

ENFRENTANDO A MORTE

Renata Soltanovitch

São Paulo – junho/2020

1ª edição

Resumo

Quando a doença acomete o corpo, sabe-se que também sequestra a sua alma, deixando o paciente desesperançado quanto às expectativas de sua vida e, se as tiver, de sua extensão, além das sequelas e limitações advindas daquele tratamento de saúde.

É preciso desmistificar e enfrentar a morte e aceitá-la como um fim em si mesmo, e conseqüentemente se preparar, já que ela não tem dia certo para acontecer.

Também é necessária a preparação para todos aqueles que estiverem a sua volta, inclusive seus parentes.

E, se é conhecendo a morte que se vive a vida, é necessária a preparação para tal fim não só em termos patrimoniais, como faz a maioria das pessoas, com elaboração de testamento, definindo a forma como seus bens serão distribuídos, como também a escolha do destino de seu corpo através das DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade –, com a indicação da opção ou não pelo tratamento, a doação de tecidos e órgãos e, por que não dizer, a doação de seu próprio corpo para a ciência.

São temas sobre os quais vale a pena refletir.

Palavras-chave:

Morte, ortotanásia, suicídio assistido, doação de órgãos e tecidos, Diretivas Antecipadas de Vontade, Testamento Vital.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	
2	A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	
3	A RECUSA TERAPÊUTICA PELO PACIENTE E A RESOLUÇÃO CFM Nº 2232/19.....	
4	SUICÍDIO ASSISTIDO: DESMISTIFICANDO A MORTE.....	
5	PACIENTE EM ESTADO TERMINAL E A ORTOTANÁSIA	
6	DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV)	
7	CONCLUSÃO	
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

1 INTRODUÇÃO

Resistir à morte a qualquer custo ou desistir de insistir em viver? São incógnitas para as quais nem mesmo a filosofia tem resposta.

E como nos ensina Sêneca¹:

Deve-se aprender a viver por toda a vida e, por mais que te admires, durante toda a vida se deve aprender a morrer.

O fim da vida é reconhecer que temos nossos limites até mesmo para a suportabilidade do sistema em que vivemos. Viver ou sobreviver deve ser um diagnóstico que deve ser compartilhado e estudado, para que não se estenda a vida a qualquer custo.

A morte irá chegar para todos.

Cedo ou tarde.

Seja depois de viver anos e gozar de boa saúde, ou simplesmente morrer logo após o primeiro suspiro.

Aproveitando ou não a vida, a morte virá de qualquer forma. Em silêncio ou fazendo barulho, acidentalmente ou naturalmente. Sem dor ou com muito sofrimento. Se cada um tem a hora certa de morrer, que seja então uma boa morte.

É claro que morrer sem dor e sem sofrimento é o desejo da maioria das pessoas, mas pensar nesse processo da boa morte, através da elaboração de documentos próprios e aceitos juridicamente para tal fim, liberando os médicos e a família de uma decisão final difícil, não é uma atitude que a maioria das pessoas toma, até mesmo pelo próprio medo da morte.

Para aqueles que não o conhecem, estamos aqui mencionando um documento chamado de Escritura Pública de Diretivas Antecipadas de Vontade, elaborado no Cartório de Tabelionato de Notas.

Por meio desse documento, a pessoa que goza de boa saúde física e mental, já pensando no processo de morte, direciona a orientação que deve

¹ SÊNECA, Lucio Anneo. **Sobre a brevidade da vida**. São Paulo: Editora L&PM, 2010.

ser seguida em caso de ser acometida de uma doença grave ou de um acidente que possa lhe causar grande sofrimento, desnecessário para um prolongamento de sua vida.

Esse documento, que poucas pessoas fazem, deve ser compartilhado com a família e principalmente respeitado por ela, levando-se ao conhecimento do corpo clínico quando de eventual internação.

Aqui irei discorrer, de forma breve, sobre a recusa terapêutica pelo paciente e a Resolução CFM nº 2.232/19 – ou, para alguns espiritualistas, o disfarce de um suicídio assistido.

Será anotado também, pela relevância do assunto, o tema da ortotanásia, como suspensão do tratamento médico, muitas vezes já requerido pelo próprio paciente, ou então por sua família, quando esta decisão lhe cabe em momentos finais de seu parente.

Antes, não posso deixar de alertar o leitor sobre uma das principais premissas constitucionais que irão permear este artigo, que é a dignidade da pessoa humana, no seu aspecto filosófico e da autonomia de vontade, ou seja, o direito do paciente a morrer.

2 A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

O conceito, de uma forma geral, é de conhecimento dos leitores, voltada à valoração da vida humana, incluindo um conjunto de conceitos e normas de preservação da vida.

Embora arraigado nos direitos humanos e na Declaração Universal, é a respeito do cotidiano e do caso concreto – e aqui pretendo que o leitor limite ao tema maior, que é a MORTE, ou melhor, uma forma digna em que ela aconteça – que irei discorrer, ou melhor, direcionar o que vem a ser o princípio da dignidade da pessoa humana com a autonomia de vontade daquele direito a uma boa morte, sem sofrimentos do corpo e do mental e, por que não dizer, daqueles que estão a sua volta, pois aqueles que cuidam do doente sofrem os efeitos psicológicos e muitas vezes financeiros daquela situação.

E aqui faço questão de ressaltar que o sofrimento é perene ao corpo em seu todo, e não somente na alma no sentido apenas psicológico, já que a inquietude desta última faz parte das angústias de qualquer ser humano, sendo que alguns suportam mais do que os outros.

Não acredito que se consiga medir a dor física daquilo que é suportável ou insuportável, e com isto acarretar a sobrecarga ou a extensão filosófica do conceito da escolha pelo não tratamento médico (a recusa terapêutica), ou então optando pela ortotanásia quando, na realidade, por uma divagação mais aprofundada, se poderia ensejar, principalmente na primeira opção (pelo não tratamento), um suicídio assistido, ou melhor, consciente, com o efeito morte, mas sem a intenção criminal de acarretar um homicídio.

Observe-se, de uma forma simplista, que um doente pode suportar determinado tratamento e ter êxito e outro não aguentar a primeira sessão e querer paralisar o tratamento, ao que tem todo o direito (princípio da autonomia de vontade), segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina.

Veja-se a linha tênue de suportar um sofrimento entre o que pode se definir como uma recusa a um tratamento e um suicídio assistido, quando

temos a possibilidade de o próprio paciente não querer prosseguir em um tratamento que poderia, inclusive, acarretar a sua cura.

Até quando um corpo deve aguentar? Melhor dizendo, será que o paciente é obrigado a suportar um tratamento que não sabe se o conduzirá à cura? E, se ele não quiser mais viver, qualquer que seja o motivo, inclusive psicológico, envolvendo questões internas?

Contudo, não se pode deixar de entender que muitos podem não suportar a existência de sua própria condição humana até por uma doença degenerativa, e muitas vezes por um acidente que lhe cause uma limitação física capaz de tornar a vida, para aquele ser humano, um ato insuportável – e, portanto, para a dignidade de sua própria condição.

A morte, muitas vezes, pode ser um alívio.

Independentemente de se defender o suicídio assistido, estou aqui apenas refletindo sobre o tema e a linha tênue que me parece haver entre a ortotanásia, a escolha do paciente em não prosseguir com algum tratamento que possa inclusive ter êxito em sua cura, e o disfarce de um suicídio assistido por uma equipe médica que não pode, de forma compulsória, internar um doente que pode ser curado após longo e pesado tratamento de uma doença, como o câncer, por exemplo, ou a amputação de um de seus membros, como perna ou braço.

3 A RECUSA TERAPÊUTICA PELO PACIENTE E A RESOLUÇÃO CFM Nº 2.232/19

Publicada no Diário Oficial da União de 16 de setembro de 2019, por meio da Resolução CFM nº 2.232/19, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu normas éticas, contemplando a recusa terapêutica do paciente e a objeção de consciência na relação médico-paciente.

Pela importância do tema, entendo que alguns artigos devem ser aqui citados:

Art. 1º - A recusa terapêutica é, nos termos da legislação vigente e na forma desta Resolução, um direito do paciente a ser respeitado pelo médico, desde que esse o informe dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão.

Art. 2º - É assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente.

Parágrafo único - O médico, diante da recusa terapêutica do paciente, pode propor outro tratamento quando disponível.

[...]

Art. 11 - Em situações de urgência e emergência que caracterizarem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica.

Não se trata apenas de abandono de tratamento, mas a negativa de sua iniciação, pelo que se evidencia da redação da Resolução, visando sempre preservar a vontade livre e manifesta daquele paciente, exceto em caso de perigo eminente, pois neste caso o tratamento deve ser iniciado, evitando a omissão de socorro por parte do médico e de sua equipe, ainda que o paciente se recuse.

Aqui não irei abordar a exceção da não aplicação da Resolução, quando se tratar de mulheres grávidas.

De qualquer forma, a análise deontológica dessa Resolução, como forma de acolher a recusa terapêutica do paciente, é um avanço importante para ser analisado à luz do que pode ser aplicado ao suicídio assistido.

Será que isso não poderia ser considerado um suicídio assistido autorizado pela própria Resolução?

Ora, como dito em linhas atrás, o suicídio assistido em alguns casos deve ser enfrentado e regulamentado pela legislação, a fim de evitar subterfúgios normativos, como a recusa de um paciente às terapias ou de um doente, a quem se possa acarretar o efeito morte, à transfusão de sangue, até por crenças religiosas.

Vale lembrar, neste momento, ainda no aspecto introdutório do tema, que não importa o simples funcionamento orgânico do indivíduo, ainda que ele seja detentor de direitos por ser pessoa viva (um exemplo disso é o direito à imagem ou até mesmo de ser herdeiro), mas sim que detenha possibilidades de atividades principais e consciência de seus direitos, sendo respeitadas suas vontades.

O conceito de vida deve estar relacionado a critérios de dignidade, que compreendem a presença de características mentais ou percepção e consciência, e não apenas aos reflexos biológicos.

Como afirmado pelo professor José Afonso da Silva²:

Vida, no texto constitucional (art. 5o., caput), não será considerada apenas no seu sentido biológico de incessante auto-atividade funcional, peculiar à matéria orgânica, mas na sua acepção biográfica mais compreensiva. Sua riqueza significativa é de difícil apreensão porque é algo dinâmico, que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade. É mais um processo (processo vital), que se instaura com a concepção (ou germinação vegetal), transforma-se, progride, mantendo sua identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte [...]

E por que não prever a autorização da própria pessoa, que, entendendo querer morrer com dignidade, ainda com consciência, possa

² SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 27. Ed. São Paulo: Malheiros, 2006. p. 197.

autorizar o médico a lhe determinar o fim da vida em caso de uma doença em que sua memória não mais lhe sirva, como uma demência e/ou Alzheimer em grau avançado, podendo seus familiares, sem risco de serem criminalmente processados, providenciar o necessário para que tal fato ocorra?

Aqui não estamos falando em suicídio pela doença da alma, mas apenas quando o corpo e principalmente a memória não mais respondem, o que cognitivamente se espera de um ser humano. A ausência de dignidade e de condição de cuidar de si mesmo com entendimento para tal.

Não estou aqui, em hipótese alguma, defendendo o homicídio médico ou a eutanásia, e sim, sem qualquer restrição de palavras, o suicídio assistido, mas não de forma vazia e sim consciente, declarada anteriormente pela pessoa, através de documento público elaborado ainda quando com suas faculdades mentais preservadas, já pontuando sob quais doenças pretende que lhe pratiquem o fim da vida.

4 SUICÍDIO ASSISTIDO: DESMISTIFICANDO A MORTE

Não estou aqui induzindo ou apoiando o suicídio, mas a provocação dele por pessoa que assim deseja alcançar sua morte e, até mesmo, ao ser socorrido compulsoriamente e não seguir um tratamento médico, o que deve ser respeitado, conforme o teor da Resolução CFM nº 2232/2019, dentro de um critério axiológico, de modo que se dará a verificação de uma ocorrência de suicídio.

Não que seja o caso, mas vale a pena refletir na decisão judicial abaixo:

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. PODER JUDICIÁRIO. TRIBUNAL DE JUSTIÇA. APELAÇÃO CÍVEL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. BIODIREITO. ORTOTANÁSIA. TESTAMENTO VITAL. 1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico, morrer para “aliviar o sofrimento”; e, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida. 2. O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. 3. O direito à vida garantido no art. 5º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal. 4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado testamento vital, que figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina. 5. Apelação desprovida

Nº 70054988266 (Nº CNJ: 0223453-79.2013.8.21.7000)
2013/CÍVEL

Guardadas as devidas proporções do que foi dito alhures, e de que poderia não haver a intenção do paciente por seu suicídio, mas sua recusa à amputação de um membro necrosado, com a certeza do evento morte, poderia assim se ensejar o suicídio, pelo caminho de ferir-se até necrosar, sabendo que a recusa à amputação, respaldada pela Resolução nº 1995/92 e decisões judiciais, não lhe obrigaria a um tratamento terapêutico, inclusive psiquiátrico e psicológico, para dar por interesse a recuperação da própria vida.

Penso que o suicídio assistido deve ser uma realidade a ser enfrentada pelo legislador e até mesmo pelo corpo médico, amparado por psicólogos e psiquiatras estudiosos no assunto, para que, em detrimento de um desejo do paciente de não mais se ver naquela condição limitante, possa ter seu desejo realizado de encerrar suas atividades terrenas.

A morte, para alguns, pode ser a última das consequências, mas para outros pode ser o encerramento de um sofrimento físico ou até mesmo de um sofrimento que possa acarretar um tratamento longo, que limita até mesmo sua alma de sobreviver àquela restrição.

Ressalte-se a insistência de que não estou afirmando o homicídio simples, praticado pelo médico ou pela família, daquele que deseja dar por encerrada sua existência, em decorrência da simples dor na alma do paciente, mas sim de uma vontade daquele que não tem mais chance alguma de manter incólume a sua dignidade enquanto ser humano, ainda que o tratamento lhe possa ensejar, após muito custo, alguma cura ou prolongamento de sua vida.

Essa decisão deve ser única e exclusivamente do paciente, sem interferência de terceiros.

Como se tem aqui a abordagem da desmistificação da morte e a recusa do tratamento, seja com a doença inicial ou ainda por conta da ortotanásia, já com o processo morte se iniciando, observado que em todos os casos prevalece o princípio da dignidade humana, também deve ser aceito o suicídio assistido, desde que manifestado por pessoa com sua capacidade mental presente quando da elaboração de documento para tal fim.

O direito à vida, garantido no artigo 5º, caput, da Constituição Federal, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, inciso III, da Carta Magna.

A Constituição Federal instituiu o direito à vida e não o dever à vida a qualquer custo, como bem indicado no artigo 15 do Código Civil³.

Mesmo quando não há risco iminente de vida, deve o médico acolher a vontade do paciente, daí observadas as normas deontológicas de um testamento vital, sendo, por muitas vezes, inexistente a declaração pública de Diretivas Antecipadas de Vontade – esta, se existente, abrange apenas casos mais pontuais, em situações extremas.

Anote-se, como já pontuado, que há decisões judiciais que impedem médicos de amputar perna de paciente para salvar-lhe a vida, caso este paciente, de livre e espontânea vontade, deseje o não multilamento, preferindo sucumbir à morte futura, dando-se a infecção a que fatalmente será submetido.

De qualquer sorte, sou da opinião de que, para resguardo do médico e do hospital – até para que não ocorra um disfarce de suicídio assistido, pois por muitas vezes o paciente está depressivo, já com o intuito de matar-se, se é que sua internação já não decorreu de uma tentativa de suicídio frustrado e de um posterior atendimento médico, com negativa de tratamento –, deve ser nomeada uma junta médica ética, inclusive com advogado, para o caso de se judicializar a proteção.

Embora o médico não possa praticar a distanásia para salvar, a qualquer custo, a vida de um paciente, mesmo que o tratamento cause sofrimento, e até porque nenhum tratamento não o cause, ainda que na saúde mental daquele que a ele adere, parece-me razoável admitir a linha tênue entre o paciente recusar o tratamento terapêutico, que pode se prolongar e até curar sua vida, e um suicídio assistido, ao qual, em linhas gerais, já manifestei o meu apoio.

Se obrigar o paciente a se tratar, ainda que se tenha a chance de cura, pode ensejar constrangimento ilegal e até mesmo lesão corporal, o que fazer

³ Art. 15 – Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

quando um paciente já internado deseja a sua alta hospitalar, ao contrário da recomendação médica?

Sua permanência hospitalar poderá ensejar, inclusive, se for o caso, cárcere privado.

Entretanto, para salvaguardar os médicos e o hospital, há então o testamento vital, cuja manifestação possivelmente ocorrerá no momento do diagnóstico, devendo-se atentar à Resolução nº 1995/1992 do Conselho Federal de Medicina, segundo a qual deve ser observado que: (i) a decisão do paciente deve ocorrer de forma prévia; (ii) o paciente deve estar consciente e informado dos riscos; e, portanto, (iii) deve constar que sua manifestação de vontade deva prevalecer à do médico e dos familiares.

Ora, o que vem a ser “de forma prévia”? Entendo que o próprio diagnóstico e a decisão sobre o tratamento já sejam, para a maioria das pessoas, uma fase crítica que, psicologicamente, pode ensejar o afobamento de uma decisão que acarrete a sua morte antecipada.

Portanto, essa situação não resguarda e não protege o médico e o hospital, ao se acreditar que esteja atendida a vontade do paciente em decidir tratar-se ou não.

Autorizado o suicídio assistido, o paciente, na fase crítica de receber o diagnóstico de sua saúde, pode negar o seu tratamento, sem que estejam o médico e o hospital se responsabilizando para tanto.

Para isso, é necessário que o leitor tenha empatia com o doente e se coloque em sua situação, ao questionar para que vale o prolongamento de uma vida que sequer tem chance de ser usufruída.

Se não podemos coisificar uma pessoa, como se objeto fosse, a discussão sobre o tema deve ter como valorativas as premissas constitucionais de dignidade da pessoa humana, incluindo sua saúde mental, como também de sua autonomia de vontade, de escolher o que lhe for melhor. Isto é, viver ou morrer!

A vida de um doente não está somente no seu tratamento médico, mas envolve toda uma situação social de cuidados familiares e envolvimento financeiro.

O paciente pode inclusive não querer sacrificar a família com seus cuidados e escolher não seguir o tratamento por este motivo.

Portanto, não há como a equipe médica saber o que está no íntimo do paciente e acreditar que ele não está obrigado a aderir a um tratamento, podendo ensejar a aderência indireta ao acompanhamento de um suicídio, já que poderia aquele paciente, ainda que a duras penas dele e de seus entes, com sacrifícios financeiros, ter uma chance de cura ou ainda prolongar sua vida por mais alguns bons anos.

5 PACIENTE EM ESTADO TERMINAL E A ORTOTANÁSIA

Preservando a dignidade da pessoa humana, o Conselho Federal de Medicina, já no ano de 2006, publicou a Resolução nº 1.805/2006, que prevê a possibilidade de o médico suspender ou limitar procedimentos que prolonguem desnecessariamente a vida de um doente.

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social, espiritual, inclusive assegurando a ele o direito da alta hospitalar.

Parágrafo único. A decisão mencionada no caput deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica ao representante legal do doente.

Art. 3º Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Esta resolução foi objeto de Ação Civil Pública pelo Ministério Público Federal favorável ao Conselho Federal de Medicina, que tramitou na 14ª Vara Federal do Distrito Federal sob o nº 2007.34.00.14809-3, objetivando a sua nulidade ou critérios a serem seguidos para os casos de ortotanásia.

De qualquer sorte, reitero que a vontade do paciente deve ser respeitada, inclusive suspendendo um tratamento que lhe é degenerativo e custoso emocionalmente.

6 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV)

Após muitos estudos, no mês de agosto de 2012, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução nº 1995, dispondo sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes, curvando-se à vontade do doente sobre os cuidados e tratamentos que quer receber ou não no momento em que estiver incapacitado de se expressar.

Essa resolução também foi objeto de Ação Civil Pública, sob o nº 1039.86.2013,4,01.3500.

Essas diretivas podem ter sido feitas no passado por aqueles (raros, diga-se de passagem) que, gozando de boa saúde, já deixam consignado, em documento lavrado em cartório de notas, uma declaração de como querem ser cuidados e/ou tratados, caso acometidos por uma doença ou sofram qualquer espécie de acidente.

Nessa declaração, feita em cartório de notas, muitos declarantes já anotam até mesmo a indicação daquele que poderá decidir sobre os cuidados e tratamentos adequados que se devem observar, inclusive do gestor de seu patrimônio, para custear despesas médicas e sua internação e cuidados paliativos, independentemente de quem sejam seus herdeiros necessários.

Cabe aqui apenas uma consideração de cunho pessoal, a de que aquele indicado na declaração deve participar do ato público, sendo cientificado e até mesmo questionado se aceita o encargo, visto que é de suma responsabilidade a decisão sobre a continuidade ou não de tratamento médico, inclusive sobre a forma como se irão conduzir eventuais cuidados paliativos, com poder, inclusive, de gestão de patrimônio, por meio de uma procuração para tal fim, com as responsabilidades civil e criminal.

Há de se pensar, inclusive, se for o caso, em uma remuneração para este procurador, tamanha sua decisão sobre a vida alheia.

Faz-se necessário também aqui o leitor não confundir as Diretivas Antecipadas de Vontade com o testamento.

Mesmo que se aponte a existência de testamento vital, há de se lembrar que há o entendimento de que o testamento somente é cumprido *post mortem* e as Diretivas Antecipadas de Vontade têm o condão de serem

aplicadas enquanto há vida no paciente, ainda que precária e desprovida de dignidade.

Embora o testamento vital tenha sido aceito como Diretivas Antecipadas de Vontade, conforme o Enunciado nº 526 da V Jornada de Direito Civil do Conselho da Justiça Federal – CJF:

É válida a declaração de vontade expressa em documento autêntico, também chamado “testamento vital”, em que a pessoa estabelece disposições sobre o tipo de tratamento de saúde, ou não tratamento, que deseja no caso de se encontrar sem condições de manifestar a sua vontade.

Na leitura da Resolução CFM nº 1995/92, observa-se que, mesmo ausente a Escritura Pública, pode o médico colher e registrar no prontuário médico as Diretivas Antecipadas de Vontade que lhe tenham sido diretamente comunicadas pelo paciente (§ 4º do artigo 2º da Resolução).

Pois bem, é neste momento que o médico deve atentar a se o paciente tem condições psicológicas de fato para manifestar a referida vontade e ainda ser capaz de entender a dimensão de seu significado – e, mesmo que por acuidade do médico, faça com que assine um documento para tal fim.

Ainda que eu seja a favor de tal resolução e comportamento clínico, penso que deverá tal documento ser imediatamente avisado à Comissão de Ética do hospital, de modo que os envolvidos daquele nosocômio possam auferir a capacidade de entendimento e compreensão daquela vontade a ensejar a assinatura de documento próprio para tal fim, até mesmo porque tal decisão envolve aspectos jurídicos e psicológicos que o médico, por si só, não tem condições, sozinho, de auferir.

Constatado que o paciente tem condições de decidir, deve ser respeitada a sua vontade, ainda que incorra no evento morte.

Essa questão, inclusive, já foi levada a debate na V Jornada de Direito Civil, coordenada pelo ministro Ruy Rosado de Aguiar, na qual foi editado o Enunciado 403:

O Direito à inviolabilidade de consciência e de crença, previsto no art. 5º, VI, da Constituição Federal, aplica-se também à pessoa que se nega a tratamento médico,

inclusive transfusão de sangue, com ou sem risco de morte, em razão do tratamento ou da falta dele, desde que observados os seguintes critérios: a) capacidade civil plena, excluído o suprimimento pelo representante ou assistente; b) manifestação de vontade livre, consciente e informada; e c) oposição que diga respeito exclusivamente à própria pessoa do declarante.

Portanto, com a autonomia de vontade preservada, o direito à vida fica subjugado a segundo plano por escolha livre e consciente do paciente.

7 CONCLUSÃO

A escolha de viver ou morrer ainda é um tabu para a humanidade. Para alguns, morrer é pôr termo a um sofrimento, sem qualquer tipo de aspecto religioso.

Para outros, uma decisão que não cabe ao detentor de sua própria vida ou até mesmo aos seus familiares, quando se tratar de doente terminal. A morte deve chegar, ainda que com custo de muito sofrimento para o paciente e todos os envolvidos.

Até quando deve se prolongar a vida?

A vida vale a qualquer custo?

Deve-se pensar e discutir o assunto morte, mesmo que envolva o aspecto psicológico e inclusive religioso sobre o tema, justamente para deixar de ser um tabu e enfrentar o tema, levando em consideração a dignidade daquele ser humano que sofre desnecessariamente, para ver sua vida prolongada a qualquer custo.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JUNIOR, Renato Azevedo; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. **Reflexões éticas em medicina intensiva**. São Paulo: Editora Cremesp, 2018.

LOPES, Antonio Carlos; SOUZA LIMA, Carolina Alves de; SANTORO, Luciano de Freitas. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia**. Aspectos médicos e jurídicos. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

MORITZ, Rachel Duarte. **Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

ROSS, Elisabeth Kubler-Ross. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.

SÊNECA, Lucio Anneo. **Sobre a brevidade da vida**. São Paulo: Editora L&PM, 2010.

SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 27. Ed. São Paulo: Malheiros, 2006.