradas inúteis para a sociedade (eutanásia econômica) e até mesmo eutanásia religiosa ao qual concedia-se vidas a Deus.

Atualmente a eutanásia é vista como uma forma de abreviar a morte, através de terceiro, médico ou familiar, que provido de compaixão, visa extinguir a vida sem sofrimento, como forma de solidariedade e humanização ao paciente. Para que se caracterize a eutanásia, deve ser compor a ação, o sentimento de misericórdia, extinguindo assim o caráter homicida da ação. Ademais, ressaltasse que a vontade do paciente é primordial para que ocorra a eutanásia.

A eutanásia pode ser dividida em eutanásia voluntária, também conhecida como eutanásia consentida e eutanásia involuntária, também conhecida como eutanásia não consentida. A eutanásia voluntária pode ser entendida como uma morte provada a partir da vontade do paciente, com ajuda de outrem. Já a eutanásia

---

<sup>19</sup> Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2013. Disponível em: <https://www.priberam.pt/dlpo/eutan%C3%A1sia> Acessado em 12 de set. de 2018.

involuntária é entendida quando o resultado da morte não é resultado da escolha ou aceitação do paciente. Cabe ainda ressaltar que, a prática da eutanásia é ilegal, vedada no Brasil tornando-se um assunto extremamente polêmico.

### 3.2 Suicídio Assistido

Na mesma linha de pensamento da eutanásia, encontra-se o suicídio assistido, do qual consiste em atuação de terceiro, médico, de forma intencional, do qual disponibiliza de meios e informações para que se cometa o chamado suicídio. O que difere a eutanásia do suicídio assistido é que no segundo quem administra e atua na morte é o próprio paciente. “No suicídio assistido, há apenas uma colaboração para a prática do ato, na eutanásia, de modo diverso, é o terceiro quem executa o gesto humanitário” NERY *apud* <sup>20</sup>PESSOA (2013, pp. 85-86). Os requisitos para que se acometa ao suicídio assistido é que o paciente possua plena capacidade mental e que este requisite voluntariamente a dose letal da qual dará fim a sua vida.

A corrente vitalista opõe-se aos argumentos do suicídio assistido, defendendo a ideia de que os médicos não devem transmitir aos suicidas as formas de abreviação da vida. “A eles não é dado o direito de poupar o sofrimento dos seus pacientes desta maneira” NERY *apud* <sup>21</sup>DINIZ (2007, pp. 20-103 e 334-376); FRANÇA (2007, pp. 510-515).

No Brasil todo tipo de eutanásia, assim como o suicídio assistido, não é permitido, sendo considerado crime. Através da Resolução nº 1.805/2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM), permite a interrupção de tratamentos de doenças em fase terminal, sendo esta prática definida como a ortotanásia, a qual iremos posteriormente definir.

---

<sup>20</sup> PESSOA, Laura Scalldaferrri. **Pensar o final e a honrar a vida: direito à morte digna**. São Paulo: Saraiva, 2013.

<sup>21</sup> DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 4ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2007.  
FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 7ª ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S/A, 2004.

### 3.3 Ortotanásia

A ortotanásia consiste na prática omissiva do médico que deixará de empregar os meios médicos científicos para a manutenção da vida de um paciente, apressando assim a sua morte. Na prática, o médico não utiliza de recursos, como a suspensão de medicamentos ou aplicação de medidas artificiais que venham a aliviar as dores e o sofrimento de um paciente. Segundo LEÃO *apud* <sup>22</sup>DINIZ (2009, p. 383) a ortotanásia “consiste na ajuda dada pelo médico ao processo natural da morte”.

Para que a ortotanásia seja aplicada, deve o paciente ser diagnosticado em estado terminal da vida ou doença incurável e irreversível, da qual a aplicação de meios artificiais de prolongamento e manutenção da vida seriam inviáveis. Cabe ressaltar ainda que, é necessário o consentimento do paciente ou daquele por ele responsável para que ocorra a prática da ortotanásia.

“O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução n° 1.805/2006, aprovou o procedimento da ortotanásia para pacientes considerados em estado terminal ou incurável, de modo a poupar de tratamentos inúteis ou dolorosos” segundo LEÃO *apud* <sup>23</sup>DINIZ (2009, p. 384). Cabe ressaltar que, na prática, a ortotanásia, deve ser fundamentada e registrada em prontuário médico.

A prática da ortotanásia fundamenta-se na perspectiva de evitar o sofrimento do paciente e de seus familiares, isentando o primeiro de ser submetido a tratamentos inúteis e o segundo de acompanhar o fim sofrido do seu ente querido, sem que haja perspectiva de vida. Importante ressaltar que a dignidade humana do paciente é razão maior para a prática da ortotanásia.

### 3.4 Distanásia

A palavra distanásia<sup>24</sup> é originária do grego onde dis significa "afastamento" e thanatos quer dizer "morte". Pode ser definida como morte difícil ou morte lenta e dolorosa. Ao contrário da eutanásia, a distanásia objetiva o prolongamento da morte.

---

<sup>22</sup> DINIZ, Maria Helena. *O Estado atual do biodireito*. 6ª ed., rev., aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2009.

<sup>23</sup> DINIZ, Maria Helena. *O Estado atual do biodireito*. 6ª ed., rev., aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2009.

<sup>24</sup> Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. 2008-2013. Disponível em:

Refere-se a obstinação terapêutica, ou seja, ao uso de técnicas de prolongamento artificial aplicadas de forma exagerada e irracional, a qual busca a todo custo a manutenção da vida, mesmo que esta cause dores e sofrimento ao paciente.

A prática da distanásia deve ser observada com criticidade, uma vez que, os avanços médicos científicos e tecnológicos, quando aliados a vontade humana, podem ser utilizados de forma insensata prolongando o processo natural de extinção da vida. Percebe-se que a vida, neste sentido, passa a não ser o bem a postergar, mas sim a morte e o sofrimento, não somente do paciente, mas também de seus familiares que acompanham o quadro de enfermidade com angústia.

Nas palavras de Franco Leão *apud*<sup>25</sup>DINIZ (2009, p. 391):

Pela distanásia, também designada obstinação terapêutica (L'acharnement thérapeutique ou futilidade médica (medical futility), tudo deve ser feito mesmo que cause sofrimento atroz ao paciente. Isso porque a distanásia é a morte lenta e com muito sofrimento. Trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo da morte. Para Jean-Robert Debray, é o comportamento médico que consiste no uso de processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que o mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível, e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis.

Neste contexto polêmico, discutisse se a distanásia seria uma forma sem limites de prolongar não somente a vida, mas o sofrimento do paciente, de forma que este venha a perder sua identidade e dignidade.

---

<https://www.priberam.pt/dlpo/distan%C3%A1sia>. Acessado em 13 set.2018

<sup>25</sup> DINIZ, Maria Helena. *O Estado atual do biodireito*. 6ª ed., rev., aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2009.

#### 4 TESTAMENTO VITAL – DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

A crescente evolução da ciência médica e tecnológica vem possibilitando cada vez mais o prolongamento artificial da vida humana. Em um contexto histórico, a decisão de manter ou não a vida de um paciente, depende, em tese, do profissional médico, ao qual através de sua avaliação, opta em interromper um tratamento ou em despende de grandes esforços para se manter uma vida.

Ao longo dos anos, a relação médico-paciente vem sofrendo grandes evoluções. Antes, uma relação verticalizada, onde o médico detinha do poder de decisão sobre qual tratamento o paciente deveria ser submetido, atualmente, uma relação horizontalizada, na qual se baseia na autonomia do paciente na tomada de decisões sobre sua vida. É neste contexto, que se apresenta, de um lado, a autonomia de um paciente sobre sua vida e, do outro, a evolução médica tecnológica, capaz de adiar a morte de um ser humano por um prazo indefinido, o que gerou grandes controversas e criou alicerces para discussões sobre o direito de morrer de um indivíduo.

O testamento vital, também denominado como diretivas antecipadas de vontade, pode ser compreendido como um documento escrito de vontade antecipada, no qual o ser humano atesta, previamente, sobre sua própria vida, demonstrando e registrando aos quais tratamentos e condutas médicas deseja ser submetido em uma situação de estágio final da vida, em que sua capacidade esteja limitada, não sendo possível assim expressar sua vontade.

A declaração prévia de vontade do paciente terminal é um documento escrito por uma pessoa capaz, no pleno exercício de suas capacidades, com a finalidade de manifestar previamente sua vontade, acerca dos tratamentos e não tratamentos a que deseja ser submetido quando estiver impossibilitado de manifestar sua vontade, diante de uma situação de terminalidade. *apud*<sup>26</sup>DADALTO (2013).

O primeiro país a discutir sobre o testamento vital foi os Estados Unidos da América (EUA) ao debater sobre a autonomia individual, intermediado pelo defensor de direitos humanos, Luis Kurtiner<sup>27</sup>, que através da publicação de um artigo científico, tratou sobre o direito de morrer reconhecendo a ilicitude da eutanásia e do

---

<sup>26</sup> DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

<sup>27</sup> Foi um ativista e advogado dos direitos humanos dos EUA que co-fundou a Anistia Internacional com Peter Benenson em 1961, e criou o conceito de testamento vital. Disponível em: [https://en.wikipedia.org/wiki/Luis\\_Kutner](https://en.wikipedia.org/wiki/Luis_Kutner) Acessado em 20 set.2018.

suicídio assistido, o que permitia ao paciente o poder de decidir sobre sua própria vida. Dentre suas obras, cita-se o *living will*<sup>28</sup>, documento que determinava a recusa, por escrito, de um paciente, em fase terminal diagnosticada, a ser submetido a determinados tratamentos, sendo que, sua vontade manifesta iria sobrepor a qualquer decisão médica ou até mesmo de familiares e amigos, podendo ser revogado a qualquer momento, antes que perdesse este seu estado de consciência. Em 1991, entra em vigor o Patient Self-Determination Act (PSDA)<sup>29</sup> ao qual confirma o testamento vital com documento jurídico válido no país.

#### 4.1 Validade e eficácia no Brasil

O testamento vital pode ser visto como um instrumento de grande conquista, ao qual objetiva e tutela a dignidade da pessoa humana daqueles pacientes que se encontram em situações de sofrimento, aguardando somente a morte, de forma lenta e dolorosa. Contudo, diferente de países como Alemanha, Espanha, EUA e Portugal, no Brasil, o testamento vital não é regulamentado, não possuindo assim eficácia jurídica.

Ocorre que, os brasileiros, carregam consigo uma concepção naturalista da morte, sobre o paradigma de que, qualquer ação que impeça o desenvolvimento natural da vida, incorre na falta de ética e imoral, sendo, portanto, a interrupção da vida uma ação totalmente perversa.

Com a introdução da ideologia liberal construída após as revoluções burguesas, abriu-se espaço para discursões acerca da liberdade e do respeito como valores do ser humano, ao qual detinha direitos mínimos, como o direito à “vida” e a “integridade física” que integravam por si, o direito e o exercício da autonomia

---

<sup>28</sup> Uma diretriz antecipada de saúde, também conhecida como *vai viver*, *directiva pessoal*, *diretriz antecipada*, *directiva médica* ou *decisão antecipada*, é um documento legal em que uma pessoa especifica quais ações devem ser tomadas para a sua saúde, se eles já não são capazes de tomar decisões por causa de doença ou incapacidade. Nos EUA, ele tem um status legal em si, enquanto em alguns países é legalmente persuasivo sem ser um documento legal. Disponível em: [https://en.wikipedia.org/wiki/Advance\\_healthcare\\_directive](https://en.wikipedia.org/wiki/Advance_healthcare_directive) Acessado em 20 de set. 2018.

<sup>29</sup> A Lei de Autodeterminação do Paciente ( PSDA ) foi aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos em 1990 como uma emenda ao Omnibus Budget Reconciliation Act de 1990 . Eficaz em 1 de Dezembro de 1991, esta legislação necessária muitos hospitais , lares de idosos , casa de saúde agências, cuidados paliativos provedores, organizações de manutenção da saúde (HMOs), e outras instituições de saúde para fornecer informações sobre avanço directivas de cuidados de saúde a doentes adultos sobre a sua admissão a unidade de saúde. <sup>[1][2]</sup> Esta lei não se aplica a médicos individuais. Disponível em: [https://en.wikipedia.org/wiki/Patient\\_Self-Determination\\_Act](https://en.wikipedia.org/wiki/Patient_Self-Determination_Act). Acessado em 20 de set. 2018.

privada. A garantia de proteção a vida e a saúde passa da tutela social para individual e pessoal, “impedindo” assim a intervenção de terceiros.

Em tese, ao indivíduo tutelava-se a definição de conceitos conforme seus valores e convicções, devendo o Estado assegurar tais escolhas. Contudo, esta concepção moderna não demonstra implementação total gerando discursões acerca das diversas situações de terminalidade de vida, incluindo o testamento vital, sua validade e eficácia, uma vez que, a heteronomia ainda prevalece frente a autonomia, compreendendo-se a vida como bem jurídico supremo.

Neste contexto, surge na contemporaneidade, o biodireito e a bioética, trazendo discursões acerca da valorização da autonomia e consentimento humano, prevalecendo não somente a vida ou a morte, mas o direito à liberdade e a viver com dignidade.

#### **4.2 A Resolução do CFM 1.995/12 e seus reflexos jurídicos**

A Resolução do CFM 1.995/12 (ANEXO A), publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, é a primeira regulamentação sobre as diretivas antecipadas de vontade no Brasil. Foi editada com intuito disciplinar a conduta médica mediante a ausência de regulamentação das diretivas antecipadas de vontades do paciente, no contexto da ética médica brasileira, uma vez, sendo relevantes os diversos recursos tecnológicos atuais que permitem o prolongamento artificial da vida, mesmo quando estas medidas tenham sido rejeitadas pelo próprio paciente.

Em seu artigo 1º, a resolução do CFM 1.995/12, define as diretivas antecipadas de vontade como sendo “ 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. ” Cabe lembrar que as diretivas antecipadas de vontade podem ser entendidas como gênero não sendo restrita a situações de terminalidade de vida, já o testamento vital refere-se exclusivamente as situações de terminalidade, situações de doenças graves e irreversíveis, sendo este um instrumento de orientação para as tratativas médicas as quais o paciente, manifestamente, deseja ser submetido, quando assim estiver impossibilitado de manifestar sua vontade.

A resolução do CFM reconhece também em seu texto, o mandato duradouro, entendido como um documento em que o paciente poderá designar um ou mais

procuradores que deverão ser consultados pela equipe médica, quando incapaz estiver, temporária ou definitivamente, para manifestar sua vontade e assim decidir sobre o tratamento ao qual será submetido. Ressalta-se que, as decisões serão cerceadas a simples vontade do paciente.

O CFM expõe ainda os motivos para a criação da resolução 1.995/12, quais sejam: dificuldade de comunicação do paciente em fim de vida; receptividade dos médicos às diretivas antecipadas de vontade; receptividade dos pacientes; o que dizem os códigos de ética da Espanha, Itália e Portugal e, por fim, os Comitês de Bioética.

Nota-se grande evolução acerca do tema, contudo, no Brasil, ainda não há legislação que assegure as diretivas antecipadas de vontade, existindo apenas artigos científicos e poucos livros que tratam da temática.

Os efeitos jurídicos da resolução 1.995/12 vem sendo discutidos, tendo esta resolução força de lei somente entre a classe médica, não possuindo o CFM competência legal para regular fatos competentes somente a esfera legislativa brasileira, no que concerne a capacidade de direito e de fato.

Observa-se que a criação da resolução 1.995/12 do CFM não esgota o tema, mas sim enseja a necessidade de regular as diretivas antecipadas de vontade e, por consequente, o testamento vital, afim de especificar os requisitos que afetam outras fontes legislativas, de detalhar quais os tratamentos podem ou não ser recusados pelo paciente e seu registro.

### **4.3 Consentimento Informado**

O consentimento informado, também conhecido pelo Biodireito como “direito de escolha” ou “consentimento livre e esclarecido” ocorre quando se materializa a informação médica ao paciente sobre o quadro clínico ao qual se encontra. Esta informação sobre o diagnóstico da doença deve ser proferida de forma clara, objetiva, em linguagem acessível e precisa, sendo informado também ao paciente quais as alternativas terapêuticas poderá ser submetido, as vantagens e desvantagens dos tratamentos, e ainda os riscos e efeitos colaterais que poderão ocorrer quando submetidos a tais tratamentos, afim de que, o paciente possa escolher, pela aceitação ou recusa de tratamentos, de acordo com sua condição clínica e, assim expressar sua vontade e exercer seu direito de autonomia.

O CFM editou em 2010 o <sup>30</sup>Código de Ética Médica (Resolução nº 1.931, de 17/09/2009), ao qual dispõe em seu artigo 22:

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.

O artigo 22 do Código de Ética Médica baseia-se no princípio da informação, que é um direito fundamental do indivíduo que tem como objetivo principal preservar seu direito de autodeterminação e de liberdade.

A proteção jurídica dada ao direito de informação também está implicitamente prevista no artigo 15, da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, Código Civil, que determina que, “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” e, na CF/88 quando respaldado no princípio da dignidade da pessoa humana. O legislador busca neste contexto materializar o consentimento informado, apesar de permanecer somente na seara médica, não sendo este legalmente e explicitamente regulamentado.

Em resumo, o consentimento informado dá ao paciente a oportunidade de participar e decidir, de forma manifesta e consciente, sobre os tratamentos que possam afetar, psíquica e fisicamente, reconhecendo assim a sua autonomia e exercendo assim o direito a viver com dignidade, uma vez que este é um princípio subjetivo e personalíssimo. Neste sentido, atribui NERY *apud* <sup>31</sup>BARBOZA (2010, pp. 46-47) “a autonomia revela-se, enquanto manifestação da liberdade e da dignidade humana, um dos princípios norteadores a serem resguardados em tais situações, sob pena de violação do princípio da dignidade da pessoa humana.”

Ainda nas palavras de LEÃO *apud*, <sup>32</sup>MYSZEZUK e MEIRELLHES (2008, p. 337)

[...] o princípio da dignidade da pessoa humana confere dever geral de respeito, impondo limites ao Estado, sociedade, particulares e à própria pessoa. Como limite de atuação do Estado, designa ao Poder Público o dever de não praticar atos que violem a dignidade e de ter como meta a

<sup>30</sup> Disponível em: <http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual#cap5> Acessado em 01 de out. 2018.

<sup>31</sup> BARBOZA, Heloísa Helena. A autonomia da vontade e a relação médico-paciente no Brasil. *Lex Medicinæ. Revista Portuguesa de Direito da Saúde*. Coimbra, v. 1, n. 2, jul./dez. 2004, pp. 05-14.

<sup>32</sup> MYSZEZUK, Ana Paula; MEIRELLES, Jussara Maria Leal de. *Bioética, Biodireito e interpretação (bio)constitucional*; in: *Anais do XVII Congresso Nacional do CONPEDI*. Brasília: 2008.

promoção e concretização de uma vida digna para toda a pessoa humana. Quer dizer, o Estado tanto deve vincular todos seus órgãos para o respeito, promoção e abstenção de práticas contrárias à dignidade da pessoa, como protegê-la de agressões da sociedade, de terceiros e dela própria. Do mesmo modo que o Estado tem o dever de respeitar a pessoa, todas as entidades de direito público e privado estão vinculadas a esta obrigação legal. A dignidade da pessoa humana deve ser defendida até de atos praticados por ela própria. Assim, este princípio constitucional impede que a pessoa renuncie à sua dignidade ou a desconsidere e pratique atos que lhe sejam atentatórios.

Ressalta se que, a Resolução CFM nº 10/96 dispõe que o médico deve esclarecer ao seu paciente todas as práticas diagnósticas e terapêuticas ao qual poderá ser submetido, contudo, no § 4º diz: “deverá o médico registrar em prontuário médico toda e qualquer diretivas antecipadas de vontade quando comunicada pelo paciente ou até mesmo por seu representante legal. Entende se, portanto, que, não torna se obrigatória do termo escrito sendo as diretivas antecipadas registradas em prontuário afim de fundamentar sua decisão, quando entender ser esta conveniente e necessária, evitando assim conflitos éticos.

#### **4.4 A autonomia privada e situações de antecipação de vontade de pacientes terminais**

O advento do liberalismo<sup>33</sup>, após as <sup>34</sup>revoluções burguesas, traz consigo a aceitação da liberdade e respeito como valores, cedendo espaço a autonomia como critério moral, afastando o paradigma naturalista, ao qual rege a afirmação do homem como titular de direito mínimos como a vida e a integridade física, determinando a distinção da vida privada e da vida pública, deslocando a intervenção de terceiros e integrando assim a autonomia privada. Desta forma, a proteção a vida e a saúde do homem passam a tutela única e exclusiva do próprio indivíduo que definirá seus conceitos de acordo com seus princípios e valores.

No que tange as situações de antecipação de vontade e decisões acerca das situações de terminalidade da vida acentua-se a parcial implementação do

---

<sup>33</sup>Liberalismo é uma filosofia política ou ideologia fundada sobre ideais que pretendem ser da liberdade individual e do igualitarismo.

Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Liberdade\\_individual](https://pt.wikipedia.org/wiki/Liberdade_individual). Acessado em 20 de set. 2018.

<sup>34</sup>As revoluções burguesas são movimentos sociopolíticos ocorridos entre 1640 e 1850 nos quais a sociedade aristocrática, caracterizada pela monarquia absoluta e pelos títulos de nobreza, foi transformada em uma sociedade capitalista dominada pela produção mercantil liberal.

Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Revolu%C3%A7%C3%B5es\\_burguesas](https://pt.wikipedia.org/wiki/Revolu%C3%A7%C3%B5es_burguesas). Acessado em 12 de nov. 2018.

liberalismo, visto que, as condutas médicas, definidas como heterônomas, ainda prevalece em determinadas situações quando compreendida a vida como bem jurídico supremo, prevalecendo sobre a autonomia privada.

A autonomia da vontade, princípio fundamental no ordenamento jurídico brasileiro, é limitada pelo ente estatal com fim em restringir e evitar, por vezes, o abuso a liberdade individual.

Contudo, conforme explicito neste estudo, é vedado ao profissional médico, pelo Código de Ética brasileiro, realizar quaisquer procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos, sem que haja o consentimento do paciente ou se seu responsável legal ensejando a conduta contrária em desrespeito e violação aos direitos individuais do paciente.

Contraria à postura heterônoma que limita a autonomia da vontade sobre decisões acerca das diversas formas de terminalidade, não é constitucional a imposição acerca de tratamentos médicos, devendo o paciente ou ente familiar, serem consultados e informados das medidas a serem tomadas acerca dos tratamentos que intuem salvar a vida, exceto em situação de extrema urgência e eminente perigo de vida.

A exceção imposta a autonomia do paciente quando este estiver em situação eminente de risco de vida resulta em uma lacuna, a qual interpreta-se que, o direito à vida prevalece sobre o direito a autonomia sendo a vida exercida em pleno direito quando não houver a eminência de morte. Argumenta-se que, em determinados casos, o paciente pode ser acometido a tratamentos indesejados, não havendo violação de seus direitos, já que a vida é o bem supremo, dificultando assim a aceitação e afirmação da autonomia e conseqüente postulatória jurídica do paciente nas situações de terminalidade de vida, quando estas por si forem definidas e decididas. Rege-se neste contexto que, houve a substituição da igualdade formal pela igualdade material possibilitando ao ente estatal maior intervenção nas relações privadas, ambos limitados pelo direito.

Em tese, a livre manifestação da vontade foi relativizada em busca da adequação e integração social. A negatividade trazida pela autonomia privada sem a limitação do Estado, intuindo não infringir o direito de outrem, trouxe a limitação deste direito, a fim de buscar o equilíbrio entre os sujeitos das relações privadas.

Entende-se que, apesar da importância das disposições acerca da autonomia e limitação estatal, faz se necessário analisar com profundidade os avanços médicos

e tecnológicos e sociais acerca das situações de terminalidade de vida e a autonomia privada do paciente.

#### **4.5O Direito a Morte Digna**

O Biodireito trouxe consigo a ponderação acerca de conceitos jurídicos e do direito de autodeterminação do paciente quando relacionados aos tratamentos médicos ao qual possa ser submetido, bem como o entendimento equivocado subtraído do conceito de autonomia privada, buscando o entendimento subjetivo quando relacionados a autonomia da vontade e o direito de liberdade do paciente resultando na necessidade de alterações no sistema jurídico.

Entende-se na atualidade que, a autonomia privada quando relacionada as situações de terminalidade de vida, assume uma natureza simples e objetiva visando tão e somente a exteriorização do indivíduo de conceitos e escolhas, intrínsecas e também subjetivas, em decidir sobre sua própria vida. A autonomia privada e o direito de autodeterminação são prerrogativas de vontade antecipada de pacientes terminais, diante suas crenças e convicções.

Pertinente mais se dizer que, o direito à vida não deixou de ser um bem supremo, contudo, deve ser este analisado em cada caso concreto, para que todos os demais direitos previstos constitucionalmente sejam defendidos, não sendo mais o direito à vida um direito absoluto e solitário, mas dependente e hierarquicamente igualitários aos demais direitos, de forma que, deve ser analisado em conjunto não só ao direito a autonomia privada, mas também a dignidade da pessoa humana que legitima todo o ordenamento jurídico brasileiro.

A imposição a vida contra a vontade de seu titular, além de contrariar ao seu direito de autonomia, contraria também seu direito à liberdade, ambos direitos vistos como instrumentos de concretização da dignidade da pessoa humana. A imposição contrária ao indivíduo e as suas escolhas ignora a construção da personalidade reduzindo o ser a um simples instrumento nas mãos do Estado. A vontade manifesta da morte natural não deve importar em juízo de valor.

Diante estas premissas, entende-se que, em situações de perigo de vida, a vontade do paciente, quando expressa em pleno gozo de suas capacidades mentais, deverá assim ser preservada, considerando a vida como um direito e não uma obrigação a ser imposta pela Estado e pelo ordenamento jurídico.

## 5 O TESTAMENTO VITAL E SUA APLICABILIDADE

O sentido do testamento vital está além do significado conceitual do testamento comum. O testamento comum, regido pelo direito civil, rege, tão e somente, sobre regras aplicáveis ao patrimônio, enquanto o testamento vital direciona conceitos acerca da vida e morte, tendo uma ligação direta com as evoluções tecnológicas e da ciência biomédica.

No Brasil, o testamento vital, instituto estudado pelo Biodireito, é identificado como uma espécie de gênero de diretivas antecipadas. Se assemelha ao testamento comum por ser considerado como um negócio jurídico, unilateral, personalíssimo, solene e revogável que visa extinguir e reconhecer direitos sobre a vida. Pode se dizer que o testamento vital tem efeito *erga omnes*, uma vez que, vincula pessoas, tais como, a equipe médica, os familiares e, em algumas situações, o procurador do paciente.

O testamento vital não possui lei específica, o que torna a abordagem do tema importante e essencial para a sociedade como um todo. Apesar dos avanços acerca deste instituto, principalmente com a criação da Resolução do CFM 1.995/12 (ANEXO A), onde reconhece a importante decisão do paciente e seus direitos em situações de terminalidade de vida, ainda é visível a necessidade de entendimento, aceitação e inclusão deste instituto no ordenamento jurídico brasileiro.

### 5.1 O Testamento Vital e o Direito Comparado

O testamento vital surgiu nos Estados Unidos em 1967, porém, somente em 1969 a hipótese foi levada à justiça para resolver o caso de Karen Ann Quilan (<sup>35</sup>ANEXO C), mediante a solicitação de seus familiares para que seus aparelhos fossem desligados diante a doença crônica e irreversível. Após aprovada a lei, no estado da Califórnia, foi elaborado o *Guidelines for signers* que apresentava informações sobre o testamento vital, tais como: como as diretivas permitem que o paciente escolha o não prolongamento artificial da vida; orienta o diálogo com o médico para que o documento seja registrado no prontuário; que este deve ser

---

<sup>35</sup> Disponível em: <http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/noticias/2010/08/04/caso-karen-ann-quinlan/>  
Acessado em 13 de nov. 2018.

assinado por duas testemunhas desinteressadas, entre outras” SILLMANN *apud* <sup>36</sup>DADALTO (2010, p.80). Logo após, vários estados norte-americanos criaram leis que regiam as diretivas antecipadas de vontade, contudo, somente com o caso de Nancy Cruzan (<sup>37</sup>ANEXO D) as diretivas antecipadas de vontade tiveram validade em âmbito federal. Nancy mantinha um estado vegetativo e irreversível após um acidente automobilístico o que levou a seus pais a requerer judicialmente a retirada dos aparelhos que a mantinham viva, sendo esta vontade expressa quando ainda em vida, caso estivesse em um estado de incapacidade parcial de vida. O tribunal do Missouri negou o pedido fundamentando se na impossibilidade de manifestação clara da paciente, que posteriormente, após recurso defendido por seu advogado representante e ouvidas as testemunhas que conviviam com a paciente, veio a ser deferido e autorizado o desligamento de seus aparelhos. Logo após foi surge a lei federal denominada *Patient Self Determination Act of 1990*, a qual reconhece as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes terminais.

Na Europa, as diretivas antecipadas de vontade foram consolidadas na Espanha no ano 2002 com a Lei nº 41/2002, após promovida a Convenção Para Proteção do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina, onde vários países assinaram e promoveram os direitos dos pacientes terminais.

Na Argentina, surge o consentimento informado, com a criação da Lei 26.742/2012 que é uma declaração de vontade a qual o paciente deve ser informado de seus estados de saúde a quais tratamentos poderá ser submetido, concedendo ao mesmo, ou a seu representante legal, a decisão sobre sua vida, devendo esta ser declarada de forma clara e objetiva, e registrada em prontuário médico, podendo ser revogável a qualquer momento. A Lei 26.742/2012 trouxe consigo alguma controversas, uma vez que, não detinha de informações acerca das situações dos menores de idade e da recusa dos profissionais médicos.

Em Portugal entrou em vigor a Lei 25/2012 Lei do Testamento Vital, que tratava sobre as diretivas antecipadas de vontade nos mesmos moldes que a lei Argentina, diferindo se desta no que tange ao prazo de validade, uma vez que, a Lei portuguesa determinava o prazo de cinco anos para eficácia da declaração de vontade, devendo esta ser renovada após este período e não estipulando tal prazo a Lei portuguesa. Ademais, a lei portuguesa traz exceções as quais pode ser a

---

<sup>36</sup> DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. 1.ed., Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

<sup>37</sup> Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/nancy.htm> Acessado em 13 de nov. 2018.

declaração de vontade contrariada, sendo elas: risco grave e eminente de morte; recusa por profissional médico e; decorrente de avanços médico terapêuticos após a declaração manifesta de vontade, gerando a desatualização da vontade declarada.

Na Holanda, o suicídio assistido e a eutanásia eram terminantemente proibidos, sendo considerado estes atos crime, exceto se comprovada força maior, o que posteriormente foi revogado pelo Código Penal do país a qual previa a extinção de punibilidade dentro dos limites da lei, as quais previam a manifestação requerida pelo paciente ou médico, aos órgãos competentes.

Entende se relevante o conhecimento e comparação as legislações estrangeiras acerca do testamento vital, afim de, levar ao interesse social e consequente comoção da sociedade, para que este instituto possa vir a ser incluso no Ordenamento Jurídico Brasileiro.

## **5.2O Testamento Vital e sua aplicação no Brasil**

O Brasil não dispõe de lei específica sobre o tema, bem como, sua validade e eficácia, sendo estas discutidas com base na Resolução do CFM 1.995/12 (ANEXO A) e nos princípios constitucionais de liberdade, autonomia privada e dignidade da pessoa humana, o que coloca o Brasil em posição inferior aos demais países, restringindo assim a abordagem ao tema e gerando insegurança jurídica aos pacientes e aos profissionais médicos.

O Código Civil Brasileiro, traz em seu art. 104 regras sobre o testamento tradicional, ao qual preconiza a obrigatoriedade de agente capaz, objeto lícito, e vontade expressa na forma da lei, para que tenha este validade e eficácia, exige se também, atos formais, como a inquirição de testemunhas. Ademais, o artigo 1860, deste mesmo dispositivo, concede capacidade testamentárias aos maiores de 16 (dezesesseis) anos. O testamento vital assim como o testamento tradicional exige pleno gozo das faculdades mentais para que seja reconhecido e “previsto legalmente” para que seja assim, exercido e reconhecido o direito de autodeterminação do paciente. Este instituto distancia-se dos testamentos tradicionais por ser livre não havendo prescrição legal e ainda, podendo ser este ato público ou privado, dispensando se escritura pública lavrada por tabelionato, apesar de recomendar se que o testamento vital tenha forma escrita e seja assinado por seu titular, visando a segurança de seu ato e disposição de vontade.

Reitera-se que a eutanásia, passiva ou ativa, é vedada no Ordenamento Jurídico Brasileiro, já a ortotanásia pode ser reconhecida, quando a prática de recusa de meios artificiais de prolongamento e manutenção da vida se tornem inviáveis.

Ao introduzir o testamento vital no sistema jurídico brasileiro, o Código de Ética médica traz disposições que estabelecem o dever do profissional médico de informar, de forma clara e precisa, a condição de saúde ao seu paciente, considerando à vontade, antes mesmo de submetê-lo a qualquer tratamento. As disposições contidas no arrolar do Código de Ética diferenciam o testamento vital das demais situações de terminalidade de vida: eutanásia, ortotanásia e distanásia, neste trabalho estudadas. O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução 1805/2006 também dispõe sobre a possibilidade do profissional médico de limitar ou suspender tratamentos quando tornam-se estes inúteis ao paciente. Em seguida, contribuindo para a validade deste instituto, a Resolução 1995/12 vincula a vontade do paciente, quando registrada em documento, em relação à conduta médica.

Diante de todas as disposições acerca da declaração de vontade do paciente previstas pelo Conselho de Medicina, vê-se grande preocupação da ciência médica com o paciente. SILLMANN *apud* <sup>38</sup>PITHAN (2004, p. 36) aponta que “há dois paradigmas que permeiam a conduta médica: o da cura e o do cuidado.” A cura é vista como um dever de superação da morte a qualquer custo, já o cuidado será visto quando a cura não for mais possível, o dever moral surge, visando o alívio do sofrimento do paciente.

Neste contexto doutrinário e histórico, surge a defesa do testamento vital. O conflito existente entre o direito de inviolabilidade da vida e os direitos constitucionais de liberdade, autonomia privada e dignidade da pessoa humana levam a crer que, o testamento vital não objetiva o fim da vida, mas que a vida tenha seu curso natural que se resulta na morte. O direito à vida é personalíssimo, sendo este irrenunciável, desta forma, entende-se que, atestar sobre os tratamentos aos quais quer o paciente ser submetido diante uma doença incurável e irreversível, não significa dispor de sua própria vida, mas sim de exercer o seu direito de viver de forma natural mesmo que esta escolha resulte em sua morte. Em tese, o direito a

---

<sup>38</sup> PITHAN, Lívia Haygert. A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não ressuscitação” hospitalares. Porto Alegre: Edipucrs, 2004.

morte integra o direito à vida. Cita Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira:

A titularidade do direito à vida é irrenunciável, eis que, uma vez nascido, o indivíduo adquire esse direito e, ainda que queira, não pode fazer cessar sua existência. Em se tratando do direito à vida, não há renúncia ao seu exercício. A escolha pela morte é, na verdade, o próprio exercício do direito à vida. Direito de morrer ou autonomia para morrer, na verdade integram o exercício do direito à vida (SÁ, MOUREIRA, 2012, p. 68).

Para compreender o exposto, cita-se a história contada no documentário “solitário anônimo” retratado por Débora Diniz, que reforça de forma clara que a vida não é um direito absoluto, devendo ser assegurado ao indivíduo o poder de decisão sobre sua vida, até mesmo sobre sua própria morte, que se concerne no direito fundamental de autonomia. O exercício do direito de autonomia e manifestação de vontade do indivíduo é lícito mesmo que contrário a expectativa social, não importando assim em juízo de valor, devendo, tanto o estado como a sociedade, se abster, respeitando a decisão do indivíduo titular do direito à liberdade de escolha.

No decorrer do documentário, vê-se com veemência o paternalismo que impera e ao qual o Brasil está submetido.

Por fim, o documentário afirma não ser a vida uma obrigação, mas sim um direito do qual deve se restringir, as decisões acerca de tratamentos terapêuticos, tão e somente ao indivíduo, fundando-se no exercício de sua autonomia e liberdade.

Entende-se que, o sistema jurídico brasileiro possui dificuldades em aceitar a inclusão do testamento vital em ordenamento jurídico dada sua herança positivista e dogmática, contudo, é claro e evidente que o legislador precisa, mas não consegue acompanhar as evoluções sociais e médico tecnológicas que se formaram durante os últimos anos de forma extrema e rápida. Apesar de não haver, na atualidade, legislação específica acerca do testamento vital, considera-se este instituto válido e eficaz, diante a lacuna existente no ordenamento jurídico brasileiro.

No Brasil, para que a Declaração de Prévía de Vontade se torne eficaz faz necessário o registro no prontuário médico, sendo lavrada em escritura pública e providenciada pelo médico que assiste ao paciente e que atenda ao seu pedido.

O Ministério Público alegou a inconstitucionalidade da resolução 1195/12 (ANEXO A) e conseqüentemente do testamento vital através da Ação Civil Pública (ANEXO B) Nº 0001039-86.2013.4.01.3500 a qual foi indeferido o pedido por decisão liminar reconhecendo a constitucionalidade da resolução. Foi interposto

agravo de instrumento n.0019373-95.2013.4.01.0000 ao qual foi proferida e mantida em sentença na data de 02/04/2014, sendo observado que, a resolução regulamenta não somente as Diretivas Antecipadas de Vontade de pacientes terminais ou que optem pela Ortotanásia, mas também viabiliza a manifestação prévia de vontade de pacientes que possam ter sua manifestação impossibilitada, a necessidade de legislação que regulamente sobre o tema e, por fim, que qualquer irregularidade manifesta por familiares ou pelo poder público poderá ser ajuizada para que o judiciário analise e assim responsabilize qualquer ilicitude.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O testamento vital é um tema pouco debatido no Brasil que vem ganhando ênfase, de forma progressiva, com o surgimento do Biodireito e de estudos científicos que buscam retratar o tema, através da teoria e de casos concretos, defendendo cada vez mais a inclusão deste regramento, ainda não regulamentado, no sistema jurídico Brasileiro.

O tema é complexo e para melhor entendê-lo é preciso compreender as diversas situações de terminalidade de vida e a diferença entre elas. Cita-se primeiramente a eutanásia, definida como morte sem dor, praticada com o consentimento do paciente que esteja acometido a doença incurável, de forma digna e medicamente assistida, contudo, proibida no Brasil. Logo, cita-se o suicídio assistido, que na mesma linha de pensamento da eutanásia consiste na atuação de um médico, de forma intencional, que irá dispor de meios e informações ao paciente para que se cometa o chamado suicídio. A diferença entre a eutanásia e o suicídio assistido é que no segundo quem administra e atua na morte é o próprio paciente. Já a ortotanásia pode ser vista como a omissão dos profissionais médicos que deixam de utilizar de recursos científicos, como por exemplo, a utilização de medicamentos, afim de abreviar a vida e o sofrimento causado por uma doença incurável e irreversível. Vale lembrar que a prática de ortotanásia, atualmente, é aceita pelo Conselho Federal de Medicina Brasileiro. Por fim, cita-se a distanásia, que ao contrário da eutanásia, do suicídio assistido e da ortotanásia, através de meios terapêuticos e diversas técnicas de prolongamento artificial, busca a manutenção da vida a qualquer custo.

Neste contexto, o presente projeto, após a necessária compreensão das diversas situações de terminalidade de vida, traz uma análise dos direitos fundamentais de liberdade, autonomia privada e dignidade da pessoa humana, assegurados constitucionalmente, que se conflitam com o direito à vida, quando colocado como direito supremo, dificultando a regulamentação do testamento vital no Ordenamento Jurídico Brasileiro.

Entende, portanto, que o direito à vida não é um direito absoluto e indisponível, quando equiparado os demais direitos de liberdade, autonomia e dignidade humana, não havendo hierarquização entre eles. A definição do direito à vida não deve ser concedida a um juízo de valor social, mas sim conferido ao

indivíduo, tutelar de tal direito, a escolha de viver a sua vida conforme seus preceitos culturais e até mesmo religiosos, podendo ser o direito à vida também compreendido na escolha do indivíduo de viver a sua morte de forma natural, exercendo assim a sua liberdade de escolha, sua autonomia privada, proporcionando ao mesmo o direito de viver dignamente.

Pensando na tutela dos direitos fundamentais do indivíduo acometido a doença incurável e irreversível, e na proteção jurídica do profissional médico mediante as declarações prévias de vontade de pacientes terminais, o CFM dispõe do Código de Ética Médica e da Resolução de nº 1.995/12 (ANEXO A), que orientam a relação médico-paciente e a postura médica profissional a ser adotada em situações em que o paciente opte por ter uma morte natural, tornando-se dever do profissional médico respeitar a vontade expressa do paciente.

O principal objetivo desta pesquisa é a compreensão do instituto do testamento vital e a defesa para sua regulamentação e inclusão no Ordenamento Jurídico Brasileiro, quando regido por requisitos mínimos legais, como a declaração prévia de vontade expressa do indivíduo, que em pleno gozo de sua capacidade mental, declara sobre quais tratamentos e condutas médicas deseja ser submetido, caso acometido por doença incurável e irreversível, em que não possa assim expressar sua vontade, garantindo assim os direitos mínimos existenciais.

É imperioso a discussão acerca do tema levando ao conhecimento dos brasileiros as experiências internacionais, demonstrando as premissas e necessidade de se regulamentar o testamento vital, afim de preencher a lacuna existente na legislação brasileira garantindo as escolhas individuais a qual devem ser exercidas em um Estado Democrático de Direito, não reduzindo o ser humano a um instrumento estatal, mas sim respeitando e preservando o desenvolvimento de sua personalidade e, conseqüentemente, a sua autonomia.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, M. D. (2015). Autonomia privada e disposição do próprio corpo: apotemnofilia em debate. *revista de gênero, sexualidade e direito*. Minas Gerais | v. 2 | n. 1 | p. 43 - 58 | Jan/Dez. 2015.

BRASIL. *Resolução no 1.995, de 9 de agosto de 2012*. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. (9 de agosto de 2012). Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf). Acesso em: 17 mar. 2018

BRASIL. *Resolução no 1.931, de 17 de setembro de 2009*. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2012.pdf). Acesso em: 12 nov. 2018

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei nº 10.406 - Código Civil Brasileiro*. Brasília, Imprensa Nacional, Diário Oficial da União, 10 de janeiro de 2002. Lex: Vade Mecum Compacto. 3. ed. atual e ampl. São Paulo: Saraiva, 2010.

\_\_\_\_\_. Colisão de direitos fundamentais: visão do Supremo Tribunal Federal Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=11242](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11242)>>. Acesso em: 17 mar. 2018

\_\_\_\_\_. Testamento Vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. (2011; 5(4)). *Revista Bioethikos*. Centro Universitário São Camilo, 84-391. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2018

\_\_\_\_\_. Pacto de San José da Costa Rica Disponível em: <[https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao\\_america.htm](https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_america.htm)>. Acesso em: 25 Out.. 2018

\_\_\_\_\_. Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto\\_internacional.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf)>. Acesso em: 25 Out.. 2018

\_\_\_\_\_. Possibilidade de Inclusão do Testamento Vital no Ordenamento Jurídico Brasileiro. (2012/1). *Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva*, 2012/1 – nº 18. p.p 205-220.

\_\_\_\_\_. *Triunfo ou fracasso da autonomia privada?* um olhar sobre as diretivas antecipadas de vontade de pacientes terminais. Florianópolis: CONPEDI, 2015. pp. 314-342

\_\_\_\_\_. Resolução nº 1.805, de dezembro de 2011. Disponível em: <

[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm) > . Acesso em: 17 mar. 2018

CABRAL, H. L. (S.D.). *ortotanásia e o direito existencial à autodeterminação*. Florianópolis: CONPEDI, 2015. pp. 294-313

Cintra, N. L. *As formas de se enfrentar a morte e o testamento vital*. Florianópolis: CONPEDI, 2015. pp. 315-328

COPI, L. M. *Morte digna e direitos humanos - o testamento vital como instrumento de concretização de versões plurais de dignidade*. Florianópolis: CONPEDI, 2015. pp. 311-331

Dadalto, L. 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*, núm.28, maio. 2013.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2013.  
Disponível em: <https://www.priberam.pt/dlpo/terminalidade> [consultado em 11-09-2018].

Diniz D. Solitário Anônimo [vídeo-disco]. Brasília; 2007. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=uTZEDtx8noU>>. Acesso em 17 mar. 2018.

JÚNIOR, A. L. *as questões médico-legais e o testamento vital: o reconhecimento judicial da resolução CFM Nº 1995/2012*. Florianópolis: CONPEDI, 2015. pp. 328-343.

LEÃO, S. F. *Testamento vital: uma alternativa do Direito para uma morte digna*. Goiana 2012

LIMA, A. F. *Limites da dignidade da pessoa humana e autonomia da vontade: ortotanásia e pacientes em estado vegetativo sem diretivas antecipadas*. Florianópolis: CONPEDI, 2016. pp. 83-103.

NERY, M. C. *O direito de viver sem prolongamento artificial*. Recife, 2014. pp. 1-96.

RECKZIEGEL, J. *A morte digna em pacientes terminais por meio das diretivas antecipadas de vontade no Brasil*. Florianópolis: CONPEDI, 2016. pp. 289-308

SILLMANN, M. C. *Direito de morrer: diretivas antecipadas da vontade e o ordenamento jurídico brasileiro*. Florianópolis: CONPEDI, 2015. pp. 344-368

## **ANEXOS**

### **ANEXO A - RESOLUÇÃO DO CFM 1.995/12**



## RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012

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

Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

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

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

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

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

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

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

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

### RESOLVE:

**Art. 1º** Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

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

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



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

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

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

Brasília-DF, 9 de agosto de 2012

**ROBERTO LUIZ D'AVILA**  
Presidente

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**  
Secretário-geral



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

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

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

### JUSTIFICATIVAS

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

### **5) Comitês de Bioética**

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



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

**Carlos Vital Tavares Corrêa Lima**

Relator

**ANEXO B - AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 0001039-86.2013.4.01.3500**



**PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA FEDERAL  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS  
PRIMEIRA VARA**

Processo nº 1039-86.2013.4.01.3500/Classe: 7100

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA**

Requerente : **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**

Requeridos : **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**

**DECISÃO**

Cuidam os autos de ação civil pública proposta pelo **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** em face do **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, visando à suspensão da aplicação da Resolução nº 1995/2012.

Alega o Autor, em síntese, que: a) o inquérito civil público nº 1.18.000.001881/2012-38 constatou que a Resolução nº 1995/2012 do CFM, ao regulamentar a atuação dos profissionais frente a pacientes terminais, incidiu em inconstitucionalidade e ilegalidade; b) a pretexto de preencher o vazio normativo deixado pela Resolução nº 1.805/2006, que autorizou os pacientes a optarem pela ortotanásia, a Resolução nº 1995/2012, ao invés de facultar ao paciente a designação de um representante legal, instituiu as “diretivas antecipadas de vontade”, a serem externadas pelos próprios pacientes e que deverão prevalecer sobre quaisquer pareceres não médicos e desejos dos familiares; c) a Resolução nº 1995/2012 extrapolou os poderes conferidos pela Lei nº 3.268/57, pois regulamentou tema que possui repercussões familiares, sociais e nos direitos de personalidade; d) somente a União, por meio do Congresso Nacional, poderia dispor sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, nos termos do art. 22, incisos I, XVI e XXIII, da Constituição Federal; e) a resolução omitiu-se em pontos essenciais, tais como a exigência de capacidade civil do paciente, limite temporal de validade das diretivas e formas de revogação, o que viola a segurança jurídica; f) não foi previsto o direito de a família influenciar na formação da vontade e fiscalizar o seu cumprimento, o que vai de encontro ao art. 226, *caput*, da Constituição Federal; g) o prontuário

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.

médico é instrumento inidôneo para o registro das diretivas antecipadas da vontade no prontuário médico, pois o seu caráter sigiloso impede o controle da atuação do médico.

Pede antecipação da tutela para que: a) seja reconhecida a inconstitucionalidade *incidenter tantum* do art. 16 da Lei nº 7.347/1985, atribuindo à tutela jurisdicional eficácia *erga omnes* nos limites territoriais desse órgão judiciário; b) seja declarada incidentalmente a inconstitucionalidade e legalidade da Resolução nº 1995/2012 do CFM; c) seja suspensa a aplicação da Resolução em todo o território nacional, com ampla publicidade; d) seja o Réu proibido de expedir ato normativo que extrapole os limites de seu poder regulamentar, notadamente em relação às “diretivas antecipadas de vontade dos pacientes”.

Junta documentos às fls. 18/38.

Intimado, o Réu se manifesta às fls. 42/66, suscitando preliminar de ilegitimidade ativa do Ministério Público. No mérito, alega que: a) o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1820/2009, manifestou-se no sentido de que, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, os pacientes devem ter os seus valores, cultura e direitos respeitados, em especial, direito ao sigilo, confidencialidade, consentimento livre, voluntário e esclarecido e livre escolha de quem será o responsável pela tomada de decisões na hipótese de sua incapacidade; b) não há que se falar em ilegalidade e inconstitucionalidade, pois a União, por meio da Lei nº 3.268/57 outorgou aos Conselhos de Medicina competência para tratar do exercício técnico e moral da Medicina; c) a Resolução não pretende introduzir no ordenamento jurídico a possibilidade de ortotanásia, mas apenas informar ao médico que a conduta ética da profissão exige o respeito aos desejos e vontades previamente expressados pelo paciente quanto aos tratamentos que deseja ou não se submeter; d) as diretrizes antecipadas objetivam o respeito à autonomia do paciente e têm fundamento na dignidade humana; e) o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal e art. 15 do Código Civil, estabelecem relevância à autonomia do paciente diante das hipóteses de tratamentos; f) a capacidade de manifestação de vontade está prevista nos arts. 1º a 5º, do Código Civil, não havendo a necessidade de ser normatizada pela Resolução; g) o ato de vontade não caduca pelo decurso do tempo e o paciente é livre para não mais se valer das diretivas, bem como para revogá-las, desde que aplicado o princípio da simetria das formas; h) na ausência de diretriz antecipada do paciente, a família será consultada; i) a Resolução não criou forma especial, pois os pacientes podem expressar a vontade por qualquer meio que tenha idoneidade e validade jurídica, tendo apenas indicado que o médico registrará as diretivas de

vontade no prontuário; j) vários países já adotam o instituto em seus Códigos de Ética Médica.

**É o relatório. Decido.**

O Superior Tribunal de Justiça tem decidido que o Ministério Público tem legitimidade para propor ação civil pública na defesa de direitos individuais homogêneos quando houver relevância social na proteção do bem jurídico, a exemplo do direito à vida e saúde (REsp 1283206/PR, Rel. Ministro Mauro Campbell Marques, julgado em 11/12/2012, DJe 17/12/2012).

**Rejeito**, pois, a arguição preliminar.

Os efeitos das decisões proferidas em ação civil pública são restritos aos limites territoriais do órgão prolator, nos termos do art. 16 da Lei nº 7.347/85 (Embargos de Divergência no ERESp nº 411.529, Rel. Ministro Fernando Gonçalves, Segunda Seção, julgado em 10/03/2010, DJe 24/03/2010).

Prosseguindo, cumpre delimitar a presente decisão tão-somente quanto aos aspectos do *fumus boni juris* e do *periculum in mora*, tendo por base os elementos até o momento trazidos aos autos.

Dispõe o art. 2º da Lei nº 3.268/57 que os Conselhos Federais e Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional, incumbindo-lhes zelar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão. Eis o inteiro teor:

Art. 2º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Autorizado pelo citado dispositivo legal, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução CFM nº 1.995/2012 dispondo sobre as diretivas antecipadas de vontades dos pacientes, tendo em vista que “*por um lado, o tema diretivas antecipadas de vontade situa-se no âmbito de autonomia do paciente e, por outro, que este conceito não foi inserido no Código de Ética Médica brasileiro recentemente aprovado (...)*” (fls. 27 e verso).

Assim, em análise sumária, entendo que o Conselho Federal de Medicina não extrapolou os poderes normativos outorgados pela Lei nº 3.268/57, tendo a Resolução CFM nº 1995/2012 apenas regulamentado a conduta médica ética perante a situação fática de o paciente externar a sua vontade quanto aos cuidados e



tratamentos médicos que deseja receber ou não na hipótese de encontrar em estado terminal e irremediável.

Igualmente, em exame inicial, entendo que a Resolução é constitucional e se coaduna com o princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que assegura ao paciente em estado terminal o recebimento de cuidados paliativos, sem o submeter, contra sua vontade, a tratamentos que prolonguem o seu sofrimento e não mais tragam qualquer benefício.

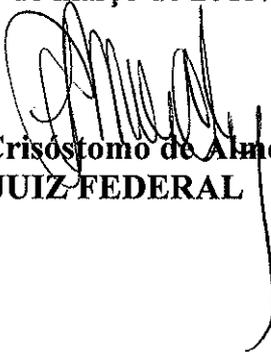
No mais, a manifestação de vontade do paciente é livre, em consonância com o disposto no art. 107 do Código Civil, que somente exige forma especial quando a lei expressamente estabelecer. É de se observar que a Resolução apenas determina ao médico o registro no prontuário da manifestação de vontade que lhe for diretamente comunicada pelo paciente, não tendo determinado a forma de comunicação.

Da mesma forma, para a validade das diretivas antecipadas de vontade do paciente devem ser observados os requisitos previstos no art. 104 do Código Civil, não sendo necessário que a Resolução reitere a previsão legal.

Sendo assim, ausente plausibilidade nas alegações contidas na petição inicial, **indefiro** a liminar.

Intimem-se.

Goiânia, 14 de março de 2013.

  
**Jesus Crisóstomo de Almeida**  
**JUIZ FEDERAL**

## ANEXO C

## CASO KAREN ANN QUINLAN

SEM CATEGORIA | 04.08.10



Karen Ann Quinlan nasceu em 29 de março de 1954, em Scranton,

Pensilvânia. Sua mãe era uma jovem de ascendência irlandesa, solteira. Algumas semanas depois de nascer, ela foi adotada por Joseph e Julia Quinlan, católicos devotos, que moravam em Landing, New Jersey. Karen Ann viveu seus primeiros vinte anos sem problemas.

Em abril de 1975, Karen Ann Quinlan começou uma dieta rigorosa para poder usar um vestido que comprara recentemente. Em 15 de abril, ele participou de uma festa na casa de um amigo. Karen Ann não havia comido praticamente nada nas últimas 48 horas. Depois de consumir álcool e um tranqüilizante (que se acredita fenobarbital ou diazepam), Karen disse a seus amigos que ele se sentiu tonto, então ele foi se deitar. Quinze minutos depois, eles a encontraram sem respirar, chamaram uma ambulância e fizeram respiração boca-a-boca. No entanto, ela não recuperou a consciência e foi admitida no Hospital Newton Memorial em Nova Jersey, em coma e pesando 50 Kg. Karen permaneceu lá por nove dias e foi transferida para o Hospital St Clare. Karen Ann sofreu danos cerebrais irreversíveis por apresentar insuficiência respiratória prolongada. Depois de ser transferido para o hospital, foi ligado à ventilação mecânica. A causa da insuficiência respiratória nunca foi especificada. Karen estava em um estado vegetativo persistente. Durante os meses seguintes, ela permaneceu no hospital, enquanto sua condição piorou gradualmente, ela perdeu peso, pesando 36 Kg. Karen só foi mantida viva por alimentação nasogástrica e suporte ventilatório.

Após vários meses, os pais, após observarem o estado da filha, solicitaram a suspensão da ventilação mecânica. O hospital rejeitou o pedido dos pais. Em 1976, os Quinlan levaram o caso para a Suprema Corte de Nova Jersey, que finalmente aceitou o pedido dos pais. No entanto, Karen continuou a respirar espontaneamente após a remoção do ventilador. Ela foi alimentada por sonda nasogástrica por mais nove anos, até a morte por pneumonia em 1985.

Este caso foi relevante porque, como resultado da decisão judicial, os comitês de ética hospitalar foram constituídos pela primeira vez na história.

Palavras-chave: Karen Ann Quinlan, estado vegetativo, suspensão de ventilação mecânica, comitês de ética

### Referências

1. Quinlan, J e Quinlan, JD (1977). Karen Ann: Os Quinlans contam sua história. Nova York: Livros Bantam. ISBN 0- 385- 12666- 2. I
2. "choroso Rites para Karen Quinlan" Bergen Record, 16 de junho de 1985. Acessado 04 de agosto , 2007. "Uma procissão de 75 carros Cerca Então levou a Porta do Céu Cemitério em East Hanover.
3. Kinney, HC, Korein, J., Panigrahy, A., Dikkes, P. e Goode, R. (1994). Achados Neuropatológicos no Cérebro de Karen Ann Quinlan - O Papel do Tálamo no Estado Vegetativo Persistente. O New England Journal of Medicine. 330: 1469-1475.
4. Pence, GE (2004). "Comas: Quinlan e Cruzan" em Casos Clássicos em Ética Médica, 4ª ed.

## ANEXO D

## Caso Nancy Cruzan retirada de tratamento

---

José Roberto Goldim

---

Em 11 de janeiro de 1983, Nancy Cruzan, de 25 anos, casada, perdeu o controle de seu carro quando viajava no interior do estado de Missouri;EUA. O carro capotou e ela foi encontrada voltada com rosto para baixo em um córrego, sem respiração ou batimento cardíaco detectável. Os profissionais de emergência que a atenderam foram capazes de recuperar as funções respiratória e cardíaca, sendo a paciente transportada inconsciente para o hospital. Um neurocirurgião diagnosticou a possibilidade de dano cerebral permanente devido a falta de oxigênio. O período de tempo de anóxia foi estimado em 10 a 12 minutos. Em média se estima que ocorram danos cerebrais permanentes com anóxia de 6 minutos ou mais.

A paciente ficou em coma por três semanas. O quadro evoluiu para um estado de inconsciência onde a paciente podia se alimentar parcialmente por via oral. Com a finalidade de facilitar a sua alimentação, foi introduzida uma sonda de alimentação. O seu marido autorizou este procedimento. Em outubro de 1983, ou seja, dez meses após o acidente, ela foi internada em um hospital público. Todas as tentativas de reabilitação foram mal sucedidas, demonstrando que ela não teria possibilidade de recuperar a vida de relação. Os seus pais, que também eram considerados como seus representantes legais, em conjunto com o esposo, solicitaram ao hospital que retirassem os procedimentos de nutrição e hidratação assistida, ou seja a sonda que havia sido colocada. Os médicos e a instituição se negaram a atender esta demanda sem autorização judicial.

Os pais entraram na justiça do estado do Missouri solicitando esta autorização em junho de 1989. Um representante legal foi indicado para atuar durante o julgamento. O tribunal, em junho de 1990, após realizar audiências, ordenou à instituição que atendesse a demanda da família. Esta decisão se baseou em três argumentos básicos: no diagnóstico, na previsão legal desta demanda e na manifestação prévia da vontade pessoal da paciente. O diagnóstico de dano cerebral permanente e irreversível, em consequência do longo período de anóxia, foi confirmado e não questionado. A lei do estado do Missouri e da Constituição norte-americana permitem que uma pessoa no estado da paciente pode recusar ou solicitar a retirada de "procedimentos que prolonguem a morte". considerando que ela, aos vinte anos, tinha manifestado em uma conversa séria com uma colega de quarto, que se

estivesse doente ou ferida, ela não gostaria de ser mantida viva, salvo que pudesse ter pelo menos metade de suas capacidades normais. Esta posição sugeriu que ela não estaria de acordo com a manutenção da hidratação e da nutrição nas suas condições atuais.

No túmulo de Nancy Cruzan consta a seguinte indicação:

Nascida em 20 de julho de 1957

Partiu em 11 de janeiro de 1983

Em paz em 26 de dezembro de 1990

*Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, et al*, 497 U.S. 261; 110 S . Ct. 2841; 111 L. Ed. 2d 224; 1990 U.S. Lexis