



## **TERMINALIDADE E TESTAMENTO VITAL: DELINEANDO OS CONTORNOS PARA O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA DO PACIENTE EM FACE DO COMBATE À DISTANÁSIA**

### **TERMINALITY AND VITAL TESTAMENT: DELINEING CONTOURS FOR THE EXERCISE OF PATIENT AUTONOMY IN THE FACE OF DISTANASAL COMBAT**

Júlia Roberta Santos de Almeida<sup>1</sup>  
Ana Thereza Meirelles<sup>2</sup>

#### **RESUMO**

O artigo destina-se a tratar das Diretivas Antecipadas de Vontade, mais especificamente o Testamento Vital, como instrumento do exercício e garantia da autonomia do paciente. A análise do tema partiu da observação aos princípios da dignidade humana e da autonomia, bem como dos próprios conceitos de distanásia, ortotanásia, eutanásia e diretivas antecipadas de vontade. Percebe-se na sociedade uma dificuldade em tratar do tema da terminalidade e as outras questões bioéticas com ela relacionadas. Além disso, há de se observar também a considerável atualidade dos assuntos, envolvendo o Testamento Vital, e os limites aplicados a autonomia do paciente. Tem-se como objetivo geral dissertar sobre as possibilidades que envolvem as Diretivas Antecipadas de Vontade como exercício da autonomia do paciente, em face do combate à distanásia e acredita-se que este instrumento seja um avanço real no combate a tal prática, em busca de uma terminalidade mais natural e próxima da alteridade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Testamento Vital, Distanásia, Dignidade, Alteridade, Autonomia.

#### **ABSTRACT**

The article is intended to deal with the Advance Directives of Will, more specifically the Vital Testament, as an instrument of exercise and guarantee of patient autonomy. The analysis of the theme began with the observation of the principles of human dignity and autonomy, as well as the concepts

<sup>1</sup> Graduanda em Direito pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

<sup>2</sup> Doutora em Relações Sociais e Novos Direitos pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora do curso de Direito da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Universidade Católica do Salvador (UCSal) e Faculdade Baiana de Direito.

of dysthanasia, orthothanasia, euthanasia and anticipated directives of will. It's perceived in society as a difficulty in dealing with the topic of terminality and other related bioethical issues. In addition, we must also observe the considerable relevance of the subjects, involving the Vital Testament, and the limits applied to the autonomy of the patient. The general objective is to discuss the possibilities that involve the Advance Directives of Will as exercise of the autonomy of the patient, in the face of the fight against dysthanasia and it is believed that this instrument is a real advance in the combat to such practice, in search of a terminality more natural and closer to otherness.

**KEY WORDS:** Vital Testament, Dysthanasia, Dignity, Alterity, Autonomy.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO; 2. TERMINALIDADE: ENSAIOS SOBRE A ALTERIDADE E A DIGNIDADE; 3. TESTAMENTO VITAL E A AUTONOMIA DO PACIENTE; 4. A RECORRENTE PRÁTICA DA DISTANÁSIA; 5. O TESTAMENTO VITAL COMO UM INSTRUMENTO DE COMBATE À DISTANÁSIA; CONSIDERAÇÕES FINAIS; REFERÊNCIAS.

## INTRODUÇÃO

A terminalidade da vida humana vem desde sempre envolvendo questionamentos ao longo da história da humanidade. Medo, dúvidas e expectativas, são sentimentos comuns quando a finitude da vida é o foco da discussão e, respeitados todos os posicionamentos e esperanças filosóficas e religiosas, que não são o foco deste artigo, até hoje ninguém conseguiu responder às questões envolvendo o mistério da morte.

Não se pode negar que muito tem sido feito para postergar a vida de pacientes em fase terminal. Os avanços da ciência, medicina e tecnologia envolvendo pesquisas sobre doenças e tratamentos são transmitidos com frequência pelos noticiários e pela internet, assim como o alto nível de equipamentos e profissionais dos quais as Unidades de Tratamento Intensivo dispõem para tentar garantir a manutenção da vida.

No entanto, essa manutenção da vida a qualquer custo muitas vezes não observa os requisitos básicos de qualidade e bem-estar, o que ocasiona a imputação dos pacientes à tratamentos longos, ineficazes e, por vezes, dolorosos, prática a qual dá-se o nome de distanásia.

Em sentido contrário caminha a ortotanásia, prática admitida pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução 1.805 de 2006. O referido procedimento consiste na

suspensão de tratamentos fúteis, desnecessários e desproporcionais que sejam utilizados para prolongar a vida de pacientes que se encontram em fase terminal. A medida busca amenizar o sofrimento do paciente confortando-o de todas as maneiras possíveis para que este tenha uma morte digna e sem dor.

Tal como a própria morte, as medidas tomadas para evitá-la ou recebe-la de bom grado repercutem discussões quanto a autonomia e a vontade do paciente, a vontade dos familiares e o treinamento das equipes médicas e, portanto, são temas abordados pela Bioética.

Diante deste quadro de vastas discussões acerca da terminalidade e a medida entre uma morte digna e um prolongamento desnecessário questiona-se quanto a existência de alguma medida por meio da qual os indivíduos possam tentar garantir a afirmação de sua autonomia quando não mais puderem expressar pessoal e livremente sua vontade.

Infere-se assim a relevância social do tema, tendo em vista a generalidade da morte, como um fenômeno natural e queo assunto abordado é relativamente novo para o Direito e para a sociedade de um modo geral, fazendo surgir, portanto, uma oportunidade de diálogo com a academia. Ressalta-se ainda, os conteúdos de direito civil e constitucional abraçados pelo tema no que tange a autonomia dos indivíduos e os princípios constitucionais que garantem o direito à vida e à dignidade humana.

Pretende-se, portanto, com este artigo dissertar sobre as possibilidades que envolvem as Diretivas Antecipadas de Vontade como exercício da autonomia do paciente, em face do combate à distanásia. Em específico, objetiva-se apontar a contribuição do Testamento Vital como fonte de garantia da aplicação da autonomia do enfermo, registrar as fronteiras de aplicação do testamento vital e discorrer sobre a influência dos princípios da alteridade e dignidade na implementação da ortotanásia como um contraponto às práticas distanásicas.

O curso metodológico da pesquisa perpassa pela revisão bibliográfica, principalmente, de livros e artigos, mas também de textos normativos encontrados no ordenamento jurídico brasileiro. Passa-se, portanto, as exposições sobre a terminalidade, a autonomia do paciente, o problema da distanásia e da possibilidade da utilização do testamento vital como instrumento de combate as práticas de extensão da vida.

## **2 TERMINALIDADE: ENSAIOS SOBRE A ALTERIDADE E A DIGNIDADE**

As discussões que envolvem a terminalidade da vida humana são sempre repletas de complexidades, a morte perpassa, portanto, diferentes significados e entendimentos a

depende da época, cultura, religião e filosofia de uma sociedade. Sobre isso, discorre o professor Oswaldo Giacoia Júnior<sup>3</sup>, em artigo que trata da forma como a morte tem sido vista ao longo do tempo, estabelecendo, por exemplo, comparação entre os Hindus e os ocidentais. Para aqueles, a morte seria interpretada como um rito de passagem para um estado melhor, nas palavras do autor a morte “[...] é interpretada, entre os hindus, como a via de acesso ao absoluto, ao eterno, ao Nirvana e à paz originária[...]”<sup>4</sup>. Enquanto que para os ocidentais a morte se apresentaria como “alguma coisa essencialmente negativa, como um não ser, um mal a ser tratado, justamente como aquilo que não deve acontecer e que lhes compete evitar, com todas as forças, algo a ser removido, suprimido”<sup>5</sup>.

Partindo dessa perspectiva negativa alguns locais, sobretudo os hospitais, afastam de sua rotina o diálogo sobre a finitude humana, não que seja este um assunto de fácil discussão, mas se escolhe ali a busca incessante da cura e da vida sem a recordação de que a morte é um caminho natural.

Essa naturalidade da finitude reflete o seu caráter altero e reflete principalmente a dignidade humana. Isso é o que busca relacionar o médico e professor Carlos Frederico de Almeida Rodrigues ao sugerir os tratamentos paliativos como opção a uma morte digna.

É claro que deveria interessar à medicina e à sociedade melhorar a qualidade da morte, como também se pretende em relação à qualidade de vida, o que, por diversas razões, ainda encontra sérias resistências. Uma das possibilidades de avançar nessa área seria a medicina paliativa, que poderia utilizar o pensamento levinasiano para fazer a instalação de uma relação, impossível de ser objetivada, com a alteridade da morte, escapando do extremo de arduamente buscar rechaçá-la ao esquecimento<sup>6</sup>

Sobre o direito a morte digna, percebe-se um atrito constante entre os princípios constitucionais que garantem o direito à vida e a dignidade humana, acrescidos ainda de mais um fator determinante, o instituto da autonomia. Entende-se que “morrer bem seria acompanhado da família, em um lugar agradável, com pessoas capacitadas no alívio físico e

---

<sup>3</sup> Professor Titular do Departamento de Filosofia da Unicamp desde 2013. Graduado em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1976), em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (1976). Mestre em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1983), e Doutor em Filosofia pela Freie Universität Berlin (1988). Pós-doutorado pela Freie Universität Berlin (93-94), Viena (97-98) e Lecce (2005-2006).

<sup>4</sup> (GIACOIA, 2005, p. 4)

<sup>5</sup> (GIACOIA, 2005, p. 6).

<sup>6</sup> (RODRIGUES, 2012, p. 444)

espiritual do paciente terminal, com consciência e com o menor sofrimento e degradação possíveis. Não se trataria de enfrentar a morte, mas sim, de aceitá-la<sup>7</sup>”.

Nesse contexto, morte digna pode ser entendida como aquela derivada da personalidade do próprio enfermo, de forma a preservá-la. Seria a possibilidade de garantir para o término da vida um curso semelhante ao que se teve nos anos de gozo da saúde, sem imputar ao indivíduo dor ou sofrimento.

### 3 TESTAMENTO VITAL E A AUTONOMIA DO PACIENTE

A autonomia, de modo geral, pode ser classificada como um princípio do Direito Civil que está firmado em raízes do Direito Constitucional, tendo em vista sua relação com o fundamento da dignidade humana<sup>8</sup>, previsto na Constituição Federal. Há ainda de se considerar o exercício da autonomia por meio da liberdade do indivíduo em determinar as orientações no que concerne a sua própria vida, destacando-se que essa liberdade também se trata de um direito constitucional.

Para fins de validade, sereconhece que a autonomia do indivíduo está ligada à três pressupostos, o primeiro deles, e o mais marcante, a existência de capacidade, o segundo uma liberdade sob a qual não esteja sendo exercida nenhum tipo de influência e por fim, o agir intencional<sup>9</sup>.

No entanto, critica-se esta estreita relação entre a capacidade e a autonomia. Como visto todo ser autônomo é dotado de capacidade, mas isso não quer dizer necessariamente que todo indivíduo capaz será autônomo, e ao que parece o Direito não reconheceu esta premissa. É justamente sobre este assunto que as professoras Ana Thereza e Mônica Neves se referem ao dissertarem que

O exercício da autonomia reconhecido pelo direito está tradicionalmente associado à perspectiva de alcance da capacidade, por isso, as razões subjetivas que evidenciam que nem todo sujeito normativamente capaz é

---

<sup>7</sup> Conferir SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte Digna**. Curitiba: Juruá Editora, 2010, p. 87.

<sup>8</sup> Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Brasil, CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.

<sup>9</sup> (MÖLLER, 2007, p. 89).

manifestamente autônomo para exercer determinadas decisões terminam não sendo contempladas pela ótica jurídica.<sup>10</sup>

Nesse contexto, percebe-se que o mais adequado ao analisar o princípio da autonomia seria absorver o entendimento extraído da ótica da bioética, vez que, nessa esfera a percepção quanto a autonomia “desloca-se para uma abordagem aplicada, na medida em que considera a situação pessoal do agente manifestante da vontade, avaliando-o, inclusive, sob o manto da vulnerabilidade diante da relação em que deva manifestar consentimento”<sup>11</sup>.

Para o reconhecimento atual, atribuído através do direito, uma vez identificada a capacidade do indivíduo, estará este apto a desempenhar sua autonomia.

Sob a ótica da bioética principialista é possível estudar o princípio da autonomia, consistindo que, nos casos de acompanhamento médico, o indivíduo enfermo e também seus familiares sejam convidados a participarem do processo de tomada de decisões quanto aos rumos do tratamento<sup>12</sup>.

No entanto, imagine que o paciente em questão se encontre em um estágio avançado de uma doença e que não mais consiga expressar livremente a sua vontade quanto aos rumos do próprio tratamento. Nesta determinada situação, como fazer valer a autonomia e a liberdade de escolha deste paciente?

Ainda que o princípio da autonomia deixe também a cargo da família as escolhas que darão sequência ao tratamento, não serão ali ratificadas, propriamente, as intenções pessoais do paciente. As decisões a serem tomadas com a proximidade do final da vida humana envolvem, entre outras, a esfera emocional. Se os próximos passos do tratamento estiverem a cargo da família, como medir a opção dos familiares pela manutenção da vida até as últimas consequências, uma vez motivadas pelo sentimento que carregam pelo doente? Ou como prosseguirá o tratamento se o internado estiver sob os cuidados de uma equipe médica paternalista? Vez que, admite-se que “há o paternalismo médico em algumas decisões sobre o procedimento adotado para salvar a vida de um paciente”<sup>13</sup>.

Justamente neste ponto surgem as Diretivas Antecipadas de Vontade, como um mecanismo de manutenção da autonomia perdida devido ao estado terminal. Esta autonomia, antes característica do indivíduo será considerada o fundamento legal para a realização do testamento vital, em conjunto com a própria dignidade humana.

---

<sup>10</sup> (ARAÚJO; SILVA, 2017, p. 729).

<sup>11</sup> (ARAÚJO; SILVA, 2017, p. 730).

<sup>12</sup> (CAMARGO, 2013, p. 50).

<sup>13</sup> (SALDANHA, 2017, p. 42).

O testamento vital, por sua vez, pode ser entendido como uma espécie das Diretivas Antecipadas de Vontade, reconhecidas no Brasil a partir de Resolução 1995/2012<sup>14</sup> do Conselho Federal de Medicina. São estas diretivas, instruções, ditadas pelo próprio paciente, para orientar seu cuidado médico, mas que só poderão ser aplicadas diante de situações de doenças terminais ou de irreversibilidade do quadro clínico e a partir do momento em que o enfermo, não puder por sua conta, expressar sua opinião quanto aos rumos do tratamento.

Para a edição da referida resolução, o CFM levou em consideração cinco fatores relevantes, destacando-se entre eles a importância da autonomia do paciente perante o profissional da área médica durante o tempo do tratamento e a problemática da utilização das tecnologias para a manutenção extensiva da vida do enfermo que se encontra em estado terminal, sem que essa extensão seja realmente benéfica ao paciente.<sup>15</sup>

Quanto ao reconhecimento do Testamento Vital, prevalece o entendimento que se trata de um instrumento fruto da autonomia do paciente e, por isso, precisa ser firmado obedecendo aos requisitos das decisões autônomas (vontade livre e esclarecida somada à capacidade). Com o cumprimento destes requisitos, passa a expor o paciente sobre o tipo de cuidados e tratamentos aos quais deseja, ou não, submeter-se.

Para fazer valer a vontade esclarecida do paciente é interessante que no momento da elaboração de seu testamento vital ele esteja acompanhado de médico e advogado de sua confiança, para que eventuais dúvidas sobre procedimentos e a própria doença sejam sanadas.

---

<sup>14</sup>Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1.995/2012.**

<sup>15</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1.995/2012.**

Sobre Isso, disserta Lippman, ao afirmar que “uma das funções mais importantes do médico é, na medida do possível, antecipar e mostrar claramente as decisões que poderão ser tomadas a cada passo do processo terapêutico, no caso da evolução da doença preexistente”<sup>16</sup>. Destaca-se ainda a importância deste acompanhamento tendo em vista a problemática da vulnerabilidade, vez que esta é naturalmente registrada em pessoas que por algum motivo estejam realizando um tratamento médico, frente ao alcance de uma compreensão adequada sobre os riscos e efeitos de um tratamento terapêutico <sup>17</sup>.

No que consiste a participação do advogado, a recomendação é no sentido de:

[...] garantir que o testador seja completamente esclarecido sobre as implicações do que está assinando, que o testamento seja feito de forma correta perante à lei, para ser reconhecido como válido quando necessário, e mostre que ele representa efetivamente a vontade do testador, caso haja contestação perante um tribunal <sup>18</sup>.

Estar acometido por uma doença grave no momento da redação do Testamento Vital não se configura como requisito, podendo a qualquer momento uma pessoa decidir realiza-lo. Quanto a isso, discorre Ernesto Lippmann ao mencionar a imprevisibilidade com a qual o ser humano pode ser submetido a uma situação que o impossibilite de exprimir sua vontade, como por exemplo, um AVC.

Embora a maioria dos casos de terminalidade decorra de quadros de evolução lenta, como muitos tipos de câncer, há outros casos que aparecem sem qualquer aviso, como o AVC, os acidentes de carro que levam a perda de consciência ou, ainda, os assaltos seguidos de agressão que podem gerar graves sequelas. Entendemos daí que não se deve esperar uma doença grave para que o testamento seja feito <sup>19</sup>.

Quanto ao conteúdo, o Testamento admite -se um rol de possibilidades, como, por exemplo, a de não serem utilizados mecanismos sucessivos de reanimação e a não intubação. O documento traz ainda a possibilidade de pedido de cuidados paliativos, pressupostos na ortotanásia.

Vale ressaltar que o instituto do testamento vital em nada se confunde com a eutanásia, vez que esta, ocorre quando há a interrupção antecipada da vida, na busca pelo alívio do sofrimento do paciente. A prática da eutanásia é proibida no Brasil e, pode ser punida aos moldes do Código Penal. Além de figurar claramente como conduta ilícita no

<sup>16</sup> (LIPPMANN, 2013, p. 42).

<sup>17</sup> (ARAÚJO; SILVA, 2017, p. 730).

<sup>18</sup> (LIPPMANN, 2013, p. 47).

<sup>19</sup> (LIPPMANN, 2013, p. 22).



Código de Ética Médica no caput do Art.41, sendo vedado ao médico “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”<sup>20</sup>. Nesse contexto, não compete ao paciente, por exemplo, a decisão da retirada de mecanismos artificiais de alimentação e hidratação, pois estes são recursos essenciais a vida em quaisquer de suas etapas e a interrupção desses elementos resultará, conseqüentemente, em óbito<sup>21</sup>.

De acordo com a redação conferida pela Resolução 1995 de 2012, o médico responsável pelo acompanhamento do paciente deverá levar em consideração as Diretivas de Vontade Antecipadas, tão logo que a equipe médica tome conhecimento de sua existência, por meio do registro no prontuário. As vontades do paciente deverão ser consideradas ainda que sejam divergentes da vontade dos familiares e apenas um parecer médico pode contrariar os registros deixados no testamento vital<sup>22</sup>.

Vale ressaltar ainda, que o médico poderá deixar de apreciar o testamento vital nos casos em que o documento seja contrário aos mandamentos do Código de Ética Médica, não podendo, por exemplo, ser apreciado um pedido de eutanásia<sup>23</sup>.

Nesse contexto de fronteiras do testamento vital, discute-se também o limite da autonomia do paciente frente a atuação das equipes médicas. Percebe-se que as duas resoluções do CFM (1805/2006 e a 1995/2012) concentram o poder de decisão mais nas equipes médicas, que na própria autonomia do paciente, vez que é o médico que decide as proporções do tratamento a ser conferido. Embora o paciente tenha, por exemplo, deixado em seu testamento o registro de que não deseja ser submetido a tratamentos que possam a vir prolongar descabidamente a sua vida é o próprio médico que determina essa medida do descabimento.

Pode-se perceber que nesse sentido a atuação dos médicos vem sendo protetivas, pois nesse quesito paira uma nebulosidade na determinação do que seria considerado um tratamento desproporcional, o que pode ser elemento justificador da recorrência da prática da distanásia.

Por fim, cabe a ressalva, de que o Testamento Vital não é um documento vitalício, podendo este ser revogado ou modificado a qualquer tempo por seu testador, vez que é, pois,

---

<sup>20</sup> Brasil, Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1931/2010.**

<sup>21</sup> (DADALTO, Luciana *apud* LIPPMANN, 2013, p. 41).

<sup>22</sup> Brasil, Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1995/2012.**

<sup>23</sup> Brasil, Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1995/2012.**

um documento de fácil acesso e assim como os outros testamentos não é necessária uma justificativa para a realização de qualquer alteração de conteúdo <sup>24</sup>.

#### **4 A RECORRENTE PRÁTICA DA DISTANÁSIA**

Os avanços biotecnológicos, sem dúvida, influenciaram de maneira positiva o sistema de saúde, não só no Brasil, como no restante do mundo. Graças às novas tecnologias, doenças podem ser diagnosticadas com maior precisão, quando estão em um estágio inicial, o que facilita a atuação médica e aumenta significativamente a chance de cura. Exemplo disso pode ser o caso do câncer de cólon, que, segundo Ricardo Abdalla, à época da matéria, Diretor do Departamento Cirúrgico do Hospital Brigadeiro, “nos estágios iniciais, a chance de cura chega a 80%. ‘Sem o diagnóstico precoce, a chance cai para baixo de 50%’ O tratamento, dependendo do caso, é feito a partir de rádio ou quimioterapia e cirurgia” <sup>25</sup>.

No entanto, os benefícios dessa onda tecnológica são suprimidos quando se passa a utilizar de tais mecanismos, em contrário a vontade do indivíduo ou de forma a estender artificialmente a vida do enfermo. É o que ocorre, portanto, com a prática da distanásia.

A distanásia é um procedimento oposto à eutanásia e a ortotanásia. Enquanto na eutanásia utiliza-se de meios de abreviar a vida do paciente, na distanásia ocorre a utilização de recursos para garantir o prolongamento da vida humana até as últimas consequências. Nesta prática, a primazia é a manutenção quantitativa da vida do sujeito, estendendo-se ao máximo possível o tempo de vida, em detrimento da observância dos critérios da qualidade.

Outra forma de caracterizar a distanásia é a utilização de procedimentos fúteis ou inúteis à preservação da vida, que chegam a causar dor e sofrimento ao paciente, um prolongamento, não necessariamente da vida, mas do processo de morrer <sup>26</sup>. Em contraposição, a ortotanásia é o ato de “limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal” <sup>27</sup> de forma a evitar justamente os tratamentos fúteis que apenas prolonguem desproporcionalmente a vida do paciente.

No que concerne a dor e ao sofrimento Léo Pessini faz interessante distinção abrangendo a seara física e emocional do enfermo. Em sua explicação, distingue:

---

<sup>24</sup> (LIPPMANN, 2013, p. 48).

<sup>25</sup> PORTAL DO GOVERNO, 2009.

<sup>26</sup> (PESSINI, Leocir, *apud* SALDANHA, 2017, p. 57).

<sup>27</sup> Brasil, Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1805/2006.**

A dor tem duas características importantes: a primeira é que estamos frente a um fenômeno dual - de um lado a percepção da sensação e de outro a resposta emocional do paciente a ela. A segunda característica é que a dor pode ser experienciada como aguda, e, portanto, passageira, ou crônica, e conseqüentemente persistente.

Por outro lado, o sofrimento pode ser entendido como sendo a “experiência de impotência com o prospecto de dor não aliviada, situação de doença que leva a interpretar a vida vazia de sentido. Portanto, o sofrimento é mais global que a dor e, essencialmente, é sinônimo de qualidade de vida diminuída”. E, por fim, Pessini relaciona a implicação da dor e do sofrimento à prática da distanásia.

A diferença entre dor e sofrimento tem um grande significado quando temos que lidar com a dor em pacientes terminais. Um dos principais perigos em negligenciar esta distinção no contexto clínico é a tendência dos tratamentos se concentrarem somente nos sintomas físicos, como se apenas estes fossem a única fonte de angústia para o paciente. Além disso, nos permite continuar agressivamente com tratamentos médicos fúteis, na crença de que enquanto o tratamento protege os pacientes da dor física igualmente os protege de todos os outros aspectos. Em outras palavras, a distinção nos obriga a perceber que a disponibilidade de tratamento da dor em si não justifica a continuação de cuidados médicos fúteis. A continuação de tais cuidados pode simplesmente impor mais sofrimentos para o paciente terminal.

Ainda nesse contexto, Saldanha explana sob a perspectiva de André Luis Adoni, que “o prolongamento da vida através da distanásia pode ser considerado um sofrimento em dobro, pois, além de estar em uma difícil situação o paciente ainda é colocado à prova física do maior tempo possível de vida na enfermidade, na maioria das vezes sem expectativa de melhora”<sup>28</sup>. A prática da distanásia, fere, portanto, diretamente o princípio da dignidade humana, para fazer prevalecer o direito à vida.

O contexto da utilização da distanásia é sempre conflituoso, envolvendo basicamente três esferas subjetivas. O paciente, a equipe médica e a família do paciente. Nesses casos, geralmente o paciente se encontra em uma situação de extrema vulnerabilidade devido a sua própria condição de saúde, mas também quanto ao exercício de sua autonomia, não sendo possível externar quanto aos seus desejos.

No que tange a equipe médica, o próprio processo de formação, direciona o médico para a persistência na cura. Sobre este tema, Lippman, aborda em sua obra a entrevista do médico José Eduardo de Cerqueira à revista época. Na fala do médico, destaca-se “a educação

---

<sup>28</sup> (SALDANHA, 2017, p. 57).

dele (o médico) é para curar. Durante todo o curso ele imagina que isso é possível. E isso só é possível eventualmente”<sup>29</sup>.

Já no que consiste a família, as circunstâncias emocionais projetam a esperança na cura e na reabilitação do doente, dificultando as tomadas de decisões que envolvam a retirada de tratamentos, mesmo que essa permanência possa estar traduzindo para o enfermo uma experiência de mais sofrimento que benefícios.

## **5 O TESTAMENTO VITAL COMO UM INSTRUMENTO DE COMBATE À DISTANÁSIA**

Para estabelecer a relação entre os elementos da discussão, primeiramente faz-se o destaque para a distanásia como uma prática que retira do sujeito a possibilidade de um caminho natural para a terminalidade, postergando sua existência em detrimento de sua qualidade de vida. Por outro lado, sublinha-se o testamento vital como a expressão da autonomia do sujeito.

A própria Resolução 1995/2012, considerou o combate à distanásia em sua exposição de motivos ao considerar 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”<sup>30</sup>.

O uso do testamento vital dá a chance de garantia da manutenção da dignidade do doente, vez que, já ponderou Léo Pessini que “a doença destrói a integridade do corpo, e a dor e o sofrimento podem destruir a integridade global da pessoa”<sup>31</sup>. Esse sofrimento pode ser ampliado quando o paciente não tem mais condições de se expressar e continua sendo submetido a tratamentos com os quais não deu sua anuência.

A existência de um documento como este, possibilita à família uma harmonia maior diante de situações de doenças terminais, pois entre os entes familiares surgem opiniões diversas quanto ao futuro e aos limites do tratamento. Ernesto Lippmann aborda esse aspecto do testamento vital em sua obra da seguinte maneira:

Uma das grandes angústias e fontes de desavenças familiares entre aqueles que têm uma pessoa querida em estado terminal é a questão de até que altura se deve investir na terapia do paciente, e quais são, de fato, suas vontades. Assim, fazer uma declaração por escrito enquanto se está saudável torna

---

<sup>29</sup> (SIQUEIRA, José Eduardo *apud* LIPPIMANN, 2013, p. 56).

<sup>30</sup> Brasil, Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1995/2012**.

<sup>31</sup> (PESSINI, 1996, p. 5)

mais tranquila a tomada de decisão familiar, pois será de conhecimento de todos qual é exatamente o desejo daquele que não tem mais como se expressar.<sup>32</sup>

Outra possibilidade elencada pelo autor é a de o paciente ter eleito em seu testamento um representante, que levará à equipe médica encarregada dos cuidados do enfermo a existência do testamento vital. Na ocasião em que esse representante não for um membro da família, retira-se desta o peso de uma decisão em um momento minucioso.

Outro ponto importante é que o testamento vital possibilitará para aqueles que desejem delegar as decisões relativas à sua saúde a uma terceira pessoa que não pertença à família- como um médico de sua confiança-, poupar os entes familiares de serem responsáveis por tratar desses assuntos delicados com uma equipe médica, em um momento difícil e no qual estarão fragilizados emocionalmente.<sup>33</sup>

Além das questões familiares, o testamento vital reforça a relação médico- paciente, tendo em vista a obrigatoriedade do cumprimento das diretivas antecipadas do paciente pela equipe médica. A resolução que trata do tema anuncia no Art. 2º § 3º que “As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares”<sup>34</sup>.

A admissibilidade do testamento vital, traz ainda em seu bojo, a possibilidade de implantação da ortotanásia. Isso poderá ocorrer quando, o testador, deixar em sua declaração a determinação para a suspensão de tratamentos desproporcionais, fúteis ou ineficazes, justamente aqueles caracterizadores da distanásia.

Sobre essa matéria, disserta o Parágrafo Único do Art. 41 do Código de Ética Médica, ao reafirmar a suspensão de tratamentos fúteis, sob pena de praticar a distanásia, a medida que o referido dispositivo dispõe que:

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.<sup>35</sup>

Ao optar pela ortotanásia em seu testamento vital, e obedecendo a todos os critérios de aplicação, o paciente abre mão das intervenções terapêuticas e se permite ser tratado com o

---

<sup>32</sup> (LIPPMANN, 2013, p. 22).

<sup>33</sup> (LIPPMANN, 2013, p. 22-23).

<sup>34</sup> Brasil, Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1995/2012.**

<sup>35</sup> Brasil, Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1931/2010.**

uso dos cuidados paliativos. O Manual de Cuidados Paliativos traz a definição desse tratamento segundo a Organização Mundial da Saúde, que em 2002 definiu essa corrente como a “que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento”<sup>36</sup>. Para que o tratamento paliativo seja administrado há ainda a necessidade de uma avaliação para identificar o melhor tratamento contra a dor, bem como entender os problemas físicos, emocionais e até religiosos, com os quais o paciente possa estar lidando.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No decorrer deste artigo foi possível salientar as complexidades sob as quais estão pautadas as questões sobre a terminalidade da vida humana. Todo esse grau de enredamento deve-se principalmente, além das próprias questões existenciais, pelo choque entre os princípios constitucionais que garantem o direito à vida, a dignidade e a autonomia. No entanto, ao que parece, os princípios da dignidade e da autonomia tem se sobressaído ao da vida, a partir do entendimento que não é possível existir vida sem dignidade e sua medida perpassa pelas decisões individuais relacionadas a vida de cada pessoa.

A discussão quanto a dignidade ultrapassa o período de pleno gozo da saúde, alcançando também o direito a uma morte digna. Acerca disto, apresentou-se a problemática da distanásia, que com diversas possibilidades de ser imputada, fere esse direito a morte digna do paciente.

Em face dessa morte degradante apresenta-se como alternativa a possibilidade de exercício das Diretivas de Vontade Antecipadas, sobretudo, na forma do testamento vital. Este por sua vez garantirá ao paciente a manutenção da expressão da sua vontade no que tange o percorrer de sua própria finitude, delimitando a que tipo de procedimentos está disposto a passar. E mais, é o testamento vital o instrumento que pode dar ao paciente a autodeterminação pela aplicação da ortotanásia, medida que tem como princípio uma aproximação natural do momento da morte, evitando a manifestação de dor e sofrimento.

Quanto ao exercício da autonomia, percebe-se que, uma ampla orientação de profissionais das áreas médicas e jurídicas, podem garantir ao testador um grau de maior esclarecimento sobre os riscos e efeitos latentes de um documento como tal, bem como maior

---

<sup>36</sup> BRASIL, Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2009.

compreensão sobre os termos técnicos que possam nublar o entendimento do paciente. Essa comunicação reafirma a autonomia pois não é vista apenas pelo espectro da capacidade.

Ainda no que se dirige à autonomia do enfermo, esta quando colocada frente a ao exercício da profissão médica encontra alguns limites que podem ser decorrentes da falta de específica conceituação sobre os aspectos dos tratamentos. Mas por outro lado o registo da vontade do paciente reforça a segurança do médico em aplicar a ortotanásia quando ele também está convencido de que o estado de saúde do paciente alcançou o nível da irreversibilidade.

Conclui-se, portanto, que a utilização do testamento vital, seja a medida por meio da qual os indivíduos possam tentar garantir a afirmação de sua autonomia quando não mais puderem expressar pessoal e livremente sua vontade.

Isso, permite ao paciente usufruir de alternativas que vão ao encontro de sua vontade, para o alcance de uma morte digna, com o mínimo de sofrimento possível ao garantir uma aproximação da finalidade mais calma natural, e, portanto, mais próxima da alteridade.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana T. M.; SILVA, Mônica N. A. Prática médica e diretivas antecipadas de vontade: uma análise ético-jurídica da conformação harmônica entre os pressupostos autonomia e alteridade. **Revista Jurídica Cesumar**, v. 17, n. 3, p. 715-739, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/5686/3095>>. Acesso em: 03 out. 2018.

BARROSO, Luis Roberto; Martel, Letícia. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual da vida. **Revista da Faculdade de Direito UFU**. v. 38: 235-274, 2010. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/18530/9930>>. Acesso em: 29 set. 2018.

BIONDO, C., SILVA, M., & SECCO, L. (2009). Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 17, n. 5, p. 613-619, 1 out. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4046>>. Acesso em: 28 set. 2018.

BRASIL, Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1.805/2006**. Dispõe sobre a prática da ortotanásia em pacientes com doenças em fase terminal. Brasília: 2006. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm)>. Acesso em: 23 set. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.931/2009**. Código de Ética Médica. Brasília, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2018.

CAMARGO, Marculino. **Manual sintético de bioética: o agir da vida**. Curitiba: Juruá, 2013. Disponível em: <<https://www.jurua.com.br/bv/conteudo.asp?id=23194&pag=1>>. Acesso em: 25 set. 2018.

DADALTO, Luciana. **Diretivas Antecipadas**. Testamento Vital. Disponível em: <<https://testamentovital.com.br/diretivas-antecipadas/>>. Acesso em: 28 set. 2018.

GIACOIA, Júnior O. A visão da morte ao longo do tempo. **Revista Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 38, n.1, p.13-19, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/418/419>>. Acesso em: 28 set. 2018.

GONÇALVES, Juliana; ARMELIN, Priscila. Bioética e Direito: Uma Interseção pelo Biodireito. **Revista Jurídica Luso Brasileira**, v. 2, n. 5, p. 843-862, 2016. Disponível em: <[http://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/tjlb/2016/5/2016\\_05\\_0843\\_0862.pdf](http://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/tjlb/2016/5/2016_05_0843_0862.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2018.

LIPPMANN, Ernesto. **Testamento Vital**. São Paulo: Matrix, 2013.

MÖLLER, Letícia Ludwig. **Direito à Morte com Dignidade e Autonomia**. Curitiba: Juruá Editora, 2007. Disponível em: <<https://www.jurua.com.br/bv/conteudo.asp?id=20187&pag=89>>. Acesso em: 28 set. 2018.

PESSINI, Leo. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, Brasília, v. 4, n.1, 1996. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394/357](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357)>. Acesso em: 29 set. 2018.

PORTAL DO GOVERNO. **Câncer de cólon é diagnosticado tardiamente**. Jornal da Tarde, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/na-imprensa/cancer-de-colon-e-diagnosticado-tardiamente/>>. Acesso em: 29 set. 2018.

RODRIGUES, Carlos Frederico de Almeida. Alteridade da morte na perspectiva de Emmanuel Levinas. **Revista Bioética Brasília**, v. 20, n. 3, p. 442-450, 2012. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/764/817](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/764/817)>. Acesso em: 28 set. 2018.



SALDANHA, Rodrigo Róger. **Testamento Vital** - Aspectos Controversos e a Autonomia do Enfermo. Curitiba: Juruá Editora, 2017, 130p. Disponível em: <<https://www.jurua.com.br/bv/conteudo.asp?id=26232&pag=57>>. Acesso em: 04 set. 2018.

SIMM, Camila Beatriz. **Direito a uma morte digna e pacientes terminais**. Portal e-governo. Julho 2012. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/direito-uma-morte-digna-e-pacientes-terminais>>. Acesso em: 28 set. 2018.