



# CREMEB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

## PARECER CREMEB Nº 20/18

(Aprovado em Sessão Plenária de 27/09/2018)

### PROCESSO CONSULTA Nº 003.487/2013

**“Eficácia Legal na Aplicação das Diretivas Antecipadas de Vontade (Testamento Vital) na Prática Médica”**

**ASSUNTO:** “Testamento Vital – Fatores Limitantes da sua Aplicação”

**INTERESSADO:** Conselho Regional de Medicina – BA (CREMEB)

**PARECERISTA:** Cons. Alessandro Glauco dos Anjos de Vasconcelos.

**EMENTA :** Para conferir eficácia legal na aplicação das Diretrizes Antecipadas de Vontade (Testamento Vital - [Resolução CFM 1.995/2012](#)), faz-se necessário: que o instrumento seja elaborado por pessoas que estejam em condições clínicas para tomar decisões por si própria segundo critérios da lei civil (maiores de 18 anos com discernimento mental preservado) e que não estejam alteradas por questões psíquicas; que sua vigência seja por prazo indeterminado, mas assegurado que possa ser revogado a qualquer tempo; que possa ser esclarecido por médico assistente quanto a questões técnicas referentes aos procedimentos que serão vedados ou serão permitidos (excluído a eutanásia); limitando-se a sua aplicação à hipótese de ser acometido por doença grave incurável com desfecho inevitável e esteja em situação na qual não possa mais comunicar sua vontade; que o documento final seja anexado ao respectivo prontuário; é recomendável que seja feita lavratura de escritura pública em um Cartório de Notas; e também é recomendável divulgar o conteúdo entre parentes e amigos próximos do paciente logo após sua conclusão, para evitar questionamentos quando da sua aplicação.

### Da Solicitação

Em 01/03/2013, a pedido da presidência do CREMEB, a Corregedoria solicita parecer que possibilite a orientação para os médicos de como atender aos pré-requisitos da legislação brasileira para que a aplicação da [Resolução CFM 1.995/2012](#) vença os fatores limitantes para ter validade jurídica.

### Dos Conceitos Básicos

Na pesquisa e na prática médica se estabelece uma relação assimétrica entre pessoas possuidoras de saber inerente à sua formação (profissionais de saúde) e pessoas que se submetem aos procedimentos



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

destes, de forma voluntária, buscando acesso a recursos tecnológicos para suas necessidades de manutenção ou de recuperação da saúde.

Então em 1970 emergiu o neologismo Bioética – ‘ética aplicada à vida’ (NEVES, 2016), como uma consequência dos riscos que o grande e rápido desenvolvimento da ciência passou a representar para as pessoas quanto à sua identidade e integridade, enquanto pacientes e enquanto sujeitos de pesquisa, o que ficou evidente a partir da experimentação desenvolvida pelo nazismo envolvendo seres humanos.

Para regular os avanços científicos, a ética penetrou no pensamento e na prática da ciência aplicada aos seres humanos, passando a intervir com três ações distintas: impondo limites, elaborando regras e contribuindo para uma consciência esclarecida. Seguindo este prisma, foram desenvolvidos instrumentos para serem utilizados em situações em que se necessita tomar decisões pelo paciente, mas não se quer aviltar seu desejo e sua consciência, aquilo que constitui a sua essência pessoal, sua ideologia, suas crenças, sua visão do porvir e de sua transcendência.

Um dos instrumentos que surgiu ficou conhecido pela expressão norte-americana - *Living Will* – que tem sido traduzida como Testamento Vital, mas também pode ser traduzido por documento de vontades antecipadas, Testamento Biológico, Biotestamento, e do francês temos a expressão *Testament de Vie* (Testamento da Vida). A palavra “will” foi utilizada no sentido de vontade, de desejo, de escolha consciente. Já na [Resolução CFM 1.995/2012](#) foi utilizada a expressão Diretivas Antecipadas de Vontade, pois traduz melhor o entendimento que são manifestações de vontades a serem seguidas quando a pessoa ainda está viva e lúcida, caracterizando adequadamente o seu propósito:

- a) Diretiva, por ser um indicador, uma instrução, uma orientação, e não uma obrigação;
- b) Antecipada, pois é dita de antemão, fora do conjunto das circunstâncias do momento atual da decisão;
- c) Vontade, ao caracterizar uma manifestação de desejos, com base na capacidade de tomar decisão no seu melhor interesse.

O significado complexo desta expressão eleita pelo CFM é possível pelo atual estado das ciências biomédicas, do elevado grau de desenvolvimento das tecnologias empregadas no cotidiano de tais ciências e dos princípios fundamentais eleitos pela Constituição Federal.

Em contraposição ao texto da [Resolução 1.995/2012](#), a imprensa preferiu utilizar a denominação “Testamento Vital”, mais fácil de ser usada pelo público leigo. Porém, ao utilizar a palavra “testamento” gera confusão conceitual, pois um testamento é uma manifestação antecipada que tem a sua eficácia apenas com a morte desta pessoa, o que leva a algumas incompreensões e inconvenientes para sua aceitação e aplicação do ponto de vista legal.



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

No entanto, estas Diretivas Antecipadas são instruções escritas que o paciente prepara para ajudar a guiar seu cuidado médico, possibilitando que o paciente tenha o direito de ter respeitada sua vontade de decidir por livre escolha como, quando e em quais situações tem a oportunidade de morrer, mesmo nas condições clínicas em que não possa se expressar, mas limitando-se ao caso de ser acometido por doença grave incurável com desfecho inevitável, ou seja, são aplicadas a situações específicas como uma doença terminal ou um dano irreversível. E só serão seguidas a partir do momento em que o médico identifica que o paciente não é mais clinicamente capaz de decidir ou de se expressar acerca de seus cuidados médicos.

Percebe-se que a aceitação da elaboração destas Diretivas por parte dos próprios pacientes é diretamente proporcional ao tempo de doença, pois os aqueles que se encontram em tratamento há mais tempo, são os mais desejosos de comunicar sua decisão sobre seu processo de morrer. A aplicação deste instrumento especial de comunicação envolve questões de ordem ética e moral, social e econômica, religiosa e jurídica. Havendo colisões de princípios como: do respeito à dignidade humana e à autonomia, da beneficência, da maleficência, da justiça, e do direito: à vida, à autonomia privada, à autodeterminação e à liberdade dos pacientes terminais.

Ressalta-se a finalidade diversa do Testamento Vital em relação ao testamento civil, pois este último trata daquilo que se quer fazer com seu patrimônio, ou seja, deixar definido que após sua morte seus bens materiais passem a pertencer àqueles por ele designados. Já o Testamento Vital visa ser eficaz em vida, indicando como se deseja ser tratado se estiver em uma situação de doença grave e inconsciente. Então, ao contrário dos testamentos em geral, que são atos jurídicos destinados à produção de efeitos *post mortem*, os Testamentos Vitais são dirigidos à eficácia jurídica antes da morte do interessado.

Destacando-se que o Testamento Vital é um documento redigido por uma pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais, com o objetivo de dispor acerca dos tratamentos a que deseja ser ou não submetida quando estiver diante de um diagnóstico de doença terminal e impossibilitada de manifestar sua vontade. É recomendável que seja redigido com a ajuda de um médico de confiança do paciente para evitar que fantasias ou conhecimentos superficiais do processo saúde-doença-morte interfiram no cumprimento do real desejo do paciente. Ademais, para serem válidas no Brasil, estas disposições apenas podem versar sobre interrupção ou suspensão de tratamentos extraordinários, que visam apenas a prolongar a vida do paciente de forma obstinada. Tratamentos tidos como cuidados paliativos, cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente não podem ser recusados, respeitando os princípios da ortotanásia definidos pela [Resolução CFM 1805/2006](#).

O objetivo e a vantagem do Testamento Vital respeitar o ordenamento jurídico é a possibilidade oferecida a uma pessoa em perfeitas condições de saúde mental quando da sua lavratura, que ao se encontrar em um



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

estado irreversível de saúde no futuro, possa fazer opção por um conforto e alívio da dor, e ser garantida a sua livre manifestação pelo seu direito de morrer, todavia, morrer de forma digna, uma vez sua qualidade de vida se apresentando prejudicada. Por intermédio deste instrumento a vontade do paciente pode ser comunicada mais tarde a equipe médica, que tomará a decisão de acordo com os princípios médicos, mas que deve sempre respeitar o poder do paciente, sobre o tratamento ou negação dele, perante a situação concreta (PORTUGAL, 2011).

Essa opção foi experimentada, inclusive, pelo então Papa João Paulo II, o qual, no final de sua vida, optou pelo recolhimento aos aposentados papais ao invés de um tratamento que, talvez, pudesse manter o seu estado de vida sem um nível adequado de qualidade ou dignidade. Tal manifestação pessoal do Papa João Paulo II foi apoiada na Encíclica Papal *Evangelium Vitae*, a qual, comentada pelo Pe. Sanchez (1996) aponta para o valor dado ao elemento “vida”, de modo que tal valor deve agir tanto pelo lado negativo de “não praticar” o aborto e a eutanásia, como pelo lado positivo de “permitir a plenitude” da vida com o seu favorecimento.

De acordo com Henry Perkins (2007), existem duas qualidades essenciais do Testamento Vital:

- 1) Contribuição para o empoderamento dos doentes, reforçando o exercício do seu legítimo direito à autodeterminação em matéria de cuidados de saúde, principalmente no que diz respeito à recusa de tratamentos desproporcionados;
- 2) Facilitação do *advanced care planning*, ou seja, do planejamento do momento da morte, dado que esta, por diversos motivos, é pura e simplesmente ignorada pela maioria das pessoas e por muitos profissionais de saúde.

### **Do Histórico em Outros Países**

As Diretivas Antecipadas de Vontade se iniciaram nos EEUU na década de 1960, como instrumento proposto pela Sociedade Americana para a Eutanásia em 1967, constituindo-se em um documento de cuidados antecipados em que a pessoa registrava seu desejo de interromper as modulações médicas e manutenção da vida, o que trouxe uma certa confusão com outros instrumentos que foram instituídos posteriormente sem esta ligação com a eutanásia; em 1969 um modelo de declaração prévia de vontade do paciente terminal foi proposto como solução de conflito entre médicos, pacientes terminais e familiares. Posteriormente, vários estados americanos aprovaram leis regulamentando o Testamento Vital, até que em 1990 a Suprema Corte americana deferiu um pedido ordenando a um hospital que cumprisse a vontade da família de uma paciente, que havia expressado a uma amiga, tempos antes de um acidente que a deixou em coma irreversível, que não gostaria de ser mantida viva se chegasse a um estado em que tivesse menos



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

da metade de suas capacidades normais; esta decisão serviu como base para a aprovação de uma lei federal em 1991 (*Patient Self-Determination Act - PSDA*), a primeira lei federal a reconhecer o direito à autodeterminação do paciente e o direito do paciente a fazer uma diretiva antecipada, em suas duas modalidades: Testamento Vital e Mandato Duradouro.

O primeiro país europeu a legalizar as diretivas antecipadas foi a Espanha em 2002 ([Lei 41ª/02](#)), mas nominando o instrumento como *Instrucciones Previas*, porque considerou que a terminologia americana era alijada do mundo da bioética e do direito sanitário, no entanto condensando em um único documento o Testamento Vital e o Mandato Duradouro.

Em Portugal, a discussão se iniciou em 2006 com a proposta de uma lei da Associação Portuguesa de Bioética que foi promulgada em julho de 2012; que fez uma fusão terminológica ao igualar o Testamento Vital às Diretivas Antecipadas de Vontade e trata o Mandato Duradouro (chamado como Procurador para Cuidados em Saúde) como outro instrumento jurídico.

Na Argentina, foi promulgada uma lei federal em 2009 ([Lei 26.529](#)) que no artigo 11 reconhece o direito de o paciente dispor sobre suas vontades por meio de diretivas antecipadas, mas sem descrever maiores detalhes.

### **Da Constituição Federal do Brasil (1988)**

A nossa Constituição Federal outorgou, em cláusulas pétreas, o direito à liberdade de expressão, de religião e, sobretudo, a liberdade sobre o próprio corpo, saúde e vida (XIMENES, 2014).

“A dignidade da pessoa humana está prevista na Constituição Federal do Brasil, constituindo-se em fundamento da República Federativa do Brasil. Está estabelecida logo no art.1º, em seu inc. III. A dignidade da pessoa humana é o sol do universo de valores, assegurando o direito à vida, e não o dever à vida a qualquer custo e condição, mesmo porque, nas sendas do quanto preconizado pela Constituição Federal, é direito fundamental da pessoa não ser submetida a tratamento desumano ou degradante (art.5º,III), como é possível ocorrer em um sem-número de circunstâncias de enfermidade incurável e dolorosa, em que a pessoa é submetida a um tratamento fútil de desnecessário, sob o empenho cruel de bandeira erguida em defesa ao direito à vida, fazendo recrudescer a vulneração teratológica à sua dignidade, além de tolher o exercício de uma liberdade individual legalmente garantida” (ADONI, 2003).

Da mesma forma, afirma-se aqui que a autonomia da vontade e o princípio da dignidade humana são os fundamentos das Diretivas Antecipadas ou do Testamento Vital, citando-se Immanuel Kant: “No reino dos fins tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

qualquer outra como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e, portanto, não permite equivalente, então ela tem dignidade.”

### **Da Exposição de Motivos da Câmara Técnica de Bioética para a [Resolução 1.995/2012](#)**

No I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina em 2012, foi feita uma exposição pela Câmara Técnica de Bioética do CFM para discussões, a qual possuía cinco pontos específicos:

- a) dificuldade de comunicação do paciente em fim de vida tendo em vista que, na grande maioria dos casos, de incapacidade “as decisões médicas sobre seu atendimento são adotadas com a participação de outras pessoas que podem desconhecer suas vontades e, em consequência, desrespeitá-las.”;
- b) receptividade dos médicos às diretivas antecipadas de vontade, demonstrado através de uma pesquisa realizada em Santa Catarina com médicos, advogados e estudantes em que 61% disseram que respeitariam as vontades previamente estipuladas pelos pacientes;
- c) receptividade dos pacientes, uma vez que muitos consideram uma oportunidade de dispor sobre os cuidados e tratamentos que gostariam que fossem dispensados quando estiverem em incapazes;
- d) o que dizem os códigos de ética da Espanha, Itália e Portugal – mesmo sendo legislações alienígenas, elas já legislaram sobre o tema e “inseriram, de forma simplificada, o dever de o médico respeitar as diretivas antecipadas do paciente, inclusive verbais” e;
- e) os Comitês de Bioética que, em que pesem, sejam órgãos sem caráter deliberativo, podem auxiliar na tomada de decisões de fim de vida.

No mesmo ano, estas justificativas foram utilizadas pelo Conselho Federal de Medicina como base para a publicação da Resolução com o objetivo de regulamentar as Diretivas Antecipadas de Vontade, mesmo este tema ainda sendo tão polêmico no meio jurídico, posto que o CFM entendeu, ao reconhecer a importância da autonomia do próprio paciente na relação com os médicos, que havia necessidade de disciplinar a conduta quando estes últimos se depararam com situações de pacientes incapazes de exprimirem sua vontade acerca dos tratamentos.

Porém não permitiu o uso ilimitado, ao fazer um balanceamento entre a sua autodeterminação e o conceito de Dignidade Humana segundo a Constituição Federal da República, ou seja, foi respeitada a vontade do enfermo dentro do que é possível. Foi resguardada a valorização das decisões dos pacientes nos momentos finais de vida – doença em fase terminal, doenças crônicas, estado vegetativo e demência avançada – entretanto é de crucial importância manter atenção para as mudanças que motivam o tema e progressos científicos que ocorrerão condições, o que gera inquietações.



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

## **Do Código Civil (2002)**

A autonomia, ou a vontade, do paciente tem seu respeito estabelecido pelo Código Civil em seu artigo 15: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. Assim coloca a opinião do paciente com força superior à do médico, ao permitir recusar procedimentos nos quais considere que o risco de morte é superior aos possíveis benefícios descritos pelo médico, pois para ele são desproporcionais à sua vontade de se submeter, ou seja, não se pode obrigar uma pessoa a fazer tratamento contra a sua própria vontade.

Se depreende do artigo 1º do Código Civil de 2002, que o acesso ao direito a elaborar as Diretivas Antecipadas de Vontade fica limitado aos maiores de 18 anos e aos menores antecipados (menores com capacidade mental de discernimento preservada pode solicitar judicialmente o direito de elaborá-las).

Porém esta capacidade de direito inerente ao ser humano, depende de haver pleno gozo das funções cognitivas para haver capacidade de fato, se demonstrando discernimento suficiente para formar a vontade válida, pois é possível que um paciente seja civilmente capaz, mas esteja utilizando medicamentos ou tenha quadros clínicos e/ou limitações físicas que estejam afetando a possibilidade de fazer escolhas autônomas, como idosos demenciados, ou seja, de tomar decisões e entender informações prestadas pelo médico sobre seu diagnóstico e prognóstico. Acrescenta-se que também existem situações psicoemocionais que conferem a relativa incapacidade para se tomar decisões, como situações de luto aberto, problemas financeiros graves, abandono familiar, ou outras que indiquem que um desejo de morte possa influenciar na escolha livre, sendo adequada a realização de uma avaliação psicoemocional que ateste a situação de relativa neutralidade para tomada das decisões nas respectivas Diretivas Antecipadas de Vontade.

O Testamento Vital não se trata, verdadeiramente, de um testamento, uma vez que não se destina a produzir efeitos após a morte, mas sim antes desta, para os pacientes terminais ou diante de situações irreversíveis. Pois o Código Civil, em seus artigos 1857 e 1858, considera testamento o ato personalíssimo e revogável pelo qual alguém dispõe da totalidade dos seus bens, ou de parte deles, para depois de sua morte, conclui-se que a sucessão testamentária decorre de expressa manifestação, ou seja, se constitui ato de última vontade, no qual o autor da herança dispõe de seus bens e faz outras disposições para depois da morte. Desta forma, como já foi sinalizado, mostra-se mais adequada a expressão "Diretivas Antecipadas de Vontade", que foi utilizada na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina.

## **Do Código Penal**

A validade legal sem contestação da declaração unilateral de vontade depende ainda da distinção e do estabelecimento dos limites entre eutanásia e ortotanásia. Etimologicamente, a primeira tem um



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

significado eufemístico de "boa morte", e se dá por meio de utilização de técnicas que precipitam a ocorrência da morte de forma artificial e intencional, por isso, constitui ato ilícito segundo o Código Penal; já a ortotanásia significa "morte correta", sendo o procedimento destinado a evitar que o paciente padeça de um sofrimento físico e psicológico, pelo não emprego de técnicas terapêuticas inúteis de prolongamento de vida. Mesmo parecendo que os conceitos são bem definidos, na prática, a distinção entre as duas técnicas muitas vezes se torna difícil, mas necessária, posto que o Testamento Vital se limita aos ditames da ortotanásia, permitindo que a vontade da pessoa em não se tratar seja seguida, quando o tratamento cabível não tiver previsão de cura, mas apenas de prolongamento da vida de forma fútil. Não se derivando para a eutanásia, porque não antecipa a morte, mas sim permite que a vida acabe no tempo natural, ou seja, sem adiar o fim por meio de ação humana com prolongamento de processo doloroso de morte, ou seja, a distanásia. Respeitando estes limites, as medidas previstas pela declaração de antecipação de vontades, não encontrarão vedação legal.

### **Do Código de Ética Médica (CEM)**

Diante da percepção que a terminalidade da vida pode originar desconforto e angústia consideráveis em qualquer pessoa, principalmente nos doentes com prognóstico reservado em curto prazo que têm quadros dolorosos ou com sintomas que desqualificam a vida, como os oncológicos, e dependendo do ambiente cultural, de convicções religiosas e, mais recentemente, de pressões econômicas e sociais, pela escassez de recursos destinados à saúde, emergem dilemas éticos especiais (NUNES, 2014), o CEM vigente já prevê a permissão da ortotanásia e a vedação da eutanásia, bem como o respeito à diretiva antecipada de vontade do paciente terminal, quando discorre que é vedado ao médico:

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

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

### **Da [Resolução CFM 1.995/2012](#)**

Esta resolução foi aprovada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 31/03/2012 dispondo sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, optando por reconhecer em um mesmo documento, o Testamento Vital e o Mandato Duradouro:





**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

1. O Testamento Vital: documento em que o paciente define os cuidados, tratamentos e procedimentos médicos que deseja ou não para si mesmo.
2. O Mandato Duradouro (procurador para cuidados de saúde): documentos em que o paciente escolhe alguém em quem confia para que essa pessoa tome decisões em nome do paciente quando este não puder fazê-lo. (THOMPSON, AE. *Advanced Directives*. JAMA. 2015;313(8):868).

Entretanto, dois pontos distintos da Resolução apresentam algumas expressões que não são sinônimas e podem gerar confusão na aplicação das Diretivas Antecipadas na forma como foram utilizadas: “paciente em estado terminal” (que traduz uma condição irreversível, independentemente de tratamento e tendo alta probabilidade de morrer num período relativamente curto) e “pacientes em fim de vida” (que traduz os pacientes terminais, mas também os que estão em estado de coma profundo e irreversível ou em estado vegetativo persistente, e sem previsibilidade de tempo para morrer). Dadas estas diferenças, tornou-se necessário que o CFM emitisse um esclarecimento por meio de uma Nota Técnica em que reafirma que a Resolução 1.995 respeita a vontade do paciente conforme o conceito de ortotanásia e não possui qualquer relação como a eutanásia, ou seja, reconhece o direito de recusar tratamentos fúteis diante de uma morte inevitável, que prolongam a vida biológica, sem oferecer qualidade de vida, entretanto não endossa a prática de usar de artifícios para encurtar o tempo de vida, o que configura crime na legislação brasileira.

#### **Da Ação Civil Pública Nº 1039-86.2013.4.01.3500: Ajuizada em Face da [Resolução Nº 1.995/2012](#) do Conselho Federal de Medicina**

Por conta da publicação da [Resolução n. 1.995](#) de 2012, o Ministério Público Federal – MPF ajuizou Ação Civil Pública face ao Conselho Federal de Medicina – CFM em abril de 2013. Pelo entendimento do MPF, tratava-se de resolução cujo texto seria inconstitucional na medida em que o CFM estaria extrapolando a sua competência ao legislar sobre de matéria que seria de competência exclusiva da União, conforme o seguinte trecho: “Com efeito, esta demanda tem por objetivo lograr provimento judicial que, em caráter incidental, declare a inconstitucionalidade e ilegalidade da [Resolução CFM nº 1.995](#), de 9 de agosto de 2012, a qual, a pretexto de normatizar a atuação de profissionais da medicina frente à terminalidade da vida de seus pacientes, extravasa os limites do poder regulamentar, impõe riscos à segurança jurídica, alija a família de decisões que lhe são de direito e estabelece instrumento inidôneo para o registro de “diretivas antecipadas de pacientes.” Três pontos demonstram a preocupação que se expressam nesta sustentação:

- a) o CFM legislando sobre matéria que extrapola as suas competências, gerando insegurança jurídica tendo em vista que afronta dispositivo constitucional em que diz que a competência é exclusiva da União;



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

- b) o afastamento da família das decisões tomadas pelo paciente ou por representante legal, cabendo aos mesmos apenas respeitar a vontade do paciente e, em caso de ilegalidade buscar junto ao Judiciário o seu saneamento e; por fim,
- c) a preocupação com a forma com que se dará o registro desta vontade, uma vez que a resolução prevê que o médico poderá registrá-las no próprio prontuário do paciente, contudo, isto poderá dificultar o acesso a estas informações, bem como a fiscalização dos familiares por tratar-se de documento sigiloso.

O procurador asseverou que a Resolução não logrou êxito na sua elaboração porque não inseriu um texto explicando como se dará o “estabelecimento dos requisitos relativos ao paciente, limite temporal de validade das diretivas, formas de revogação, critérios de participação da família e instrumento utilizado para o registro da vontade do paciente.”

No julgamento da Ação Civil Pública interposta face a [Resolução n. 1.995](#) de 2012, o Juiz Substituto da 1ª Vara Federal da Seção Judiciária de Goiás, Eduardo Pereira da Silva, pacificou este questionamento de legalidade, ponderando que mesmo o legislador brasileiro tendo se omitido até o momento de legislar sobre matéria, o Conselho Federal de Medicina não usurpou competência da União, mas se utilizou do vazio legislativo para orientar os médicos sobre as diretivas de vontade que já era uma realidade no meio médico, tendo em vista que esta prática não é vedada pelo ordenamento jurídico.

O Juiz reforçou também que “a resolução tem efeito apenas na relação ético-disciplinar existente entre os Conselhos de Medicina e os médicos, mas não tem o condão de criar direitos ou obrigações, sobretudo nas esferas cíveis e criminais.”

Destacou que está preservado o direito da família e do poder público de buscar tutela judicial se houver oposição acerca de alguma diretiva de vontade registrada por um paciente, mas, que em princípio deve prevalecer a vontade do paciente face à dos familiares, assegurou que na ausência de Diretivas de Vontade os familiares podem e devem manifestar suas vontades em relação ao tratamento. Também esclareceu que a Declaração Diretiva de Vontade ser registrada no prontuário, o qual é sigiloso, não retira dos familiares o direito à informação e que, em caso de violação estes devem acionar o judiciário para acessá-los.

Quanto à preocupação com o lapso temporal para as Diretivas, esclareceu que “nem há que se exigir vigência temporal, já que o paciente está livre para manifestar, a qualquer tempo e por qualquer forma, entendimento diverso sobre o tipo de tratamento a que quer ou não se submeter.”

A Ação Civil Pública foi julgada improcedente em 2014, pendente de recurso no Tribunal Regional da 1ª Região.

### **Do Enunciado 37 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)**



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Em maio de 2014, o Conselho Nacional de Justiça editou o enunciado n. 37, na 1ª Jornada de Direito da Saúde, na qual dispôs (DIAS, 2013): “As diretivas ou declarações antecipadas de vontade que especificam os tratamentos médicos que o declarante deseja ou não se submeter quando incapacitado de expressar-se autonomamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito.” O Conselho Nacional de Justiça optou por utilizar a palavra ‘preferencialmente’ e não ‘obrigatoriamente’, o que significa dizer que serão aceitas outras formas de registro, inclusive, a que foi prevista pela própria resolução do Conselho Nacional de Justiça (prontuário médico).

### **Do Registro em Cartório**

Sendo uma autarquia federal que disciplina o exercício da medicina, o CFM não tem competência legal para determinar o registro notarial da Diretivas Antecipadas de Vontade, nem a criação de Registro Nacional. Mas o registro em cartório é uma ação que permite maior segurança para garantir que a vontade do paciente seja seguida, posto que a fé pública decorrente dos atos notariais configura uma segurança para a pessoa. Esta fé pública corresponde à confiança que a lei atribui para os atos que o tabelião faz ou declara, quando do exercício da sua função, designando veracidade à vontade de alguém quando se formaliza um documento no cartório, podendo ser uma declaração ou um instrumento público. Tal atribuição e garantia de segurança jurídica vem com uma severa atribuição de regime de responsabilidade civil, administrativa e penal.

Um outro aspecto a ser destacado é que apesar do Testamento Vital se mostrar como a forma mais concreta de comprovação da vontade para evitar possíveis conflitos, não há a certeza de que esta vontade será cumprida pelo ato de ter sido feito um documento em cartório, pois, se uma única pessoa tiver conhecimento deste registro e não o informar à equipe médica não haverá meios de sabê-lo, isto ocorre porque ainda não temos um Registro Nacional único, que informe aos hospitais esse anseio. Por outro lado, o registro desta vontade em cartório dá maior segurança ao declarante em relação à veracidade da declaração feita de próprio punho, quando ocorrem pretensões diversas e opostas em relação à veracidade da declaração feita de próprio punho por parte de parentes, quando a pessoa não mais puder se manifestar. Neste sentido está a importância da função notarial, posto que tem seus atos revestidos de segurança jurídica, sendo este um intérprete do direito e não mero instrumentalizador e autenticador de documentos. O notário irá conferir-lhe veracidade, posto que a vontade da parte foi expressa na sua presença.

A realização deste registro com reconhecimento notarial também traz um benefício para a classe médica, pois fica mais resguardada em se cumprir a vontade do paciente, sem maiores questionamentos dos



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

familiares, posto que há uma limitação do alcance obrigacional de uma Resolução classista, o que traz insegurança de ser alvo de uma queixa ética ao cumprir a vontade de seu paciente, que poderá ser questionada, tanto em processo administrativo, quanto jurídico, por familiares insatisfeitos e inconformados. Os critérios estabelecidos pelo Código Civil no seu artigo 104, são os que nortearão as exigências dos tabeliães, para que o negócio jurídico se torne válido, ou seja, esses requisitos se aplicam para qualquer ato que uma pessoa realize em um tabelionato. É verificado se o agente tem maioria e é capaz, se ele está ciente realmente do que quer e sabe as consequências daquele ato, se o pedido não irá contra algum dispositivo legal e se não está sendo coagido por alguém a realizar a diretiva.

A avaliação da capacidade da parte é um ponto crucial quando falamos de registrar sua vontade, e cabe ao próprio tabelião verificar esta capacidade uma vez que os critérios estabelecidos são subjetivos e não há critérios prévios para esta verificação. Para realizar esta ponderação, ocorre uma entrevista individual com a pessoa, na qual irá manifestar o que deseja registrar e porque está querendo este assentamento. Assim, o tabelião fará, através desta entrevista, sua própria análise da lucidez e da capacidade civil da pessoa.

Em casos específicos, normalmente quando se refere a pessoas com idade avançada, ou há diligências fora no tabelionato, ou ainda, quando há possível dúvida da capacidade, alguns tabeliães se cercam de um laudo médico. Esse pedido ocorre para a proteção a própria pessoa, pois com essa análise clínica há maior segurança caso haja questionamentos futuros quanto a capacidade da pessoa no momento em que firmou a Diretiva. Ressalta-se que esta não é uma exigência legal, nem está sendo adotada por todos notários, mas sim uma precaução que alguns optaram em adotar.

Caso algum dos critérios indispensáveis exigidos por lei não estejam presentes no ato, seria motivador para a recusa da formalização da Diretiva Antecipada de Vontade.

### **Dos Princípios para Legalização do Testamento Vital**

De acordo com Ribeiro (2013), testamento “é o ato personalíssimo e revogável pelo qual alguém, de conformidade com a lei, não só dispõe, para depois de sua morte, no todo ou em parte, do seu patrimônio, mas também faz estipulações.”

O Código Civil Brasileiro de 2002 não estabeleceu um conceito do que seria testamento, mas dispôs em seu artigo 1.857 que “toda pessoa capaz pode dispor, por testamento, da totalidade dos seus bens, ou de parte deles, para depois de sua morte”. No artigo 1.8582 dispôs também que “o testamento é ato personalíssimo, podendo ser mudado a qualquer tempo.”



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

A capacidade testamentária, coloca da como requisito na legislação para que a pessoa possa testar, divide-se entre ativa e passiva, referindo-se à primeira a quem pode testar e a segunda a quem pode ser beneficiado pelo testador (GONÇALVES, 2009).

Já o artigo 1.960 do Código Civil diz quem está impedido de testar (capacidade ativa), assim dispendo “além dos incapazes, não podem testar os que, no ato de fazê-lo, não tiverem pleno discernimento.” Ainda, no seu parágrafo único afirma que “podem testar os maiores de dezesseis anos.” Excluindo-se as pessoas que são impedidas de testar pela legislação, em princípio, as demais estão aptas a fazê-lo.

Explicado o conceito de testamento e capacidade testamentária, passaremos a tratar das principais características dos testamentos que são:

- a) ato personalíssimo;
- b) negócio jurídico unilateral;
- c) ato solene;
- d) ato gratuito;
- e) é revogável e;
- f) só produz efeito após a morte do testador.

As Diretivas Antecipadas de Vontade ou Testamento Vital, como também são conhecidas, são “um negócio jurídico de conteúdo não-patrimonial (existencial)” cujo objetivo é o de estabelecer normas jurídicas sobre determinada matéria de tratamento médico (BORGES; HIRONAKA; TARTUCE; SIMÃO, 2009). A autonomia privada é, sem dúvida alguma, um importante elemento jurídico, que foi conferido pelo ordenamento às pessoas com o intuito de que estas possam exercê-las em todas as suas relações jurídicas, pois é “sinônimo de autodeterminação, de poder para tomada de decisões” (ROSA; FARIAS; IBIAS; SILVEIRA, 2013).

Para Borges, a possibilidade jurídica de elaborar um Testamento Vital decorre da própria autonomia da vontade, sendo este o seu fundamento jurídico, conforme se vê (BORGES; HIRONAKA; TARTUCE; SIMÃO, 2009, p. 553): “A autonomia privada é o poder atribuído pelo ordenamento jurídico à pessoa para que esta possa reger, com efeitos jurídicos, suas próprias relações. Esse poder confere às pessoas a possibilidade de regular, por si mesmas, as próprias ações e suas consequências jurídicas, ou de determinar o conteúdo e os efeitos de suas relações jurídicas, tendo o reconhecimento e podendo contar com a proteção do ordenamento jurídico”.

“O testamento vital não tem as mesmas características dos testamentos tradicionais, que são disposições para vigorarem após a morte do testador. É preciso que o paciente expresse sua vontade antes de perder a capacidade civil, por meio de escritura pública ou documento particular autêntico, devendo a manifestação estar acompanhado de declaração do médico assistente que ateste sua plena capacidade. O documento



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

ser mantido aberto, para o conhecimento da família, dos médicos ou de um amigo. O paciente pode nomear um procurador para que tome as providências necessárias ao cumprimento das suas determinações.” (DIAS, 2013).

A despeito de não haver lei específica, conclui-se ser possível a validade jurídica do Testamento Vital no Brasil, permitindo inclusive o registro do documento em Cartório para atestar fé pública e publicidade.

A grande questão que resta sobre o tema é a força vinculante do Testamento Vital.

A utilização do Testamento Vital como elemento estrutural da decisão médica – e não apenas como indicativo, implica que alguns requisitos básicos do consentimento sejam adequados a essa nova modalidade de decisão. Inicialmente, destaca-se que a previsão de registro em prontuário deve ser feito com intuito de facilitar a comunicação entre médicos e demais profissionais da saúde, mas não deve ser o único registro, pois sobrecarrega a responsabilidade do médico e deixa a informação restrita a um documento sigiloso, mas que seu conteúdo necessita ser público para a sua efetiva aplicação, pois devem ser seguidos pelas equipes assistenciais e pela família do paciente, que estará incomunicável no momento em que o instrumento for usado.

Em Portugal, os seguintes requisitos fundamentais do consentimento por meio de Diretiva Antecipada de Vontade na forma de Testamento Vital devem ser observados para que a legalidade do instrumento não apresente nulidade absoluta (NUNES, 2011):

- 1) Limitação a pessoas capazes, competentes, maiores de idade e não inibidas por quadro psíquico;
- 2) Informação e esclarecimento adequados, por intermédio de um médico com formação técnica apropriada;
- 3) Efeito compulsivo na decisão médica e não meramente indiciário, exceto em condições muito particulares;
- 4) Existência de um formulário-tipo com o objetivo de padronizar procedimentos;
- 5) Possibilidade de revogação a qualquer momento e sem qualquer formalidade;
- 6) Renovação periódica da manifestação de vontade. Este prazo poder-se-ia situar entre os três e os cinco anos;
- 7) Certificação perante um notário para garantir a autenticidade e evitar influências indevidas na esfera da decisão pessoal, e/ou;
- 8) Criação no âmbito do sistema de saúde de um Registro Nacional de Testamento Vital (RENTEV) para agilizar o acesso ao testamento vital por parte dos médicos.

O paciente que deseja ter mais garantias quanto à validade deste documento no Brasil, deve efetuar o registro em cartório, com o fim de atestar sua veracidade para apresentação ao médico. Caso a equipe



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

médica ou outros profissionais se recusem a cumprir a sua vontade, a família ou o autor do documento deve procurar resposta judicial. Neste caso, o juiz tem o papel de analisar a legalidade e autenticidade do documento e pode inclusive determinar dilação probatória. Além disso, verifica se os termos da vontade do doente terminal não ferem a ordem jurídica brasileira. Ao final, ao se concluir em juízo que determinado Testamento Vital é compatível com a lei, a moral e os bons costumes, a sentença determina o cumprimento de seus termos pelo médico.

### **Dos Princípios para Legalização do Mandato Perpétuo**

Em muitos países ocidentais, as Diretivas Antecipadas de Vontade podem revestir a forma de Testamento Vital ou de nomeação de um Procurador de Cuidados de Saúde. A figura do procurador enquadra-se em uma trajetória de reforço da autonomia da pessoa sendo outro instrumento de defesa dos direitos inalienáveis dos doentes.

Em Portugal já existe lei específica na matéria, que pode servir de balizadora quando for legalizada no Brasil a figura jurídica do procurador de cuidados de saúde, sobre o qual se aplica a doutrina do “juízo substitutivo”, ou seja, espera-se que a decisão seja tomada com base no quadro de valores da pessoa doente, e só quando este referencial axiológico é desconhecido é que se aplica o critério genérico do “melhor interesse do doente”.

Em Portugal são estes os princípios para a legalização do instituto ético/jurídico do procurador de cuidados de saúde (NUNES, 2011):

- 1) Limitação a pessoas capazes, competentes, não inibidas por anomalia psíquica, e adequadamente informadas;
- 2) Adoção pelo procurador de cuidados de saúde de um “juízo substitutivo”, ou seja, o procurador deve decidir respeitando o quadro de valores do doente de acordo com a sua biografia pessoal. Quando tal não for possível deve imperar a doutrina do “melhor interesse do doente”.
- 3) Efeito compulsivo na decisão médica e não meramente indiciário;
- 4) Possibilidade de hierarquizar procuradores de um modo claro e eficaz;
- 5) Existência de um formulário-tipo com o objetivo de padronizar procedimentos;
- 6) Possibilidade de revogação a qualquer momento e sem qualquer formalidade;
- 7) Certificação perante um notário para garantir a autenticidade e evitar influências indevidas na esfera da decisão pessoal;



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

8) Criação no âmbito do sistema de saúde de um Registro Nacional de Testamento Vital (Rentev) para agilizar a confirmação da existência de um procurador de cuidados de saúde por parte dos médicos.

### **Dos Princípios como a Decisão do Paciente é Veiculada**

Deve referir-se que existe uma hierarquia vinculativa no modo como a decisão do doente é veiculada (exceto se o próprio doente decidir em contrário – *waiver*), e que deve ser respeitada:

- 1) Vontade expressa do doente (doente competente e capaz para decidir);
- 2) Testamento Vital;
- 3) Procurador de cuidados de saúde – julgamento substitutivo;
- 4) Procurador de cuidados de saúde – melhor interesse do doente.

### **Do Acompanhamento de um Médico na Elaboração da Diretivas**

A [Resolução CFM 1.995/2012](#), parágrafo 2º, estabelece textualmente que “o médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente”, regulamentando seu papel apenas em fazer o registro em prontuário. No entanto, é fundamental que o médico seja o consultor técnico para que o paciente tenha acesso às informações necessárias quanto aos procedimentos que podem ou não serem recusados, diante da limitação de não ter conhecimento suficiente para saber as indicações e as consequências de cada um deles, desta forma, é uma garantia adicional de que o conteúdo das Diretivas Antecipadas expressa de forma verdadeira a vontade real do paciente e segue os ditames do Código de Ética Médica, ou seja, o médico deve ter uma postura ativa em prol de esclarecer e resguardar o desejo do paciente.

### **Das Especificações do Tratamentos que podem ser Aceitos ou Recusados**

Existem pontos que não foram esclarecidos pela resolução, como a classificação de alguns tratamentos como cuidados paliativos ou tratamentos extraordinários.

Do ponto de vista conceitual, existem quatro princípios que norteiam os cuidados paliativos:

1. Proporcionalidade terapêutica, há uma obrigação moral de se implementar todas as medidas terapêuticas que tenham proporção entre os meios empregados e o resultado previsível;
2. Duplo efeito, necessidade de se averiguar a razão proporcional entre os tratamentos que tenham duplo efeito, ou seja, a possibilidade de que a vida possa ser encurtada como efeito





**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

secundário não intencional à utilização de procedimentos ou drogas para diminuir o sofrimento de pacientes com dores insuportáveis (Pio XII, 1957);

3. Prevenção, prever possíveis complicações e sintomas que frequentemente se apresentam a portadores de determinada doença;
4. Não abandono e do tratamento da dor, o médico não pode abandonar o paciente, exceto em casos de objeção de consciência, e deve controlar a dor.

Desta forma, qualquer tratamento que não respeite estes princípios é considerado extraordinário e passível de ser recusado pelo paciente.

Alguns aparecem como questões práticas a serem enfrentadas com maior frequência e, eventualmente, dramaticidade, posto que geram controvérsia entre os médicos, merecendo algumas considerações mais profundas quanto à obrigatoriedade de seu uso ou à possibilidade de ser recusado:

1. Não Hidratar e Não Alimentar: em casos extremos até mesmo hidratação ou nutrição podem aumentar o desconforto, quando a retenção hídrica não consegue ser controlada com medicações aumentando o edema generalizado que pode restringir o paciente em seus movimentos e aumentar o desconforto no leito, ou quando os alimentos perdem a possibilidade de serem absorvidos por conta da condição clínica do paciente, levando-o a distensão abdominal dolorosa e náuseas de difícil controle; nestas situações a suspensão da oferta contribui para a melhora do paciente e sua continuidade pode gerar piora física e emocional.
2. Sedação Paliativa: é um tratamento médico adequado em doentes terminais, quer em adultos quer em crianças (LINDEMANN; VERKERK, 2008).

A sedação paliativa contínua até à inconsciência cumpre com estes pressupostos bioéticos:

- 1) a ação em si mesma é boa (aliviar o sofrimento);
- 2) o mal não é pretendido (não se deseja a morte do doente);
- 3) A boa consequência não é obtida através da má (o alívio do sofrimento não implica a morte do doente);
- 4) Existe proporcionalidade entre o bem atingido e o mal efetuado (ao abrigo da doutrina da dignidade humana, não prolongar a vida para além do razoável e providenciar cuidados de conforto e qualidade de vida ao doente são considerados argumentos proporcionais em relação à manutenção da vida a todo o custo).

Sugerem-se as seguintes recomendações para a indicação da sedação paliativa contínua até à inconsciência em doentes terminais:

- 1) O doente deve ter uma doença terminal;



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

- 2) O tempo até à morte pela doença deve ser menor ou igual ao tempo até à morte por desidratação induzida pela sedação paliativa;
  - 3) Devem existir sintomas graves e severos para os quais não exista tratamento adequado na perspectiva do doente;
  - 4) O desejo ou não da preservação da consciência é uma das considerações que deve ser assinalada para o doente;
  - 5) O doente ou o seu representante legal (procurador de cuidados de saúde) prestaram consentimento válido e eficaz;
  - 6) Existe uma ordem de não reanimar inscrita no processo clínico;
  - 7) O doente está em profundo sofrimento existencial, sofrimento para o qual todas as alternativas de tratamento razoável e efetivo são para si inaceitáveis.
3. Decisão de Não Reanimar: um caso consensual de abstenção de meios desproporcionados de tratamento é a “Ordem de Não Reanimar”. Desde os anos 1970 é consensual que determinado tipo de doente deva possuir uma informação no processo clínico segundo a qual não se deve efetuar reanimação cardiopulmonar (RCP) caso dela necessitasse. É preciso ressaltar que cada Ordem Não Reanimar deve ser avaliada, tendo-se em consideração as especificidades de cada caso, envolvendo sempre que possível toda a equipe de saúde na decisão (FRANÇA; REGO; NUNES, 2010).
- Os princípios subjacentes a uma Ordem de Não Reanimar são:
- 1) Conceito: a Ordem de Não Reanimar deve ser considerada nas situações de doença terminal, perda irreversível da consciência ou quando o doente tem doença grave e irreversível e em quem a reanimação possa ser considerada desproporcional;
  - 2) Âmbito: a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) deve ser criteriosamente aplicada, devendo existir procedimentos claros a observar nos casos de Ordem de Não Reanimar. Esse procedimento não abrange qualquer outra forma de limitação terapêutica, seja no que se refere à suspensão ou abstenção de outros tratamentos. Deve aplicar-se apenas a doentes em regime de internamento;
  - 3) Limites: os limites da intervenção devem ser ditados pelo estado atual dos conhecimentos – *leges artis* – de acordo com as regras provenientes da Medicina Baseada na Evidência (NUNES, 2003, 2009);
  - 4) Responsabilidade: compete ao médico assistente, em consonância com toda a equipe de saúde, iniciar os procedimentos para a Ordem de Não Reanimar;



- 5) Reversibilidade: a Ordem de Não Reanimar é reversível se houver alteração da situação clínica do doente que o justifique. Uma nova Ordem de Não Reanimar implica a repetição dos procedimentos pelo novo médico assistente;
  - 6) Suspensão: durante a realização de qualquer procedimento (ainda que não diretamente relacionável com a evolução da doença como sejam procedimentos para permeabilização da via aérea ou intervenções cirúrgicas para melhoria de conforto) sob anestesia ou ida ao bloco operatório, deve-se suspender essa instrução. Deve-se escrever no processo do doente “Suspensão da Ordem de Não Reanimar”, decisão esta assinada e fundamentada;
  - 7) Ordem de Não Reanimar em menores: no caso de o doente ser menor ou incompetente, esses procedimentos podem ser efetuados em consonância com o seu representante legal;
  - 8) Dever de Tratamento: a Ordem de Não Reanimar não exclui o dever de tratamento adequado e a implementação de todas as medidas de conforto apropriadas para o doente;
  - 9) Dever de Registro: todos os passos para desencadear ou reverter a Ordem de Não Reanimar devem ficar documentados no prontuário clínico do doente. Nas situações em que se preencher um formulário próprio para Ordem de Não Reanimar deve registrar-se:
    - a) Um resumo da situação clínica do doente e os fatos relevantes para essa decisão, incluindo a competência do doente;
    - b) A concordância relativamente a essa decisão de outro médico com o mesmo grau;
    - c) Um resumo da informação dada ao doente e/ou ao seu representante legal e aos elementos da família presentes (e o grau de parentesco com o doente);
    - d) A vontade do doente (ou do seu representante legal) se tal for solicitado;
  - 10) Prontuário eletrônico: a Ordem de Não Reanimar deve ser adequada às normas do prontuário eletrônico para agilizar a sua utilização.
4. Doação de Órgãos: outro ponto é sobre a doação de órgãos, o paciente pode fazer declarações sobre o desejo de dispor de seu corpo para estudos, mas para a doação de órgãos, regulamentada pela [Lei 9.434/97](#) 34 e alterada pela [Lei 10.211/01](#), apenas é solicitada a autorização do cônjuge ou de parente de maior idade, sem considerar o desejo do paciente.

### **Do Direito do Médico em Recusar Seguir o Testamento Vital**

A observância do médico assistente ou plantonista quanto ao que foi definido pelo paciente é um princípio básico do Testamento Vital. No entanto, derivado do fato de tal como referia Aristóteles “o Homem ser um



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

animal social”, cabe fazer referência especial à parte em que a dignidade de cada um, inclui o médico, e deve ser aferida com especial atenção se a sua vivência ou convivência social permitem que o mesmo sustente o acompanhamento deste processo de finitude em que foram definidas limitações de ações médicas.

Como podemos observar nas palavras de Paulo Otero (2010), “a ninguém é lícito praticar, colaborar ou exigir de terceiro a prática de atos que atentem contra a sua própria dignidade ou a dignidade de qualquer ser humano: a todos é reconhecido o direito e dever fundamentais de não colaborar, participar ou praticar atos violadores da dignidade humana.”

Acrescenta ainda o autor que o ser humano tem um direito a não suportar atentados à sua dignidade, que é a situação que teríamos caso se obrigasse o médico a agir em desacordo com a sua consciência. Mas é de frisar que também teríamos um problema desta ordem numa situação em que o médico invoca que, havendo um tratamento necessário, útil e proporcional, ao não ser aplicado estar-se-ia já a entrar num campo de eutanásia por omissão.

Uma vez que, ao ser invocada a objecção de consciência estaremos perante um problema de conflito de direitos que se encontram no mesmo nível hierárquico, já que a autodeterminação do paciente e a objecção de consciência do médico são ambas fundadas na dignidade da pessoa, cabe saber como olha a doutrina para esta questão.

Tendo por base Paulo Otero, podemos olhar para este problema e resolvê-lo pelo princípio da inviolabilidade da vida humana. Isto faz emergir o princípio *in dubio pro vitae*, que resolve dúvidas jurídicas impondo sempre a solução que melhor salvasse a vida humana. Mas, ao mesmo tempo, não podemos negar que a indisponibilidade da vida humana não pode conduzir a uma legitimidade de intervenções médicas forçadas. Desta forma, o adequado é que o médico transfira a assistência deste paciente para outro profissional que concorde com o uso da Diretivas Antecipadas de Vontade.

## **Da Conclusão**

Conclui-se que os pacientes em plena capacidade mental e, principalmente em fase mais precoce de doença, devem ser estimulados a pensar sobre sua própria finitude, destacando-se que a possibilidade de recusar ou aceitar tratamentos é importante e pertence ao próprio indivíduo decidir quais tratamentos, procedimentos e cuidados de saúde deseja e quais não deseja, registrando sua decisão no Testamento Vital, possibilitando que seja seguido pela equipe médica e demais profissionais de saúde, na situação em que sejam diagnosticados como portadores de doenças terminais e cheguem a quadros em que não possam se expressar. Se houver a nomeação de procurador, este deve ser alguém que conheça os desejos do paciente, podendo ser um familiar ou um amigo. A nomeação do procurador é facultativa, então quando



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

houver também a constituição do Mandato Perpétuo, o documento será adequadamente chamado de Diretivas Antecipadas de Vontade. Esclarecimentos de dúvidas relacionadas ao tratamento, procedimentos e cuidados obrigatórios e os não obrigatórios, e orientações para elaboração do documento devem ser feitos por profissionais a serem consultados:

1. Advogado especialista no tema, que esclarecerá dúvidas jurídicas, fazendo com que o documento se amolde à legislação brasileira.
2. Médicos de confiança do paciente, que esclarecerá dúvidas sobre as questões técnicas de saúde (estados clínicos, explicação sobre os tratamentos, etc.)

O médico assistente deve estar atento aos requisitos formais para adequada orientação dos pacientes:

1. Capacidade: o indivíduo deve ser capaz segundo critérios da lei civil, portanto, é preciso ter capacidade (ser maior de 18 anos) e ter discernimento (condições de tomar decisões por si próprio).
2. Registro: essa lavratura não é obrigatória, é apenas recomendável para dar mais segurança jurídica ao documento; lavrar uma escritura pública perante os tabeliões de notas pode ser de extrema importância para garantir a efetividade. Pode ainda utilizar o armazenamento em um banco de dados de testamentos vitais *on line*, que seja considerado seguro e confiável.
3. Prazo de validade: o Testamento Vital vale até que o paciente revogue.
4. Eficácia: após fazer seu Testamento Vital lembrar ao paciente que ele necessita contar para pessoas de sua família, que deve deixar uma cópia com alguém de sua confiança e permitir que seu médico o anexe no seu prontuário.

**É o parecer SMJ.**

**Salvador, 27 de setembro de 2018.**

**Cons. Alessandro Glauco dos Anjos de Vasconcelos**  
PARECERISTA



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

## DAS REFERÊNCIAS CONSULTADAS:

1. ALMEIDA, Renata Lavinha Santos. Testamento Vital no Brasil e sua (Im) Possibilidade no Ordenamento Jurídico; (2016).  
Disponível em <https://www.conteudojuridico.com.br/pdf/cj055025.pdf>. Acesso em 27 set 2018.
2. ALVES, Cristiane Avancini. FERNANDES, Marcia Santana. GOLDIM, José Roberto. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Revista HCPA*. 2012; n. 32, v. 3, p. 358-362.  
Disponível em <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/33981/22041>. Acesso em 27 set 2018.
3. AUSTRÁLIA. Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act 1995 - Version 29-03-2015, Disponível em <https://www.legislation.sa.gov.au/LZ/C/A/CONSENT%20TO%20MEDICAL%-20TREATMENT%20AND%20PALLIATIVE%20CARE%20ACT%201995/CURRENT/1995.26.AUTH.PDF>.  
Acesso em 27 set 2018.
4. CAMPOS, Marcela Oliveira. BONAMIGO, Élcio Luiz. STEFFANI, Jovani Antônio. PICCINI, Cleiton Francisco. CARON, Ruggero. Testamento vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes. *Revista BioEthikos - Centro Universitário São Camilo* – 2012; n. 6, v. 3, p. 253-259. Disponível em <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/96/1.pdf>. Acesso em 27 set 2018.
5. COSTA, Guilherme. Testamento Vital.  
Disponível em <https://guilh.jusbrasil.com.br/artigos/305242650/testamento-vital?ref=serp>. Acesso em 27 set 2018.
6. COSTA, Isadora Adriana Morillos da., LIMA, Denise de. A Validade do Testamento Vital no Brasil. Anais da Jinteg - Jornada Integrada do Curso de Direito e Ciências Contábeis do Centro Universitário - Fag de 15 A 19 de Agosto de 2016. Cascavel - PR – Brasil.  
Disponível em <https://www.fag.edu.br/upload/revista/jinteg/58e52ddf89a4f.pdf>. Acesso em 27 set 2018.
7. CRIPPA, Anelise. FEIJÓ, Ana Maria Gonçalves dos Santos. O registro das Diretivas Antecipadas de Vontade: opinião dos tabeliães da cidade de Porto Alegre – RS. *Bioética no Mundo da Saúde O Mundo da Saúde*, São Paulo - 2016; n. 40, v. 2, p. 257-266.  
Disponível em [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/diretivas\\_antecipadas\\_vontade.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/diretivas_antecipadas_vontade.pdf). Acesso em 27 set 2018.
8. DADALTO, Luciana. Diretivas Antecipadas de Vontade.  
Disponível em <http://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2017/12/Diretivas-Antecipadas-de-Vontade-Dra-Luciana-Dadalto.pdf>. Acesso em 27 set 2018.
9. DADALTO, Luciana. Reflexos Jurídicos da Resolução CFM 1.995/12, *Rev bioét (Impr.)* 2013; 21 (1): 106-12.  
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a12v21n1>. Acesso em 27 set 2018.
10. DADALTO, Luciana. *Testamento Vital - 4ª Edição* (2018); Editora Foco.



CREMEB  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

- Disponível em <https://www.editorafoco.com.br/download-arquivo/313/1523645818852.pdf>. Acesso em 27 set 2018.
11. ESPANHA. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Jefatura del Estado «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002 Referencia: BOE-A-2002-22188.  
Disponível em <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>. Acesso em 27 set 2018.
12. ESTADOS UNIDOS. H.R.4449 - Patient Self Determination Act of 1990; 101st Congress (1989-1990).  
Disponível em <https://www.congress.gov/bill/101st-congress/house-bill/4449>. Acesso em 27 set 2018.
13. FURIAN, Rodrigo Rosolen. Testamento Vital. (2014). Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Direito objetivando a aprovação no componente curricular. Trabalho de Curso - TC. UNIJUÍ - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.  
Disponível em <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2467/-TESTAMENTO%20VITAL.pdf?sequence=1>. Acesso em 27 set 2018.
14. MELO, Helena. NUNES, Rui. Directivas Antecipadas de Vontade, *Eutanásia e Outras Questões Éticas no Fim da Vida*, Coord. Rui Nunes, Guilhermina Rego, Ivone Duarte, Colectânea Bioética Hoje – XVII, 2009.
15. NUNES, Rui. *Diretivas antecipadas de vontade – 1ª Edição* (2016). Conselho Federal de Medicina / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.  
Disponível em [https://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2017/01/diretivas\\_antecipadas\\_de\\_vontade\\_rui\\_nunes.pdf](https://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2017/01/diretivas_antecipadas_de_vontade_rui_nunes.pdf). Acesso em 27 set 2018.
16. PICCINI, Cleiton Francisco. STEFFANI, Jovani Antônio. Élcio Luiz. BONAMIGO, SCHLEMPER JR, Bruno Rodolfo. Testamento Vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. *Revista BioEthikos* - Centro Universitário São Camilo - 2011; n. 5, v. 4, p. 384-391.  
Disponível em <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/89/A4.pdf>. Acesso em 27 set 2018.
17. PORTUGAL. Lei n.º 25/2012 de 16 de julho – Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV); Diário da República, 1.ª série — N.º 136 — 16 de julho de 2012.  
Disponível em <http://www.apcp.com.pt/uploads/testamentovital.pdf>. Acesso em 27 set 2018.
18. QUINAZ, Ana. Testamento Vital. Trabalho de conclusão do II Curso Pós-Graduado em Bioética do Centro de Investigação de Direito Privado da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa.  
Disponível em [http://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/rjlb/2016/6/2016\\_06\\_0151\\_0192.pdf](http://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/rjlb/2016/6/2016_06_0151_0192.pdf). Acesso em 27 set 2018.
19. MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles. COSTA, Solange Fátima Geraldo da. CUNHA, Mônica Lorena Dias Meirelles da. ZACCARA, Ana Aline Lacet. NEGRO-DELLACQUA, Melissa. DUTRA, Fernando.



**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. *Rev.bioét.(Impr.)*. 2017; n. 25 v. 1, p. 168-78.

Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422017000100168&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000100168&lng=pt&tlng=pt). Acesso em 27 set 2018.

20. SACCOL, Maria Luiza Colvero. Testamento Vital: Em Busca de Uma Aplicabilidade Prática Coerente com a Ideologia do Instituto. 2016. *XIII Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. Mostra Internacional de Trabalhos Científicos*.

Disponível em <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/15758/3656>. Acesso em 27 set 2018.

21. XIMENES, Rachel Leticia Curcio. Testamento vital possibilita o direito à dignidade. (2014).

Disponível em <https://www.conjur.com.br/2014-fev-09/rachel-ximenes-testamento-vital-possibilita-direito-dignidade>. Acesso em 27 set 2018.