



Estudos Teológicos foi licenciado com uma Licença Creative Commons –  
Atribuição – NãoComercial – SemDerivados 3.0 Não Adaptada

## DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E TESTAMENTO VITAL: UMA QUESTÃO SEMÂNTICA?<sup>1</sup>

*Advance directives of desires and living will: a semantic issue?*

Marcia Regina Chizini Chemin<sup>2</sup>  
Waldir Souza<sup>3</sup>

**Resumo:** Com o intuito de respeitar a autonomia da pessoa enferma, a fim de que sua terminalidade possa ocorrer de forma mais humana, digna e respeitosa, surge um meio com o qual contar. Recentemente o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução 1995/2012 que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade, notada preocupação com a qualidade de vida da pessoa enferma acometida de doença em fase terminal. Este artigo tem como objetivo aclarar a diferença ou não entre diretivas antecipadas de vontade e testamento vital, fazendo uma revisão histórica acerca do documento e ao mesmo tempo mostrando sua relevância.

**Palavras-chave:** Autonomia. Testamento vital. Diretivas antecipadas de vontade. Bioética. Teologia.

**Abstract:** In order to respect the autonomy of the sick person, so that their terminality may occur in a more humane, dignified and respectful manner, a means arises on which one can count. Recently The Federal Council of Medicine has edited the resolution 1995/2012 which provides for the Advance Directives Will, which shows noted concern with the quality of life of the sick person afflicted with a disease in the terminal stage. This article aims to clarify the difference or not between Advance Directives Will and Living Will, making a historical review about the document, and at the same time showing its relevance.

**Keywords:** Autonomy. Living Will. Advance Directives Will. Bioethics. Theology.

---

<sup>1</sup> O artigo foi recebido em 18 de abril de 2015 e aprovado em 29 de outubro de 2015 com base nas avaliações dos pareceristas *ad hoc*.

<sup>2</sup> Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da PUCPR, Curitiba/PR, Brasil. Contato: maychizini@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Doutor em Teologia. Professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética e do Programa de Pós-Graduação em Teologia da PUCPR, Curitiba/PR, Brasil. Contato: waldir.souza@pucpr.br; wacasouza@yahoo.com.br

## **Introdução**

No eterno afã de durar para sempre, o ser humano vem tentando de todas as formas viver mais, e a medicina vem proporcionando oportunidade para isso. O problema está no limite das intervenções sobre o corpo humano. É a constante negação da morte, sendo que “o indivíduo é por natureza temporário [...] a pessoa é o meio através do qual a eternidade se expõe às decisões do tempo, nas ocasiões irrepetíveis das trajetórias finitas de vida, o resultado precisa sempre de novo ser decidido”<sup>4</sup>. Nesse cenário surge um meio pelo qual a pessoa enferma pode se manifestar quanto ao tratamento que aceita ou não se submeter: as diretivas antecipadas de vontade.

Alarcos<sup>5</sup>, ao abordar os princípios da bioética moderna, reforça o papel central da autonomia, citando Beauchamp e Childress enquanto examinam o conceito de autonomia no contexto da tomada de decisão no âmbito biomédico, que propõem

encontrar uma compreensão da autonomia que permita determinar o campo de ação humana amparado pelas normas éticas e legais sobre o consentimento informado, o direito de recusar tratamentos médicos, os deveres relacionados com a obrigação profissional de guardar segredo médico ou de dizer a verdade ao enfermo.

Ele considera que a obrigação de respeitar a autonomia exigirá que se aja positivamente ressaltando que “não basta, em todos os casos, uma atitude respeitosa que se abstém de interferir nas decisões autônomas de outras pessoas [...] O respeito exige que façamos o que está ao nosso alcance para fortalecer a autonomia dos seres pessoais”.

A autonomia como um conceito que está propriamente ligado à escolha reflexiva individual e que não deve ser pensado como rejeição à autoridade está presente na compreensão bioética de uma relação médico-paciente onde o segundo não tem a liberdade de escolha tolhida enquanto o primeiro, também agindo autonomamente, não recorre a justificativas moralistas.<sup>6</sup>

Autonomia, do grego *auto* (próprio) e *nomos* (lei, norma), implica que a pessoa por si mesma deve ser capaz de estipular as leis que dirigem sua vida. Está relacionada à responsabilidade no exercício da liberdade de moldar a própria vida, realça, revela e destaca a dignidade da pessoa humana.<sup>7</sup>

O respeito pela autonomia do indivíduo é o ponto crucial, pois, como alerta Alarcos<sup>8</sup>, ser autônomo não é o mesmo que ser respeitado como sujeito autônomo, o respeito exige que seja reconhecido o direito do sujeito moral de ter seu ponto de vista, que possa fazer suas próprias opções e agir conforme seus valores e crenças.

---

<sup>4</sup> JONAS, Hans. *O Princípio Vida: fundamentos para uma biologia filosófica*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 268.

<sup>5</sup> ALARCOS, Francisco José. *Bioética e Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulinas, 2006. p. 161.

<sup>6</sup> SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Orgs.). *Bioética*. São Paulo: USP, 2008. p. 87-89.

<sup>7</sup> BLACK, Peter; O'NEIL, Kevin. J. *Manual Prático de Moral*. Aparecida: Santuário, 2007. p. 196.

<sup>8</sup> ALARCOS, 2006, p. 161.

Discutir questões que se referem ao prolongamento da vida sob a ótica da bioética, além de considerar a autonomia, “também vai ao encontro de outro princípio bioético: a beneficência, que é o dever de agir no interesse do paciente”<sup>9</sup>.

O juramento hipocrático, nascido dentro de um contexto onde o exercício da medicina era uma espécie de sacerdócio, onde os médicos eram como que mediadores entre os deuses e a humanidade, dá ênfase ao critério decisório do médico. Desconsiderando a opinião do paciente, instrui Hipócrates em outros textos, a ocultar a verdade ao paciente.<sup>10</sup>

Com os avanços técnico-científicos da medicina, extraordinários, e cada vez mais disponíveis, há casos de verdadeira obstinação terapêutica. A manutenção da vida de uma pessoa enferma em fase terminal de doença por mais alguns dias ou por mais algumas horas se torna questão de honra para o médico, o preço de tal obstinação é um sofrimento indizível para a própria pessoa enferma e também para seus familiares.

Spinsanti<sup>11</sup> alerta que é necessário considerar o princípio segundo o qual a crescente disponibilidade dos meios terapêuticos, por si mesma, não cria a obrigação moral de usá-los. No mesmo sentido, Engelhardt considera que a medicina não tem que salvar vidas a qualquer custo e salienta que a relação médico-paciente compreende a aceitação de compromissos e estabelecimento de limites.<sup>12</sup>

Morrer com dignidade é um direito, assim como o é viver bem a própria morte. A ideia de que a morte possa ser derrotada é um equívoco, não há poder para tanto, como gostariam tanto médicos como pacientes. Em final de vida, a relação médico-paciente é marcada pela impossibilidade de curar.<sup>13</sup>

A relação paternalista médico-paciente já não tem lugar. Não só os médicos, mas também os pacientes e seu entorno precisam superá-la. Nesse sentido, quando da definição de um diagnóstico e/ou prognóstico, a comunicação deve ser esclarecedora de modo a oferecer informações suficientes para promover a autonomia da pessoa enferma, que poderá julgar de acordo com sua consciência a que tratamento quer se submeter.

A capacidade de autogoverno e autodeterminação das pessoas sofre cada vez mais limitações, seja por degeneração neurológica advinda de enfermidades comuns a uma vida mais longa, seja pelo uso dos recursos tecnológicos em prol de prolongar a vida, mesmo àquela já sem perspectiva.

Inclusive no texto da Exposição de Motivos da Resolução 1995/12<sup>14</sup> estão elencadas justificativas que abordam as dificuldades das pessoas enfermas no contex-

---

<sup>9</sup> ALARCOS, 2006, p. 161.

<sup>10</sup> SIQUEIRA, José Eduardo; ZOBOLI, Elma; KIPPER, Délio J. *Bioética Clínica*. São Paulo: Gaia, 2008. p. 65.

<sup>11</sup> SPINSANTI, Sandro. *Ética Biomédica*. São Paulo: Paulinas, 1990. p. 202.

<sup>12</sup> ENGELHARDT JR., Hugo Tristram. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola, 1998. p. 346.

<sup>13</sup> PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004. p. 197.

<sup>14</sup> BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1995, de 9 de agosto de 2012. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, 31 de agosto de 2012. Seção 1. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso: 18 jan. 2014.

to de final de vida, sendo relatada a “incapacidade de comunicação que afeta 95% dos pacientes”. E o mesmo documento refere que “pesquisas internacionais apontam que aproximadamente 90% dos médicos atenderiam às vontades antecipadas do paciente no momento em que este se encontre incapaz para participar da decisão”.

Essas constatações ensejaram o estabelecimento da Resolução 1995/12<sup>15</sup>, que define as 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”.

## **O ser humano terminal**

É lugar-comum equivocadamente pensar que a morte é sempre acompanhada de dor e sofrimento, o que causa medo. Outro equívoco é crer que as pessoas precisam estar inconscientes no momento da morte para morrer bem. Outro ainda é que as pessoas idosas obrigatoriamente ficarão senis, dementes e incontinentes, solitárias e isoladas. E isso é tão verdade quanto pensar que um velho morrerá antes de um moço. Quanto mais a ciência avança, mais se teme e se nega a morte como realidade.<sup>16</sup>

Apesar de todos os esforços tecnológicos, existem doenças que são sentenças de morte, os enfermos dessas doenças são estigmatizados e discriminados. Sem algum esforço em tratar o paciente como uma pessoa, esse se vê transformado em mero objeto de intervenção, são invadidos por todo tipo de tubos e cateteres, exames e aparelhos o controlam, sua doença é tratada, ele, o enfermo portador da doença, não é cuidado, raramente é consultado sobre seus desejos.<sup>17</sup>

Cabe citar Andrade<sup>18</sup> para esclarecer os termos: ortotanásia, do grego *orto* (“correto”) + *thanatos* (“morte”), caracteriza a morte natural quando o paciente é atendido, procurando-se aliviar seus sofrimentos, sem insistir em terapêuticas ineficazes para esse; e, em contraponto, a distanásia, do grego *dis* (“incorreto”) + *thanatos* (“morte”), caracterizada pela morte sofrida, associada à obstinação terapêutica. Do ponto de vista médico, *paciente terminal* é “aquele que, na evolução de sua doença, é incurável ou sem condições de ter prolongada a sua sobrevivência, apesar da disponibilidade dos recursos, estando, pois, num processo de morte inevitável”<sup>19</sup>. O motivo que leva a pessoa enferma a ser declarada em quadro clínico de irreversibilidade não

---

<sup>15</sup> BRASIL, 2012. Seção 1.

<sup>16</sup> KOVÁCS, Maria Júlia. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 195-197.

<sup>17</sup> KOVÁCS, 2002, p. 197.

<sup>18</sup> ANDRADE, Edson de Oliveira. A ortotanásia e o direito brasileiro: a resolução do CFM n. 1805/06 e algumas considerações preliminares à luz da legislação brasileira. In: BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo (Orgs.). *Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 165-183.

<sup>19</sup> FRANÇA, Genival V. In: MARINELI, Marcelo Romão. A Declaração de Vontade do Paciente Terminal. As diretivas antecipadas de vontade à luz da Resolução 1995/2012 do CFM. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 18, n. 3774, 31 out. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/25636>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

é determinante, pode advir de doença crônico-degenerativa, de acidente, entre outras causas, inclusive ter origem em tentativa de homicídio ou suicídio.<sup>20</sup>

Marineli completa a definição incluindo cuidados paliativos que possam estar sendo feitos no domicílio do paciente:

Assim pode ser considerado terminal, [...] o moribundo, aquele que está em processo de agonização, [...]; aquele acometido de doença incurável em estágio avançado, está internado em hospital ou em “home-care” sob cuidados médicos, com uma estimativa acerca de tempo para morrer; aquele que teve morte encefálica declarada e sobrevive ligado a aparelhos<sup>21</sup>.

## Histórico

Acompanhando o relato de Clemente e Pimenta<sup>22</sup>, temos que, em 1967, a Sociedade Americana para a Eutanásia propôs o *Living Will*, como documento de cuidados antecipados, pelo qual os indivíduos poderiam registrar sua vontade quanto a intervenções médicas para a manutenção da vida. Kutner, em 1969, sugeriu um modelo onde o próprio indivíduo declarava que se entrasse em estado vegetativo, com impossibilidade segura de recuperar suas capacidades físicas e mentais, deveriam ser suspensos os tratamentos médicos. Antes, em 1968, na Flórida, numa iniciativa de Walter Sackett, houve a primeira tentativa de se promulgar lei apropriada, que não obteve êxito.

A partir de 1972 esse documento passa a ter valor legal, tendo surgido com o *Natural Death Act* elaborado pela Faculdade de Direito da Universidade de Yale na Califórnia. A partir daí as associações médicas americanas elaboraram o *Guidelines and Directives* para auxílio dos médicos no uso dos meios artificiais para prolongar a vida, que dizia:

- deve o paciente procurar auxílio de um advogado ou registrar em cartório a diretiva antecipada, bem como solicitar que essa faça parte de seu histórico clínico;
- as duas testemunhas que assinarem a diretiva não podem a) ter nenhum parentesco consanguíneo, b) ser cônjuge do paciente, c) estar beneficiadas no testamento do paciente, d) ter alguma demanda sobre bens da propriedade do paciente ou e) ser o médico ou qualquer pessoa que com ele trabalha, nem tampouco nenhum dos funcionários do hospital, caso a diretiva tenha sido assinada neste estabelecimento;
- apenas pessoas capazes e maiores de dezoito anos podem redigir uma diretiva antecipada, e desde que a feitura do documento tenha sido feita de forma livre;

---

<sup>20</sup> MARINELI, Marcelo Romão. A Declaração de Vontade do Paciente Terminal. As diretivas antecipadas de vontade à luz da Resolução 1995/2012 do CFM. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 18, n. 3774, p. 1-11, 31 out. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/25636>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

<sup>21</sup> MARINELI, 2013, p. 3.

<sup>22</sup> CLEMENTE, Ana Paula P.; PIMENTA, Waldemar J. D. Uma reflexão bioética do testamento vital: o que você faria se tivesse 7 dias? In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, IX, n. 32, ago. 2006. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigo\\_leitura&artigo\\_id=1231](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigo_leitura&artigo_id=1231)>. Acesso em: 21 jan. 2014.

- a diretiva antecipada será válida por cinco anos, não sendo válida, porém, durante a gravidez; e
- o médico estará vinculado à diretiva antecipada somente quando tiver certeza da sua validade, outro médico tiver certificado o estado terminal do paciente e a condição de saúde deste tiver sido informada há, pelo menos, catorze dias.<sup>23</sup>

Em 1976 houve a promulgação da primeira lei sobre a morte natural, que esteve vigente até 1991, quando então as *Advances Directives*, as diretivas antecipadas, aparecem previstas no texto do *The Patient Self-Determination*, o Ato de Autodeterminação do Paciente, lei que foi aprovada pelo Congresso dos EUA a partir de dezembro de 1991.

Essa lei reconhece a recusa ao tratamento médico, reafirmando a autonomia do paciente, e são três as formas de manifestar a vontade: o *Living Will*, testamento em vida – a pessoa dispõe em vida os tratamentos ou a recusa deles para quando estiver inconsciente; o *Durable Power of Attorney for Health Care*, poder duradouro do representante para cuidados com a saúde – estabelece-se por mandato um representante para decidir e tomar providências em relação ao paciente; e o *Advanced Care Medical Directive*, diretiva do centro médico avançado, é a união dos anteriores. Atualmente, o foco está voltado nos EUA para as diretivas antecipadas que valham para todos os pacientes, não só para terminais, mas para todo tipo de planejamento antecipado de tratamentos.<sup>24</sup>

De acordo com Thumé et al.<sup>25</sup>, as diretivas antecipadas vêm lentamente sendo incluídas na deontologia médica, “somente em 14 países dentre os 44 que pertencem à América e Europa Ocidental havia a inserção nos códigos de ética médica ou resoluções complementares, até o final de 2012”.

Com nomenclaturas diferentes, mas de mesmo sentido, temos o *Testamento vital* na Argentina (2001); na Itália (2006) é o *Testamento Biológico*; em Portugal (2008) são as *Diretivas Antecipadas*; na Grã-Bretanha (2007), as *Advance Decisions*; no Canadá (1996), *Adanced Directives*; no Peru (2007), *Diretivas Antecipadas*; na França (2012), as *Directives Anticipées du Patient*; e na Irlanda (2009), *Advance Health Care Plan*.<sup>26</sup>

As *Instrucciones Prévias* da Espanha entraram em vigor após muitos anos (desde 1986) de discussões, com a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, o *Convênio de Oviedo*, em 1º de janeiro de 2000. A partir de então as

---

<sup>23</sup> PENALVA, Luciana Dadalto. In: LEÃO, Thales P. V. Da (im)possibilidade do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 18, n. 3626, p. 11, 5 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.jus.com.br/artigos/24638>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

<sup>24</sup> PENALVA in LEÃO, 2013, p. 11.

<sup>25</sup> THUMÉ, Tais; DESSANTI, Deise; BONAMIGO, Elcio. Diretivas Antecipadas de Vontade: inclusão nos códigos de ética médica dos países da América e da Europa Ocidental. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 9, p. 396, suplemento 2013 – Anais do X Congresso Brasileiro de Bioética/ II Congresso Brasileiro de Bioética Clínica, Florianópolis, SC, 2013.

<sup>26</sup> THUMÉ et al., 2013, p. 397.

comunidades autônomas elaboraram seus diplomas legislativos com peculiaridades<sup>27</sup>, sendo que apenas o diploma legislativo de Navarra aponta diferenças entre o testamento vital e as vontades antecipadas.

Leão<sup>28</sup> analisa a lei 41/2002, de 14 de novembro de 2002, da Espanha, onde, através do documento de instruções prévias, se direciona a equipe médica o desejo de não se prolongar artificialmente a vida e existe a possibilidade de, nesse mesmo documento, o paciente nomear um terceiro como seu representante para agir nos casos em que esteja impossibilitado de manifestar sua vontade. É necessário o registro por escrito, em cartório perante o notário, um funcionário qualquer do Registro Nacional ou Administração Pública, ou três testemunhas; e embora em algumas comunidades o menor tenha legitimidade, pela lei é necessário que o outorgante seja maior, capaz e livre. Também assinala que podem ser revogadas, a qualquer momento.

O Uruguai passou a contar, a partir de 2009, com a lei que instituiu o “testamento vital”.<sup>29</sup> Segundo Leão<sup>30</sup>, “o que, ao nosso sentir, cuida-se de inegável retrocesso, porque deixa ampla margem para a prática da distanásia” é a inovação uruguaia quando permite que a pessoa também manifeste sua vontade de que não se opõe à aplicação de tratamentos e procedimentos médicos que prolonguem sua vida, mesmo em detrimento da qualidade dessa.

No Brasil não há ordenamento jurídico que contemple o testamento vital, porém há críticas ao termo testamento, já que no entendimento jurídico brasileiro se refere a um instituto de aplicação pós-morte.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina 1805/2006 já apresentava normativa para regularizar a atuação médica frente ao paciente em estágio terminal, permitindo a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que venham a prolongar a vida do doente, garantindo o tratamento para alívio de seus sintomas, inclusive assegurando-lhe o direito à alta hospitalar. Ocorre que à luz do Código Penal fica o médico sujeito a incorrer em crime, pois, nas palavras de Andrade<sup>31</sup>, “o médico assume a função de garantidor da não ocorrência do resultado morte” ao apenas aliviar e deixar de realizar tratamentos. Ainda que o paciente autorizasse a interrupção, haveria o crime de omissão.

Conforme o mesmo autor, há um equívoco de entendimento, de onde nasce a distanásia, a obstinação terapêutica. Já não é mais permitido morrer; para o entendimento duro da Lei, morrer significa fracasso. Junto ao texto do Código de Ética Médica, em vigência desde 2010, no capítulo V, art. 41<sup>32</sup>, no seu parágrafo único, está

---

<sup>27</sup> MARTINEZ, Josefa Cantero. In: LEÃO, 2013. Disponível em: <<http://www.jus.com.br/artigos/24638>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

<sup>28</sup> LEÃO, 2013, p. 1-31. Disponível em: <<http://www.jus.com.br/artigos/24638>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

<sup>29</sup> GODINHO, Adriano Marteleto. Testamento vital e o ordenamento brasileiro. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 15, n. 2545, 20 jun. 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/15066>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

<sup>30</sup> LEÃO, 2013, p. 13.

<sup>31</sup> ANDRADE, 2011, p. 179.

<sup>32</sup> CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 – CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL: Resolução CFM nº 1897, de 17 de abril de 2009 – Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2010.

contemplada a ortotanásia, disciplinando o atendimento mais humanizado ao enfermo em fase terminal de doença.

Durante o *I Fórum sobre Diretivas Antecipadas de Vontade*, nos dias 26 e 27 de agosto de 2010, o promotor de Justiça Diaulas Ribeiro<sup>33</sup> afirmou com precisão: “O prontuário médico é um documento com valor para registro das decisões do paciente sobre o tratamento que receberá. A justiça só deveria participar das relações entre médico e paciente de maneira excepcional”.

Piccini et al.<sup>34</sup> referem-se ao testamento vital como “um documento de diretrizes antecipadas que uma pessoa realiza em uma situação de lucidez mental e de total autonomia para decidir sobre si”. Depreende-se do estudo realizado por Piccini et al.<sup>35</sup> que o testamento vital é uma progressão humanística em relação à ortotanásia, sendo que os entrevistados optam pelo documento que antecipou as vontades do paciente, portanto consideram a autonomia do mesmo. Ademais parece denotar a adesão aos cuidados paliativos no interesse do paciente portador de doença em fase terminal.

O documento no qual o paciente escolhe uma pessoa que deverá tomar decisões em seu nome, quando o próprio paciente não puder exprimir mais sua vontade, é chamado de mandado duradouro, conforme Leão<sup>36</sup>, sendo que o testamento vital é mais abrangente que esse, mas o mandado tem alcance mais amplo, pois seus efeitos são vistos a cada vez que há necessidade de tomar decisão, ainda que temporariamente. Alerta o autor ainda que se façam separadamente as duas modalidades de diretivas antecipadas, se houver essa disposição, devido à impossibilidade de agir temporariamente se estiverem atreladas às disposições.

Nesse contexto, vem ao encontro do clamor da sociedade o testamento vital, que chega sob o nome formal de *Diretivas Antecipadas de Vontade*, como resolução do Conselho Federal de Medicina de 2012<sup>37</sup>, com regras que estabelecerão critérios sobre o uso de tratamentos considerados invasivos ou dolorosos em casos clínicos nos quais não exista qualquer possibilidade de recuperação. Estão aptos todos os maiores de 18 anos de posse de suas faculdades mentais, lúcidos e responsáveis perante a Lei, a registrar em cartório ou simplesmente fazer constar de seu prontuário médico, suas diretivas antecipadas de vontade, que prevaleceram sobre qualquer parecer não médico. Não são exigidas testemunhas, o documento é facultativo e revogável a qualquer tempo, e poderá ser feito em qualquer momento da vida. Ao redigir o texto, o médico deve mencionar que o paciente está lúcido, plenamente consciente de seus atos e compreende a decisão tomada; se considerar necessário, o paciente pode nomear um representante legal.<sup>38</sup>

---

<sup>33</sup> RIBEIRO, Diaulas. *I Fórum sobre Diretivas Antecipadas de Vontade*. São Paulo/SP. *Jornal de Medicina*, n. 188, setembro de 2010.

<sup>34</sup> PICCINI, Cleiton F. et al. Testamento Vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. *Revista Bioethikos*, Centro Universitário São Camilo, p. 385, 2011.

<sup>35</sup> PICCINI et al., 2011, p. 384-391.

<sup>36</sup> LEÃO, 2013, p. 8.

<sup>37</sup> BRASIL, 2012. Seção 1.

<sup>38</sup> ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. CFM aprova medidas sobre Diretivas antecipadas de Vontade. Medida passa a valer a partir de 31 de agosto. Disponível em: <[www.paliativo.org.br/noticias/2012/08/cfm-aprova-resolucao-sobre...30 de agosto de 2012](http://www.paliativo.org.br/noticias/2012/08/cfm-aprova-resolucao-sobre...30%20de%20agosto%20de%202012)>. Acesso em: 21 jan. 2014.



Bomtempo<sup>39</sup> vislumbra a aplicabilidade das diretivas antecipadas, pois entende que ninguém melhor que o próprio paciente para decidir sobre sua saúde, e alerta que cabe ao médico detentor de conhecimento técnico-científico fornecer informações para a decisão mais adequada, visando a uma morte digna, por meio do consentimento livre e esclarecido, advertindo que deve ser por escrito, para segurança de ambas as partes. Diego Gracia<sup>40</sup> pronunciou-se sobre o tema avaliando que “é necessário que o profissional médico eduque o paciente e seu representante no decorrer de todo o processo de tomada de decisões antecipadas, clarificando seus valores”.

## Morte, uma oportunidade

Ao valorizar a dimensão da espiritualidade no âmbito dos cuidados de assistência à saúde, pode-se dar algum sentido às experiências de dor e sofrimento e de angústia diante da morte. Um dos pontos de convergência entre as grandes religiões assinalado por Küng, citado por Bertachini e Pessini<sup>41</sup>, é a *definição de um fim último*, que trata do sentido do todo e do ser humano: “a morte não é a última palavra, mas a vida [...]”.

Pessini, em entrevista a Mônica Manir, afirma que “a conjugação entre o organismo e a identidade é, no fundo, o respeito aos valores do paciente, e que a Igreja Católica é contra o prolongamento de vida (distanásia) porque nega a subjetividade humana”<sup>42</sup>. Num cenário de obstinação terapêutica há relevância em ter-se a bioética alimentada pela espiritualidade, que “constitui um antídoto contra a desumanização da medicina e resgata a ética do cuidado diante da finitude da vida”<sup>43</sup>. De onde se pode aproveitar a reflexão:

A dignidade da pessoa não é atribuída, mas reconhecida, não é outorgada, mas respeitada. Está inscrita no íntimo de todo ser humano, não depende de seu estado de desenvolvimento, de sua saúde, de suas qualidades e capacidades, nem mesmo de seus comportamentos. Todo ser humano, sejam quais forem seu estado e condição, é uma unidade inseparável, corpo e espírito, aberto à transcendência<sup>44</sup>.

---

<sup>39</sup> BOMTEMPO, Tiago Vieira. Diretivas antecipadas de vontade: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XV, n. 98, mar. 2012. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura) et artigo\_id=11206>. Acesso em: 21 jan. 2014.

<sup>40</sup> GRACIA, Diego A. Deliberação sobre as Diretivas Antecipadas em Pacientes com Doenças Terminais. *Novidades*. site do Centro de Bioética – CREMESP. Disponível em: <[www.cremesp.org.br](http://www.cremesp.org.br)>. Acesso em: 14 dez. 2013.

<sup>41</sup> BERTACHINI; PESSINI (Orgs.), 2011, p. 271-272.

<sup>42</sup> MANIR, Mônica. A vida em mãos alheias. In: BERTACHINI; PESSINI, 2011, p. 343-355.

<sup>43</sup> SOUZA, Virgínio Cândido Tosta. Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar na terminalidade da vida. In: BERTACHINI; PESSINI, 2011, p. 297.

<sup>44</sup> CELAM, Discípulos missionários no mundo da saúde. *Guia para a pastoral da saúde na América Latina e no Caribe*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010. n. 83.

Brakemeier<sup>45</sup> pontua que a morte fere o orgulho humano, questiona o sentido da vida, corta as relações humanas e exige entrega de si mesmo. Esse evento que, inapelavelmente, acontecerá a todos, é, de todos, o mais inclusivo e totalizante, não determinando faixa etária, cultura, raça, opções ou religião.

A ideia de a morte atingir somente o âmbito natural do ser humano, prescindindo do âmbito pessoal, é refutada: “O evento da morte toca o homem não só na sua via material biológica, mas penetra a autoconsciência, liberdade, responsabilidade, amor”<sup>46</sup>. Pois, se fosse assim, o ser pessoal apenas assistiria, ao longe e impassível, o evento morte no qual a sua natureza era a única participante. O ser humano é uno no morrer como é no seu ser e no seu agir. A responsabilidade diante da morte é de todos, mas é também pessoal, como o destino da própria vida é individual; cabe, portanto, a cada um conscientizar-se que a morte o cerca, não está distante, nem é um dado abstrato, mas um evento natural que confere qualidade à vida humana.<sup>47</sup>

## Considerações finais

Conclui-se que, se os avanços da medicina buscam proporcionar melhorias das condições de vida e de saúde, não se justifica o uso da tecnologia apenas para prolongar o sofrimento desnecessário, em detrimento da qualidade de vida, também entendida como o direito a ter uma morte digna.<sup>48</sup>

A partir das observações de Ariès sobre as relações humanas frente à morte, com destaque para as mudanças de comportamento e atitudes, Menezes<sup>49</sup> mostra que de ritualizada, comunitária, dignamente enfrentada, passa a morte a ser “invertida, escamoteada, oculta, vergonhosa e suja” a partir do século XX. Houve uma degradação progressiva da relação com a morte estabelecida pelos indivíduos e pelas sociedades, tanto que “a medicina produziu uma morte em hospital, medicamente monitorizada e controlada, inconsciente, silenciosa e escondida”<sup>50</sup>.

Desde Bacon, século XVII, que a prescrevia como tratamento adequado para doenças incuráveis, até o principiante século XXI, onde a eutanásia significa antecipar propositadamente a morte, a humanidade vem tentando demonstrar sua autonomia frente à morte.

---

<sup>45</sup> BRAKEMEIER, Gottfried. A morte e o morrer na Bíblia: subsídios para o rito do sepultamento. In: MOLZ, Cláudio; WEHRMANN, Guenter (Eds.). *Ofícios: estudos temáticos e auxílios homiléticos*. São Leopoldo: Sinodal/IEPG, 1998. p. 46-57.

<sup>46</sup> ZUCAL, Silvano. *La teologia della morte in Karl Rahner*. Bologna: Centro Editoriale Dehoniano, 1982. p. 87.

<sup>47</sup> FÄRBER, Sônia Sirtoli. *Morte, onde está a sua vitória?* São Leopoldo: Cebi, 2014. p. 29-30.

<sup>48</sup> TOMAZONI, Oscar; PINTO, Juliana Mezzaroba T. A. Da possibilidade jurídica da lavratura de escritura pública de estabelecimento de diretivas antecipadas de vontade. *Jus Navegandi*, Teresina, ano 17, n. 3115, p. 1, 11 jan. 2012. Disponível em: <<http://www.jus.com.br/artigos/20819>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

<sup>49</sup> MENEZES, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond; FIOCRUZ, 2004. p. 26-27.

<sup>50</sup> MENEZES, 2004, p. 33.

Pode-se usar a autonomia pessoal como estandarte para defender a eutanásia, somando a questão de qualidade de vida, no entanto sempre se estará impondo ao outro o peso da decisão e do ato em si. Para defender a distanásia, como fazê-lo, se nas palavras de Kovács<sup>51</sup> a distanásia “prolonga a vida de uma pessoa já morta”.

A boa morte para a pessoa enferma em fase terminal de doença é a que acontece em meio aos cuidados para evitar sofrimento desnecessário, utilizando-se todo o aparato tecnológico em favor de dar qualidade de vida à vida que resta. Essa modalidade é dita ortotanásia, e as diretivas antecipadas de vontade reafirmam e conduzem a essa conduta.

A norma nasce do cotidiano. Mais que uma questão semântica, seja sob o nome testamento vital, seja sob o nome de diretivas antecipadas de vontade, importa que se faça uso dos meios para a própria proteção de sua dignidade.

Cada momento da vida é um trecho do caminho, da meta final. A vida, assim, é uma verdadeira morte, e o que chamamos de morte é o fim daquele lento morrer que se verifica durante toda a nossa existência e alcança o seu tempo definitivo no instante da morte. Concordam as várias abordagens teológicas na ressurreição como chave interpretativa da morte e do morrer. A ressurreição não é um tema entre os tantos. Mas é o eixo que move e dá estrutura e fundamento para todas as demais realidades.<sup>52</sup> Transformar a morte – ato da natureza – em ato pessoal significa dispor da própria morte, dar-lhe sentido. Não deixar que os instintos de sobrevivência e de autoconservação levem à rebeldia, à rejeição, mas a assumi-los em liberdade, orientá-los, sublimá-los em direção à entrega de si mesmo a alguém maior, a Deus.<sup>53</sup> Aí vem a fé iluminar e serenar o coração humano: a pessoa se reconhece como ser destinado à comunhão e à vida. A partir daí, a morte física assume novo sentido: é assumida livremente, entendida como processo lento, amadurecido desde o nascimento, passo necessário para a entrada na vida plena, realidade para a qual está vocacionada.

## Referências

ALARCOS, Francisco J. *Bioética e Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulinas, 2006.

ANCP – *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. CFM aprova medidas sobre Diretivas antecipadas de Vontade. Medida passa a valer a partir de 31 de agosto. Disponível em: <[www.paliativo.org.br/noticias/2012/08/cfm-aprova-resolucao-sobre...30](http://www.paliativo.org.br/noticias/2012/08/cfm-aprova-resolucao-sobre...30) de agosto de 2012>. Acesso em: 21 jan. 2014.

ANDRADE, Edson O. A ortotanásia e o direito brasileiro: a resolução do CFM n. 1805/06 e algumas considerações preliminares à luz da legislação brasileira. In: BERTACHINI, Leo; PESSINI, Luciana (Orgs.). *Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 165-183.

---

<sup>51</sup> KOVÁCS, M. J. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. *Revista Bioética*, Brasília: CFM, v. 12, n. 1, 1998.

<sup>52</sup> FÁRBER, 2014, p. 31.

<sup>53</sup> LIBÂNIO, João Batista; BINGEMER, Maria Clara Lucchetti. *Escatologia cristã: o novo céu e a nova terra*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 159.

- BERTACHINI, Leo; PESSINI, Luciana (Orgs.). *Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2011. 373 p.
- BLACK, Peter; O'NEIL, Kevin J. *Manual Prático de Moral*. Aparecida: Santuário, 2007.
- BOMTEMPO, Tiago V. Diretivas antecipadas de vontade: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XV, n. 98, mar. 2012. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=11206](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11206)>. Acesso em: 18 jan. 2014.
- BRAKEMEIER, Gottfried. A morte e o morrer na Bíblia: subsídios para o rito do sepultamento. In: MOLZ, Cláudio; WEHRMANN, Guenter (Eds). *Ofícios: estudos temáticos e auxílios homiléticos*. São Leopoldo: Sinodal/IEPG, 1998. p. 46-57.
- BRASIL. *Código de Ética Médica: Resolução CFM n.1931*, de 17 de setembro de 2009.
- \_\_\_\_\_. *Código de Processo Ético-Profissional: Resolução CFM n. 1897*, de 17 de abril de 2009 – Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Conselho Federal de Medicina: Resolução n. 1805*, de 9 de novembro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, 28 de novembro de 2006. Seção 1, p. 169.
- \_\_\_\_\_. *Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1995*, de 9 de agosto de 2012. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, 31 de agosto de 2012. Seção1. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br>>. Acesso em: 18 jan. 2014.
- CELAM, Discípulos missionários no mundo da saúde. *Guia para a pastoral da saúde na América Latina e no Caribe*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.
- CLEMENTE, Ana Paula P.; PIMENTA, Waldemar J. D. Uma reflexão bioética do testamento vital: o que você faria se tivesse 7 dias? *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, v. IX, n. 32, ago. 2006. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/?n\\_link=revista\\_artigo\\_leitura&artigo\\_id=1231](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigo_leitura&artigo_id=1231)>. Acesso em: 18 jan. 2014.
- ENGELHARDT JR., Hugo Tristam. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola, 1998.
- FÄRBER, Sonia S. *Morte, onde está a sua vitória?* São Leopoldo: Cebi, 2014.
- FRANÇA, Genival V. In. MARINELI, Marcelo R. A Declaração de Vontade do Paciente Terminal. As diretivas antecipadas de vontade à luz da Resolução 1995/2012 do CFM. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 18, n. 3774, 31 out. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/25636>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- GODINHO, Adriano M. Testamento vital e o ordenamento brasileiro. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 15, n. 2545, 20 jun. 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/15066>>. Acesso em: 21 jan. 2014.
- GRACIA, Diego A. Deliberação sobre as Diretivas Antecipadas em Pacientes com Doenças Terminais. *Novidades* – site do Centro de Bioética – CREMESP. Disponível em: <[www.cremesp.org.br](http://www.cremesp.org.br)>. Acesso em: 10 dez. 2013.
- JONAS, Hans. *O Princípio Vida: fundamentos para uma biologia filosófica*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- KOVÁCS, Maria Júlia. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. *Revista Bioética*, Brasília: CFM, v. 6, n. 1, 1998. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/issue/view/23](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/23)>. Acesso em: 11 nov. 2011.
- \_\_\_\_\_. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- LEÃO, Thales P. V. Da (im)possibilidade do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 18, n. 3626, 5 jun. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/24638>>. Acesso em: 21 jan. 2014.
- LIBÂNIO, João Batista; BINGEMER, Maria Clara Lucchetti. *Escatologia cristã: o novo céu e a nova terra*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

- MANIR, Mônica. A vida em mãos alheias. In: BERTACHINI, Leo; PESSINI, Luciana (Orgs.). *Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 343-355.
- MARINELI, Marcelo Romão. A Declaração de Vontade do Paciente Terminal. As diretivas antecipadas de vontade à luz da Resolução 1995/2012 do CFM. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 18, n. 3774, 31 out. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/25636>>. Acesso em: 21 jan. 2014.
- MARTINEZ, Josefa Cantero. In: LEÃO, Thales P. V. Da (im)possibilidade do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 18, n. 3626, 5 jun. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/24638>>. Acesso em: 21 jan. 2014.
- MENEZES, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond; FIOCRUZ, 2004.
- PENALVA, Luciana Dadalto. In: LEÃO, Thales P. V. Da (im)possibilidade do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 18, n. 3626, p. 11, 5 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.jus.com.br/artigos/24638>>. Acesso em: 21 jan. 2014.
- PICCINI, Cleiton Francisco et al. Testamento Vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. *Revista Bioethikos*, Centro Universitário São Camilo, p. 384-391, 2011.
- PESSINI, Leo. *Bioética*. Um Grito por Dignidade de Viver. 4. ed. São Paulo: Paulinas, 2009.
- \_\_\_\_\_; BERTACHINI, Luciana. *Humanização e Cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.
- RIBEIRO, Diaulas. I Fórum sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. São Paulo/SP. *Jornal de Medicina*, n. 188, setembro de 2010.
- SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Orgs.). *Bioética*. São Paulo: USP, 2008. p. 87-89.
- SIQUEIRA, José Eduardo; ZOBOLLI, Elma; KIPPER, Délio J. (Orgs.). *Bioética Clínica*. São Paulo: Gaia, 2008.
- SOUZA, Virgínio Cândido T. Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar na terminalidade da vida. In: BERTACHINI, Leo; PESSINI, Luciana (Orgs.). *Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 297-314.
- SPINSANTI, Sandro. *Ética Biomédica*. São Paulo: Paulinas, 1990.
- THUMÉ, Taís; DESSANTI, Deise; BONAMIGO, Elcio. Diretivas Antecipadas de Vontade: inclusão nos códigos de ética médica dos países da América e da Europa Ocidental. *Revista Brasileira de Bioética – Anais do X Congresso Brasileiro de Bioética/ II Congresso Brasileiro de Bioética Clínica*, Florianópolis, SC, 2013. v. 9 suplemento 2013, p. 396.
- TOMAZONI, Oscar; PINTO, Juliana M. T. A. Da possibilidade jurídica da lavratura de escritura pública de estabelecimento de diretivas antecipadas de vontade. *Jus Navegandi*, Teresina, ano 17, n. 3115, 11 jan. 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/20819>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- ZUCAL, Silvano. *La teologia della morte in Karl Rahner*. Bologna: Centro Editoriale Dehoniano, 1982.