



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE DIREITO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO
MONOGRAFIA JURÍDICA

TESTAMENTO VITAL NA FASE IDOSA

ORIENTANDA: ANDREA THOMAZINE TUFANIN
ORIENTADORA: PROF^a. Ma. ÉVELYN CINTRA ARAÚJO

GOIÂNIA/GO
2021

ANDREA THOMAZINE TUFANIN

TESTAMENTO VITAL NA FASE IDOSA

Monografia Jurídica apresentada à disciplina Trabalho de Curso II, da Escola de Direito e Relações Internacionais, Curso de Direito, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGOIÁS).

Prof^a. Orientadora: Ma. Évelyn Cintra Araújo.

GOIÂNIA-GO

2021

ANDREA THOMAZINE TUFANIN

TESTAMENTO VITAL NA FASE IDOSA

Data da Defesa: 08 de Junho de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Ma. Évelyn Cintra Araújo

Nota

Examinadora Convidada: Prof^a. Esp. Ana Flávia Borges da Silva

Nota

Dedicatória

Dedico esta dissertação à Deus, minha família, base da minha vida e razão de me tornar uma pessoa melhor; ao meu marido Alexandre e ao meu filho Augusto.

Agradecimentos

Aos meus pais José Luiz e Railda, a minha sogra Marilda e ao meu sogro Almiro (*in memoria*), por estarem presente em cada momento da minha vida e incentivar meus sonhos.

Às minhas irmãs, cunhados, a minha cunhada Daniele, aos meus sobrinhos.

A minha orientadora Prof Evelyn Cintra Araújo, obrigada pela dedicação, incentivo, compreensão, competência e respeito.

A Prof Ana Flávia Borges, me inspirou no tema e aceitou fazer parte da banca desse trabalho.

A Maria Aparecida e Zenaide minhas “ajudantes” nessa jornada.

Aos Professores e aos amigos da PUC.

Em especial, aos meus pacientes que guardo no coração, hoje sou uma “pessoa” melhor.

Aos *amigos e amigas* que me deram força e ânimo durante essa jornada.

“Desejar ver a vida de outra forma, seguir outro caminho, pois a vida é breve e precisa de valor, sentido e significado. E a morte é um excelente motivo para buscar um novo olhar para a vida.” **Ana Cláudia Quintana Arantes.**

RESUMO

O Testamento Vital (TV) é um documento escrito pelo paciente, com discernimento, que expressa seus desejos, vontade e decisões a respeito dos tratamentos no final da vida. Com aumento da expectativa de vida e melhora da medicina/ equipe multidisciplinar, tecnologia e biotecnologia, aumentou a população idosa. Com o envelhecimento temos um declínio do corpo, da mente com o passar dos anos e aumento das doenças crônicas degenerativas, esses fatores podem influenciar na autonomia do idoso. Assim, fala-se muito pouco sobre a morte e como esse idoso gostaria de morrer, respeitando sua dignidade e autonomia. O objetivo deste estudo é analisar em idosos sobre as características e finalidades vontade do idoso. Foi realizado uma revisão bibliográfica qualitativa, exploratória. Considerações finais, o TV deve respeitar o ordenamento jurídico brasileiro, a dignidade da pessoa humana, e autonomia de vontade do paciente, junto equipe medica/multidisciplinar, a família e procurador nomeado.

Palavras-chave: Idoso. Testamento Vital. Autonomia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 TESTAMENTO VITAL NA FASE IDOSA.	12
1.1 O envelhecimento	12
1.2 Estatuto do idoso.....	16
1.3 Vulnerabilidade do idoso	19
1.4 Idoso e a relação com estatuto de deficiência.....	21
2 O TESTAMENTO VITAL NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	23
2.1 Conceito	23
2.2 Fases do processo de morrer.....	25
2.3 Capacidade para fazer o testamento vital.....	27
2.4 Princípios aplicáveis.....	28
2.4.2 Princípio da autonomia privada em situações de fim da vida	30
2.4.3 Autonomia para consentir	32
2.4.4 Autonomia do paciente no fim de vida.....	32
2.5.1 Diferença entre cuidados paliativos, tratamento ordinário e extraordinário	35
2.5.2 Eutanásia, ortotanásia, distanásia, mistanásia e morte assistida.....	36
3 O TESTAMENTO VITAL: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM GERIATRIA	40
3.2 RESOLUÇÕES DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA	41
3.2.1 Resolução 1.805 do Conselho Federal de Medicina	41
3.2.2 Resolução 1.995 do Conselho Federal de Medicina	42
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	49
ANEXO	55

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem por objetivo analisar o testamento vital em idosos. O envelhecimento é um fenômeno do processo da vida, processo gradual que se desenvolve por mudanças fisiológicas, biológicas, psicossociais, capacidade funcional, biopsicossociais específicas associadas à passagem do tempo. No entanto, este fenômeno varia de indivíduo para indivíduo.

O idoso no Brasil é aquela pessoa com mais de 60 anos, porém, com todo avanço da biotecnologia, cresce a tendência da longevidade da pessoa, o que pode aumentar de número de pessoas idosas. Devido a esse aumento da população, por viver mais, deve -se aumentar políticas sociais, cuidados, a proteção de acordo com o Estatuto do Idoso, políticas especiais das operadoras de planos de saúde, responsabilidade familiar, aumento de gastos por parte do governo federal, implantações de programas voltados para saúde dessa população, entre outros.

Apesar desse aumento da expectativa de vida e melhora da medicina/ equipe multidisciplinar, tecnologia e biotecnologia, se fala muito pouco sobre a morte e como esse idoso gostaria de morrer. Com o envelhecimento temos um declínio do corpo, da mente com o passar dos anos, mas isso não implica na forma de escolhas para uma morte digna.

Atualmente há uma discussão do envelhecimento saudável, porém, temos uma população mais idosa, ou seja, pessoas com mais de oitenta anos, que pode ser caracterizado pela vulnerabilidade desta população. De acordo com a Lei n. 10.741/2003, denominado Estatuto do Idoso, o idoso passou a ter tratamento diferenciado pelo legislador. O artigo 3º, §2º dispõe que: “Dentre os idosos, é assegurado a prioridade especial aos maiores de oitenta anos, atendendo suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos.” Essa população mais vulnerável está mais propensa a doenças crônicas, oncológicas, mentais, cardiovasculares, entre outras, o que pode se tornar uma dificuldade para autonomia de escolhas.

A relação entre o idoso e a boa morte, no final de vida, de acordo com a Resolução de nº 1.805/06 do Conselho Federal de Medicina regula a ortotanásia, em 2012 a Resolução nº1995/2012, emanada do Conselho de Federal de Medicina

(CFM), regulamentou as diretivas antecipadas de vontade (DAV), o testamento vital, ou seja, um conjunto de desejos, prévio e expressamente manifestado pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que se quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Em virtude de tudo isso, em princípio, surgem as seguintes dúvidas a serem solucionadas no transcorrer da pesquisa como, a) o idoso com uma doença grave ou terminal, tem autonomia para decidir o testamento vital?; b) a vulnerabilidade do idoso pode alterar a decisão do testamento vital?; c) a relação família, médico e paciente pode alterar a autonomia do idoso? e d) no caso do idoso com doença que impossibilite sua decisão, como doença mental, a família, curador, ou equipe multidisciplinar decidirá por ele?.

Utilizando-se uma metodologia eclética e de complementaridade, mediante a observância da dogmática jurídica, materializada na pesquisa bibliográfica qualitativa, exploratória. Nesse trabalho será feita uma revisão bibliográfica, descritiva e dedutivo, para descrever o testamento vital e qual melhor momento o idoso deve realizá-lo.

Ter-se-á por objetivo principal analisar o testamento vital na população idosa, em seguida verificar o uso e a aplicabilidade do testamento vital na população idosa, correlacionar a vulnerabilidade do idoso com a capacidade de exercer sua autonomia, demonstrar a capacidade do idoso e uma relação médico paciente e família diante da decisão do testamento vital e, por fim demonstrar o quanto a pessoa idosa, em especial aquela que já alcançou os oitenta (80) anos, em que possui alguma doença grave, crônica e ou doença mental, ser capaz de exercer sua autonomia.

Nesse diapasão, a respeito do testamento vital, torna-se interessante, conveniente e viável analisar o tema quando o paciente é o idoso, pois, com o envelhecimento, doenças crônicas e possível perda da autonomia, aumenta -se a preocupação com a morte. Nessas situações explora-se o bem-estar do idoso, o conforto da qualidade de vida, dignidade e com isso a escolha de uma morte digna.

1 O IDOSO

1.1 O ENVELHECIMENTO

No final do século XX foi evidenciado por um rápido processo de envelhecimento populacional, uma das características mais marcantes da atual dinâmica demográfica mundial é o processo de envelhecimento populacional, isto é, o aumento do número absoluto e do percentual de idosos no conjunto da população, que ocorre desde 1950. Novas projeções demográficas divulgadas pela Divisão de População da Organizações da Nações Unidas, em 2019, demonstrou o processo de envelhecimento populacional, no Brasil e no mundo de forma acelerada (gráfico 1). (ALVES, 2019)

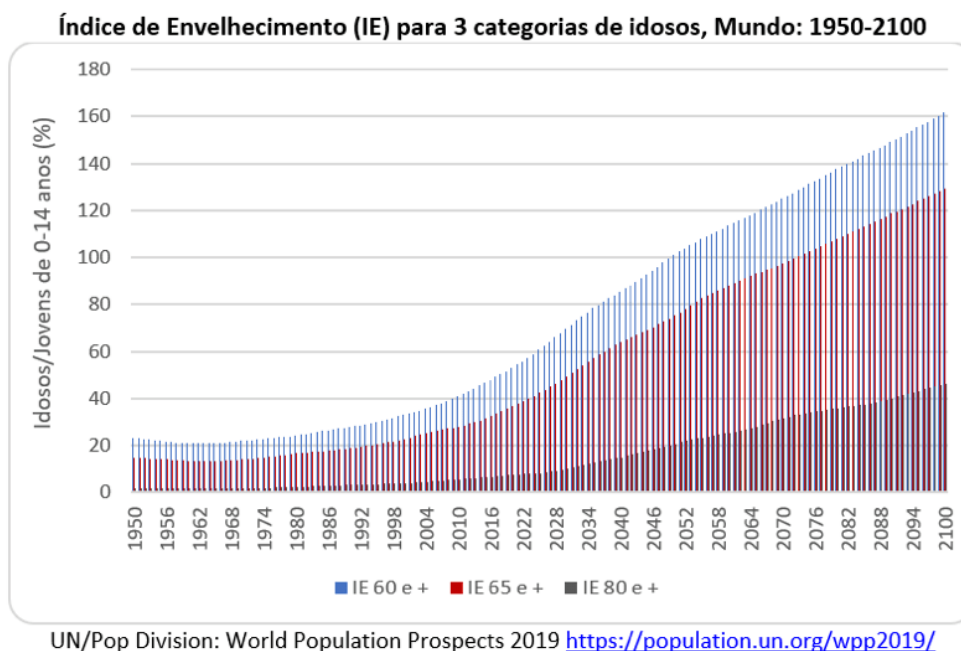


Gráfico 1: Demonstra O Índice de Envelhecimento para o mundo, entre 1950 e 2100, para três categorias de idosos: 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais de idade. Nota-se que em 1950 havia 23 idosos de 60 anos e mais, para cada 100 jovens de 0 a 14 anos na população, 15 idosos de 65 anos e mais para cada 100 jovens e somente 1,6 idosos de 80 anos e mais para cada 100 jovens. Os idosos eram ampla minoria na estrutura etária mundial em meados do século passado (Alves, 2019)

De acordo com o gráfico houve crescimento absoluto de 4,3 vezes em 150 anos, demonstrando um crescimento da população mundial, ou seja, um crescimento

elevado da população idosa, acima de 60 anos.

No Brasil o processo de envelhecimento populacional no Brasil é mais acelerado, de acordo com o gráfico 2, apresenta percentuais de idosos bem acima dos percentuais globais, aumento dos idosos de 60 anos, 80 e 90 anos.

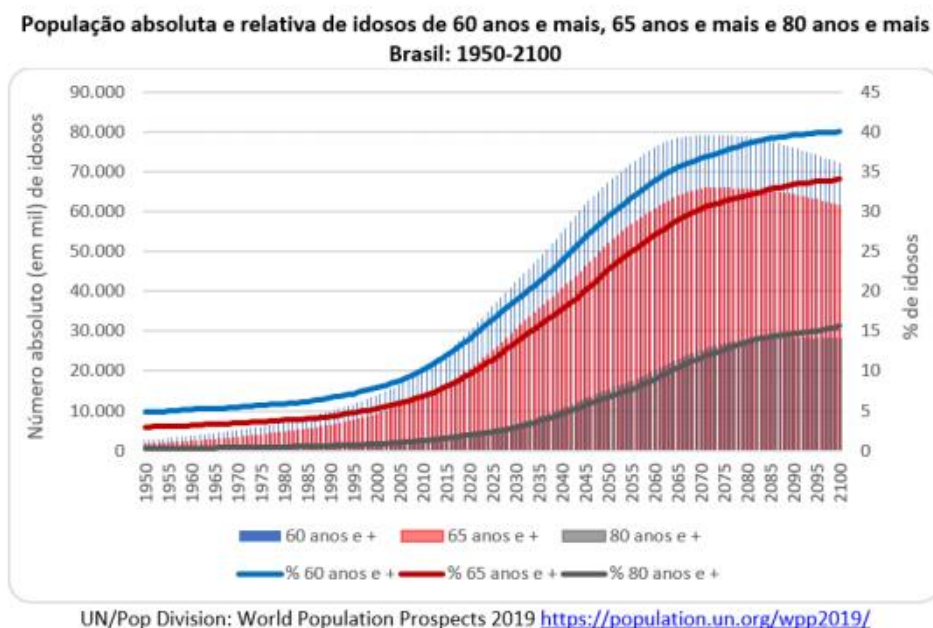


Gráfico 2: Demonstra O Índice de Envelhecimento para o Brasil, entre 1950 e 2100, para três categorias de idosos: 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais de idade. Nota-se que em 1950 havia 23 idosos de 60 anos e mais, para cada 100 jovens de 0 a 14 anos na população, 15 idosos de 65 anos e mais para cada 100 jovens e somente 1,6 idosos de 80 anos e mais para cada 100 jovens. Os idosos eram ampla minoria na estrutura etária mundial em meados do século passado (Alves, 2019)

De acordo com o pesquisador José Eustáquio Diniz Alves (ALVES,2019, p.1):

É importante destacar que o número total de brasileiros vai atingir o pico populacional de 229,6 milhões de habitantes em 2045, conforme a revisão 2019 das projeções da ONU. Mas o número absoluto de idosos vai continuar crescendo, sendo que o pico de idosos de 60 anos e mais (79,2 milhões de pessoas) e de 65 anos e mais (65,9 milhões) será alcançado em 2075. O pico de idosos de 80 anos e mais (28,5 milhões) será alcançado somente em 2085. Nas duas últimas décadas do século XXI o número absoluto de idosos vai diminuir. Todavia, o percentual de idosos vai continuar subindo, trazendo novos desafios e novas oportunidades.

A população brasileira (gráfico 2 e 3) envelhece de forma célere e intensa. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de idosos no Brasil é de 29.374 milhões de pessoas, ou seja 14,3% da população do país. Houve um aumento na expectativa de vida no ano 2016, para homens e

mulheres. Essa melhora, ou melhor dizendo, esse aumento em viver mais, provavelmente deve-se a alguns fatores, como melhoria social, melhor condição de vida, aumento e acesso a serviços médicos, avanço na tecnologia médica, saneamento básico, acesso a informação, escolaridade e fator econômico, cuidado familiar, entre outros fatores (IBGE, 2020, WORD POPULATION PROSPECTS, 2019)

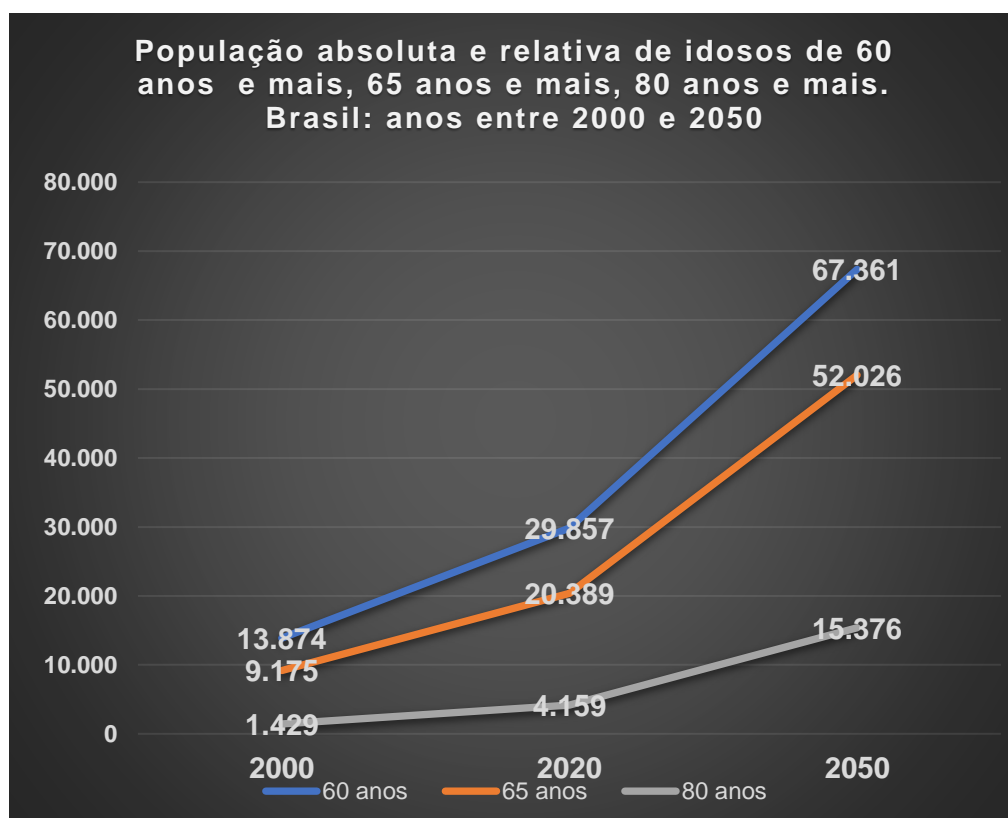


Gráfico 3: Demonstra o Índice de Envelhecimento para o Brasil, entre 2000 e 2050, para três categorias de idosos: 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais de idade, tabela adaptada. (Alves, 2019, p.1)

Envelhecer é um processo natural caracterizado por uma etapa da vida do ser humano, devido a mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo. As modificações biológicas são as morfológicas; as fisiológicas; as bioquímicas. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais se tornam alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico. (FERREIRA,2012)

Em nível biológico, o envelhecimento resulta do impacto da acumulação de uma grande variedade de danos moleculares e celulares ao longo do tempo. Isso leva

a uma diminuição gradual da capacidade física e mental, um risco crescente de doenças e, em última instância, à morte. Essas mudanças não são associadas com a idade de uma pessoa. Ou seja, quando comparadas, pessoas com 70 anos gozam de uma saúde boa e funcional, outras com a mesma idade são frágeis e requerem uma ajuda significativa de outras pessoas. O envelhecimento também está associado a outras transições de vida, como a aposentadoria, a mudança para uma moradia mais apropriada, quando possível, e a morte de pessoas próximas. (OMS,2015)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. O conceito de idoso pode ser definido em diversas vertentes, seja ela cronológica, física, social, biológica, cultural, entre outras. Nesta retidão, o mais utilizado é o cronológico, ou seja, aquele que leva em consideração o tempo, a data.

Para a OMS, por meio da resolução 39/125, o conceito de idoso pode variar de acordo com o país, seja ele desenvolvido (idosos com 65 anos ou mais) ou em desenvolvimento (idade igual ou superior a 60 anos). Neste, o Brasil, país em desenvolvimento, e com o Estatuto do Idoso, Lei N° 10.741, de 1º de outubro de 2003, em sentido estrito, os definem como pessoas com mais de 60 anos. (ONU,1982)

O processo de envelhecer pode ser classificado pelos critérios: demográfico por faixa de idade, ou seja, dos 60 a 79 anos, a chamada “terceira idade”; de 80 anos ou mais, a “quarta idade”. Outra análise de parâmetro é individual. Este difere as pessoas com base na herança genética, personalidade e forma de levar a vida, ou também como é chamado de envelhecimento ativo. De acordo com esses critérios encontram-se indivíduos relativamente jovens com dependências mais comuns aos mais idosos e pessoas de 80, 90, até 100 anos que permanecem saudáveis e autônomas. (MINAYO, 2019).

Uma análise do ponto de vista demográfico, os problemas de saúde começam aumentar a partir da Quarta Idade, e tem maior prevalência a perda do potencial cognitivo e da capacidade de aprender; aumento dos sintomas de estresse crônico; elevada prevalência de demência senil, acentuando-se a partir dos 90 anos; alto nível de fragilidade, pela combinação de múltiplas enfermidades motoras, crônicas e degenerativas (LIMA, 2006).

Para que os idosos de hoje e do futuro tenham qualidade de vida, é preciso garantir direitos em questões como saúde, trabalho, assistência social, educação,

cultura, esporte, habitação e meios de transportes. No Brasil, esses direitos são regulamentados pela Política Nacional do Idoso, bem como o Estatuto do Idoso, sancionados em 1994 e em 2003, respectivamente. Ambos os documentos devem servir de balizamento para políticas públicas e iniciativas que promovam uma verdadeira melhor idade (OMS, 2015).

1.2 ESTATUTO DO IDOSO

O Estatuto do Idoso é uma Lei Federal, de nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, Lei Orgânica do Estado Brasileiro destinada a regulamentar os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos que vivem no país. É o resultado final do trabalho de várias entidades voltadas para a defesa dos direitos dos idosos no Brasil, entre as quais sempre se destacou a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e também de profissionais das áreas da saúde, direitos humanos e assistência social, além de parlamentares do Congresso Nacional.

O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social, e é dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. A garantia desses direitos está determinada na legislação com o advento do Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 –, considerada uma das maiores conquistas da população idosa brasileira.

Os direitos da pessoa idosa foram reconhecidos na Constituição Federal de 1988 (CF/88) artigos 229 e 230, quanto na legislação, o artigo 230 da CF, “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”, este amparo deve se estender à família, sociedade e ao Estado.

O reconhecimento da pessoa idosa como sujeito de direito na CF/88 e seguridade social, é devido aos movimentos sociais, sindicatos, associações de profissionais na área de Gerontologia e Geriatria (FABRE, 2020)

No Brasil desde 2003, com a entrada do Estatuto do Idoso, o idoso começou a receber tratamento diferenciado pelo legislador pátrio, que passou a regular os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no país (art. 1º). Aborda, assim, questões familiares, de saúde, discriminação e violência contra o idoso.

Entretanto, a lei não acompanha simultaneamente as mudanças na sociedade, pois o indivíduo de 60 anos hoje não é o mesmo de 10 anos atrás, quando o Estatuto entrou em vigor.

Sousa, citando Bobbio, esclarece que: A velhice, segundo o mesmo autor, apresenta três sentidos: velhice censitária ou cronológica, decorrente da idade biológica vivida, que começa quando se aproxima dos oitenta anos; velhice burocrática, estabelecida pela legislação em vigor; velhice psicológica ou subjetiva, determinada pelo estado de ânimo, pelas circunstâncias históricas e sociais. (BOBBIO *apud* SOUSA, 2004, p. 23).

O estatuto tem por objetivo a persecução de princípios e direitos fundamentais à vida humana. Entre eles, visa, principalmente, garantia da dignidade humana, princípio consubstanciado na Constituição Federal em seu art. 1º, inciso III. E, conseqüentemente, assegurar a existência digna acerca da qual dispõe o art. 170, CF. Afinal, como dispõe o art. 2º do Estatuto do Idoso:

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

A dignidade da pessoa humana é um direito fundamental e norteador da Constituição Federal de 1988, prevista no artigo 1º, inciso IIIA.

Conforme Farias e Rosenvald (2010, p.124):

[...] o postulado fundamental da ordem jurídica brasileira é a dignidade humana, enfeixando todos os valores e direitos que podem ser reconhecidos à pessoa humana, englobando a afirmação de sua integridade física, psíquica e intelectual, além de garantir a sua autonomia e livre desenvolvimento da personalidade.

Princípio basilar da Constituição, a dignidade, deve ser assegurada desde o nascimento até a morte do indivíduo, o que implica no envelhecimento digno.

A dignidade da pessoa humana, além de ser um direito fundamental, também é um direito de personalidade e deve ser assegurado ao idoso, tanto em sua integridade física, psíquica e intelectual, e na sua autonomia privada, dentre outros direitos que devem assegurar o livre desenvolvimento da personalidade humana. Segundo Fiúza e Gama (2007, p.14):

[...] a personalidade é composta de atributos, como a vida, a honra, o nome, a capacidade, o estado, o corpo físico, a psique, a dignidade, etc. Atributos são elementos componentes, em outras palavras, o material de que é composto um objeto. A pessoa humana é composta de todo esse material, ou seja, de todos esses atributos. O que se chama de direitos de personalidade são, na verdade, direitos decorrentes desses atributos, visando à proteção da

pessoa humana e de sua dignidade. Essa visão moderna de que a honra, o nome, a vida, etc. integram a pessoa é fundamental para a positivação da proteção e da promoção do ser humano e para a compreensão e a garantia da igualdade, pelo menos em termos formais.

Os Direitos fundamentais previstos no Estatuto do Idoso são: do Direito a vida; Do direito à liberdade; Do respeito e dignidade; Dos alimentos; Do direito à saúde; Da educação, Da cultura esporte, lazer; Da profissionalização e do trabalho; Da previdência social; Da assistência social; Da habitação; Do transporte.

O Estatuto do Idoso possui 118 artigos que consolidam os direitos conferidos pelas diversas leis federais, estaduais e municipais, referentes à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação, ao transporte, à fiscalização de entidades de atendimento e à tipificação de crimes contra a pessoa idosa. (VERAS, 2018).

O direito à vida é previsto no artigo 5º, caput, da CF/88, o envelhecimento é considerado como um direito personalíssimo e sua proteção um direito social, o Estado é obrigada a garantir à pessoa idosa a proteção da vida e da saúde, por meio das políticas públicas que permitem um envelhecimento saudável e com dignidade (GODFINGER, 2018).

O direito à saúde é assegurado constitucionalmente, de acordo com artigo 196, caput, da CF/88:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

Concomitante, o Estatuto do Idoso, os artigos 15 a 19, integram o conjunto de dispositivos legais, que amparam do direito a saúde dos idosos. O artigo 15, assegura a integração à saúde, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois este garante o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo às doenças que afetam os idosos.

Para o idoso que apresenta domínio de suas faculdades mentais, este pode optar pelo tratamento de saúde que lhe reputar o mais favorável. De acordo com o artigo 17, caput, do Estatuto do Idoso, vejamos:

Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

- I - pelo curador, quando o idoso for interditado;
- II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;
- III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;
- IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público”.

A pessoa idosa deve exercer em relação a sua saúde, sua liberdade plena, sua autonomia, a fim de que ela tenha a palavra final no seu tratamento ao qual pretende ou não se submeter. Caso o idoso, acima de sessenta anos não for capaz de manifestar sua vontade livremente deverá ser representado pelo seu curador ou familiar. Ele também poderá ser representado pelo médico nas hipóteses de não houver tempo para pedir autorização de um curador ou familiar, caso o idoso encontrar em risco de vida (GOZZO e MONTEIRO, 2020).

O envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. Envelhecer não significa necessariamente adoecer. A menos que exista doença associada, o envelhecimento está associado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram para a população com acesso a serviços públicos ou privados adequados, uma melhor qualidade de vida nessa fase. Com isso, é fundamental investir em ações de prevenção ao longo de todo o curso de vida. (MIRANDA, 2016)

Por isso, os países têm buscado, cada vez mais, compreender o processo de envelhecimento populacional, procurando alternativas para manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes. Isso porque a presença crescente de pessoas idosas na sociedade impõe o desafio de inserir o tema do envelhecimento populacional na formulação das políticas públicas e de implementar ações de prevenção e cuidado direcionados às suas necessidades, subsidiando a organização de uma rede com capacidade para ofertar serviços e ações no âmbito da proteção social. (BATISTA, 2008)

1.3 VULNERABILIDADE DO IDOSO

Com o avanço da medicina as pessoas podem viver mais, em 2017, por meio

da Lei nº 13.446/2015, foi acrescentado ao do Estatuto do Idoso, o parágrafo 2º do artigo 3, que disciplina sobre a pessoa com mais de oitenta anos (80) ou mais. “Dentre os idosos, é assegurada prioridade especial aos maiores de oitenta anos, atendendo-se suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos”. Desse modo a lei fez distinções entre os idosos, e mais idosos, porquanto em cada uma dessas fases da vida, apresentam necessidades distintas, e as regulamentando diferenciadas, pode dar uma devida proteção ao grupo mais vulnerável (GOZZO e MONTEIRO, 2020).

Conceito de vulnerabilidade reúne um conjunto de situações que tornam os idosos frágeis. Nesse sentido, a incapacidade física, psíquica ou intelectual constitui um aspecto da vulnerabilidade, o qual caracterizaria a situação de dependência. (BATISTA, 2008)

O desenvolvimento de vulnerabilidades se relaciona ao processo de envelhecimento, pois existe uma distinção entre envelhecimento e velhice, e esse processo compõe a vulnerabilidade. A vulnerabilidade no idoso é definida como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos (RODRIGUES, 2012).

O termo vulnerabilidade é multidimensional, de acordo com condição de saúde, e está relacionado com recurso econômico, social, psicológico, familiar, cognitivo ou físico inadequado. A vulnerabilidade social e física, se relacionam com a vulnerabilidade psicológica e física e caracterizam-se por alterações na saúde mental, risco aumentado para demências, perda de autonomia, de identidade e de dignidade, aparecimento ou agravamento de doenças crônicas, de incapacidade física e cognitiva (SANTOS, 2010).

A redução da capacidade funcional e da autonomia da pessoa idosa pode implicar em consequências negativas não apenas para si, mas em modificações no modo de vida e aos familiares.

A autonomia é caracterizada pelo direito de tomar decisões juntamente com outras pessoas, para uma melhor escolha na situação do final de sua vida (morte), o conceito de autonomia, que será de autonomia privada.

O conceito de autonomia privada como sendo aquele que legitima a ação do indivíduo, conforme à ordem pública é permeada pela dignidade da pessoa

humana e pela alteridade pronto ou, em outras palavras, aquela que garante os indivíduos percebam seus interesses individuais, sem olvidar da intersubjetividade e da alteridade quanto significa dizer que à autonomia privada não é o poder do indivíduo de fazer tudo que eu quiser, não se traduz em uma ampla liberdade, muito pelo contrário garante ao indivíduo o direito de ter seu próprio conceito de “vida boa” - e, por que, de “morte boa”- é de agir buscando tal objetivo, direito este sim encontra barreiras na alteridade, de modo que a autodeterminação do indivíduo deve ser balizada pelas relações impessoais e tal balizamento é feito pelas normas jurídicas (DADALTO, 2020, p.10)

1.4 IDOSO E A RELAÇÃO COM ESTATUTO DE DEFICIÊNCIA

A Lei Brasileira de Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência), Lei 13.146, promulgada em 06 de julho de 2015, artigos 1º e 2º, definiu a pessoa com deficiência como:

Aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”, assegurando e promovendo, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais, visando à sua inclusão social e cidadania. (da Lei 13.146/2015).

Com o avanço da medicina e a conseqüente longevidade da pessoa idosa, nessa população, pode aumentar os tipos de deficiência, tais como auditivas, visual, diminuição de mobilidade, deficiência física e mental. Nesses casos, há uma união dos direitos que são oferecidos aos idosos.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência inclui o idoso deficiente e engloba todas as formas de deficiência, inclusive mental, pois esta tem por objetivo garantir que a pessoa deficiente não seja discriminada, e exercer seus direitos em igualdade em condições com as demais, o que podemos incluir o idoso deficiente ou com limitação incapacitante.

Em 2017 foi incluído pela Lei nº 13.466, no artigo 3º parágrafo 2º, classifica e prioriza o idoso com mais de 80 anos, em relação aos outros idosos. “Assim a lei classificou os idosos com idades de sessenta (60) anos a oitenta anos incompleto e acima de 80 anos como mais idosos, assemelha-se a classificação gerontologia “terceira idade” e “quarta idade” (GOZZO e MONTEIRO, 2020).

O idoso pode se tornar mais fragilizado, dependente do aspecto físico e mental, os acima de oitenta anos, estão mais propensos aos problemas de saúde, físicos, mentais e doenças. A fragilidade é uma síndrome clínica multifatorial, influenciada por complexas e dinâmicas interações biológicas, psicológicas,

cognitivas e sociais que podem reduzir a autonomia e independência da pessoa idosa, ampliando os riscos para quedas, hospitalização, infecções, deficiências, institucionalização e morte. (MORLEY,2013)

Compreende um estado de vulnerabilidade com maiores riscos de exposições que levam a comorbidades e deficiências, em consequência, a perda de reserva do corpo humano que se relaciona a idade. A fragilidade pode associar-se a ocorrência de doenças crônicas e dependência para o desempenho das atividades básica e instrumentais de vida diária (ABVD e AIVD), com comprometimento da cognição, humor, mobilidade e comunicação, de forma isolada ou associada, e mais acentuado entre os idosos. (FREITAS, 2020).

2 O TESTAMENTO VITAL NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

2.1 CONCEITO

De acordo com a literatura estrangeira, pode-se encontrar várias definições de testamento vital. O testamento vital é um documento redigido por uma pessoa consciente, sem alterações psicológicas ou cognitivas, ou seja, em pleno gozo de suas faculdades mentais (manifestação de vontade), com o objetivo de dispor dos seus cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber, no momento em que estiver com uma doença ameaçadora da vida, sem possibilidades terapêuticas e impossibilitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Este modelo documento corresponde ao modelo de pura autonomia, ou seja, há uma manifestação de vontade do paciente, realizado enquanto capaz, modelo denominado *Beauchamp e Childress*. (DADALTO, 2020). E tem por objetivo garantir ao paciente os desejos atendidos em determinadas situações ao final da sua vida, proporcionar ao médico um respaldo legal para a tomada de decisões em situações de conflito, sendo um documento sem qualquer cunho patrimonial. (DADALTO, 2014)

O testamento vital surgiu nos Estados Unidos da América no final de 1960, pois a Sociedade Americana para Eutanásia propôs declaração prévia de vontade para o fim de vida e o paciente poderia solicitar a interrupção do tratamento médico. (SALDANHA,2017).

De acordo com a pesquisadora e doutrinadora Luciana Datalto (2013), existe uma dificuldade na nomenclatura testamento vital, que foi derivado de errôneas e sucessivas traduções de *living will* (tradução literal: testamento em vida). A tradução de will, apresenta três substantivos, como: vontade, desejo e testamento. A tradução de living pode ser o substantivo sustento, o adjetivo vivo ou o verbo vivendo. De acordo com a doutrinadora a tradução literal mais adequada seria “desejos de vida”, ou “disposição de vontade de vida”, expressão que, caracteriza o testamento, uma disposição de vontade. Com isso, torna-se questionável se, originalmente, este instituto foi realmente equiparado a um testamento ou se tal confusão foi provocada por um erro de tradução para outro idioma, que foi perpetuado (DADALTO, 2013).

O erro de da tradução cinge-se basicamente à incompatibilidade das características do testamento vital com a característica principal do testamento, qual seja, a produção de efeitos mortis causa, pois o conceito apresentado acima deixa claro que essa declaração surtirá efeito durante a

vida do paciente. [...] No que ao aspecto formal, o testamento vital, assim como o testamento (patrimonial) é um negócio jurídico solene, portanto, deve ser escrito e seguir forma prevista em lei. Ressalta que nos EUA não há registro em cartório do *living will* pelo fato de não haver cartórios lá. A divergência na doutrina estrangeira existe quanto a necessidade ou não de registrar esse documento em cartório e de haver testemunhas. (DADALTO, 2020, p. 55 e 56).

Adriano Marteleto Godinho (2012, p.956), define Testamento Vital e coloca outras denominações, e a imprecisão terminológica para o termo “testamento Vital” como:

O testamento vital (também chamado “testamento biológico”, “testamento de vida” ou “testamento do paciente”) consiste num documento, devidamente assinado, em que o interessado juridicamente capaz declara quais tipos de tratamentos médicos aceita ou rejeita, o que deve ser obedecido nos casos futuros em que se encontre em situação que o impossibilite de manifestar sua vontade, como, por exemplo, o coma. Cumpre, antes de avançar, apontar uma imprecisão terminológica no emprego do termo “testamento vital”. Não se trata exatamente de um testamento, porque este ato jurídico se destina a produzir efeitos post mortem; ao revés, o testamento vital tem *eficácia inter vivos*. Ademais, há outra significativa distinção entre as figuras: o testamento vital tem por objeto firmar antecipadamente a vontade do paciente quanto aos atos médicos a que pretende se submeter, subsistindo as instruções contidas no documento nos casos em que seu subscritor estiver impossibilitado de manifestar-se; o testamento propriamente dito, por seu turno, implica, normalmente, uma divisão do patrimônio pertencente ao testador, não obstante a lei permita que o ato seja celebrado para fins não patrimoniais, como o reconhecimento de paternidade, por exemplo. Seria inócua, por óbvio, a inclusão de instruções acerca dos cuidados médicos a ter em conta num testamento, porque este ato, como já se afirmou, tem sua eficácia jurídica suspensa até que se verifique a morte do testador. Entretanto, por ter se consagrado o uso da expressão “testamento vital”, será esta a terminologia empregada doravante.

A eficácia do testamento vital não se aplica somente para doenças terminais, também pode ser aplicada a todos estágios clínicos que coloque o paciente em situação de incurabilidade e ou irreversibilidade, como nos casos de estado vegetativo persistente, doença terminal e doenças crônicas, em especial demência avançada. (DADALTO, 2020)

O testamento vital e testamento sucessório produzem efeitos diferentes, no qual o testamento vital gera efeitos em vida e o testamento o sucessório apresenta efeito após a morte, porém apresentam semelhanças por serem um negócio jurídico (declaração de vontade), personalíssimo, unilateral e revogável. Quanto aos efeitos, produz efeitos *erga omnes*, vinculando médicos, parentes do paciente, e eventual procurador de saúde vinculado às suas disposições. (MALLETT, 2015).

No Brasil, ainda há uma norma específica para o testamento vital, para isso

necessita de uma interpretação integrativa das normas constitucionais e infraconstitucionais para a sua validade no ordenamento jurídico brasileiro. O testamento vital é a expressão da autonomia do sujeito e garantidor de dignidade (DADALTO, 2020).

Deste modo, Conselho Federal de Medicina (CFM) editou a Resolução nº 1995/2012 que trata das diretivas antecipadas de vontade do paciente. (CHAVES, 2019). Esta Resolução respeita o princípio da dignidade humana e a decisão do paciente, porém, há uma lacuna e a Resolução apenas regulamenta a conduta médica; não há extrapolação de poder; é compatível com os princípios da autonomia e dignidade humana (FERREIRA, 2019).

2.2 FASES DO PROCESSO DE MORRER

No Brasil com aumento da população idosa e com aumento da biotecnologia, o prolongamento da vida, pouco se fala sobre a morte e o processo de morrer. O grande medo na atualidade é o prolongamento de morrer com sofrimento, perda de autonomia e dependência das atividades de vida diária. A morte é um fato natural e o médico passa assumir a responsabilidade pelo processo de morrer do paciente. Porém, o processo de morrer é inevitável e necessita de uma reflexão sobre o processo de vida, que no último passo é a morte (FUKUMITSU, 2018).

A morte é um processo lento e gradual, há algumas distinções, como: a morte clínica é definida pela paralisação da função cardíaca e da respiratória, a morte biológica é a destruição celular e da morte encefálica, é paralisação das funções cerebrais. (Resolução do Conselho Federal de Medicina nº1.480/97).

Para Daisy Goliano, (2009, p. 145), define morte clínica como:

A morte clínica pode, em face dos avanços tecnológicos da medicina, desaparecer com os processos de reanimação, permitindo, assim, manter a vida vegetativa, mesmo após a superveniência da morte cerebral. A morte, antes identificada como a cessação da atividade espontânea da função cardíaca e respiratória, com a paralisação circulatória irreversível, passou a ser determinada com a paralisação das funções cerebrais.

Em um estudo sobre a morte e suas considerações, o autor descreve uma definição mais aceita, em termos médicos, ou seja, é o término das funções vitais, esta é amplamente difundida e não é exclusiva da medicina e é utilizada também por leigos.

A definição de morte pode parecer fácil. Todos aprendem desde cedo que a

morte é a única certeza da vida. No entanto, a morte é um fenômeno que está sujeito a múltiplas interpretações. A morte pode ser definida sob o aspecto filosófico, orgânico e legal, para citar apenas alguns. Sob todos estes aspectos, ela está sujeita aos princípios culturais vigentes (PAZIN-FILHO, 2005, p.21)

Segundo Elizabeth Kübler-Ross, o processo de morte possui cinco estágios, são eles, negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. A autora descreve como pacientes terminais vivem o processo de morrer ou de terminalidade (KÜBLER -ROSS, 2017).

O primeiro estágio, a negação, pode ser uma defesa temporária ou, em alguns casos, pode sustentar-se até o fim. A negação assumida nem sempre aumenta a tristeza, caso dure até o fim. Nesta fase o paciente desconfia de troca de exames ou competência da equipe de saúde. Geralmente o pensamento que traduz essa defesa é: "*não, eu não, não pode ser verdade*" (KÜBLER -ROSS, 2017).

O segundo estágio, a raiva, é a fase na qual surgem sentimentos de ira, revolta e ressentimento: "*Não, não é verdade, isso não pode acontecer comigo!*" "*por que eu?*" Torna-se mais difícil lidar com o paciente, a negação é substituída por sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimentos, pois a raiva se propaga em todas as direções, projetando-se no ambiente, muitas vezes, sem "razão plausível" (KÜBLER -ROSS, 2017).

O terceiro estágio, a barganha, é o menos conhecido, mas igualmente útil ao paciente, por um tempo doente faz promessas por um prolongamento da vida ou alguns dias sem dor ou males físicos. As barganhas são feitas com Deus, ou um acordo. Psicologicamente, as promessas podem estar associadas a uma culpa recôndita" (KÜBLER -ROSS, 2017).

O quarto estágio, a depressão, quando o paciente começa apresentar novos sintomas, internações, mais debilitado, não pode mais esconder a doença. Pode evidenciar seu alheamento ou estoicismo, com um sentimento de grande perda. As dificuldades do tratamento e hospitalização prolongados aumentam a tristeza que, aliada a outros sentimentos, ocasionam a depressão (KÜBLER -ROSS, 2017).

O quinto estágio, a aceitação, é aquela em que o paciente passa a aceitar a sua situação e seu destino. É o período em que a família pode precisar de ajuda, compreensão e apoio, à medida que o paciente encontra uma certa paz e o círculo de interesse diminui. No entanto, há pacientes que mantêm o conflito com a morte, sem atingir esse estágio, há alguns pacientes que lutam até o fim, que debatem e se

agarram à esperança, e não chega a esta fase. Quando deixam de lutar, a luta acaba, a morte é inevitável, quanto mais negação, mais difícil a aceitação de paz e dignidade. (KÜBLER -ROSS, 2017).

Com o testamento vital, o indivíduo pode definir critérios a respeito do chamado processo de morrer ou processo de morte, no qual escolhe os cuidados, tratamentos e procedimentos, quando estiver no estado terminal.

2.3 CAPACIDADE PARA FAZER O TESTAMENTO VITAL

O testamento vital é em um documento de declaração de vontade, onde uma pessoa expressa sobre o desejo de aceitar ou suspender a aplicação de certos procedimentos médico-terapêuticos, se caso encontrar em estado irreversível ou terminal da doença, e, concomitantemente, estiver impossibilitado de manifestar sua vontade.

Para a validade do testamento vital, deve ser levada em consideração a legislação civil, entretanto, dispositivo traz três requisitos necessários para uma declaração de vontade tenha validade no ordenamento jurídico pátrio, são eles: agente capaz, objeto lícito possível e determinado ou determinável e na forma prescrita ou não defesa em lei (Código Civil, artigo 104, inciso I, II e III,). Com isso, o testamento vital para ser válido deve estar em consonância com a norma jurídica e preencher todos os requisitos exigidos (PEIXOTO, 2018).

No Brasil, a validade do testamento vital, deve ser realizado pelo interessado plenamente capaz, sendo fundamental o consentimento prestado de forma livre e espontânea, pois não deve haver, erro, dolo ou coação. Deve ser aplicado por analogia com as regras civis concernentes aos testamentos, embora os institutos não se confundam. A capacidade do agente deve ser avaliada no momento da realização do ato, uma vez que “a incapacidade superveniente do testador não invalida o testamento, nem o testamento do incapaz se valida com a superveniência da capacidade” (art. 1.861 do Código Civil). Além disso, compete reconhecer a revogabilidade do ato a qualquer tempo, também por analogia ao art. 1.858 do Código Civil, que determina que “o testamento é ato personalíssimo, podendo ser mudado a qualquer tempo” (GODINHO, 2012).

Além da capacidade de fato, o indivíduo tem que ter discernimento, requisito essencial para validade do ato, ou seja, é requisito essencial para uma pessoa possa fazer o testamento vital. (DADALTO, 2020)

Segundo Dadalto (2013, p.109), descreve:

Ocorre que no âmbito das situações jurídicas que envolvam médicos e pacientes, capacidade de fato não é, sempre, sinônimo de discernimento, pois é possível que um paciente seja civilmente capaz, mas o médico constate que o mesmo está utilizando medicamentos que afetem suas faculdades mentais ou, ainda, que a doença esteja afetando sua possibilidade de fazer escolhas autônomas. Ou seja, na verdade, está-se questionando a capacidade de o paciente tomar uma decisão e entender as informações prestadas pelo médico, e não a capacidade deste moldada ao Código Civil de 2002. Assim, a capacidade, entendida como discernimento, é requisito essencial para a validade do consentimento prestado. Contudo, a capacidade civil é mera formalidade, não devendo ser levada em conta para aferir a validade do consentimento informado do paciente, pois, no caso concreto, deve-se verificar se à época da manifestação do consentimento o paciente estava em pleno gozo de suas funções cognitivas e não se este se enquadrava no conceito de pessoa capaz civilmente. Significa dizer que os limites objetivos de fixação de idade utilizados pelo Código Civil devem ser flexibilizados, vez que a declaração de incapacidade não pode, de maneira apriorística, comprometer integralmente a autonomia privada conferida pelo ordenamento jurídico ao ser humano, ainda que acometido de enfermidade ou deficiência física ou mental que afete seu discernimento – portanto, caso um menor de idade queira redigir uma diretiva antecipada, deverá primeiramente requerer autorização judicial, que somente poderá negá-la se for comprovada a falta de discernimento deste para praticar tal ato.

Assim, caso o indivíduo, considerado incapaz pela lei, deseje firmar o testamento vital, deverá acionar o judiciário, que poderá negar a autorização se constatado que o requerente não possui discernimento; não havendo esse requerimento, o testamento deverá ser ratificado pelo próprio outorgante, quando este adquirir a maioridade civil.

O testamento vital é um documento que possui descrito os desejos antecipados do enfermo e ou indivíduo, em situação de lucidez mental e de total autonomia de decisão, quando ele não puder mais decidir por conta própria ou não possuir discernimento, pode usar o mandato duradouro, que nomeia alguém, de sua confiança, para decidir conforme seus desejos. (PICCINI, 2011)

2.4 PRINCÍPIOS APLICÁVEIS

2.4.1 Princípios da dignidade da pessoa humana e da proibição de tratamento desumano

A Constituição Federal de 1988, no artigo 1º, inciso III, do Título, trata dos princípios Fundamentais da República do Brasil, a dignidade da pessoa humana é o valor constitucional supremo que agrega em torno de si a unanimidade dos demais direitos e garantias fundamentais do homem, expresso na Constituição Federal.

A dignidade da pessoa humana, entende -se como:

[...] a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SARLET, 1988 *apud* BARBOSA, 2018, p.63)

A dignidade da pessoa humana, segundo Cleber Francisco Alves (2001, p.13) Na antiguidade clássica podem ser encontrados vestígios de uma certa preocupação pelo respeito à dignidade da pessoa humana, com o estabelecimento de leis destinadas a resguardar e proteger o indivíduo.

A dignidade humana é um princípio máximo, e deve ser respeitado, constituído historicamente pela cultura e luta dos povos, pois é fundamental para valorização do homem como pessoa, para evolução do indivíduo e da sociedade como um todo. Assim há um equilíbrio entre a relação do Estado com o homem, sob a ótica da dignidade da pessoa humana, preservação da vida, contemplando o homem como pessoa. (SALDANHA, 2017)

A proteção à dignidade humana vem sendo incluída em documentos legais, passando a incorporar o texto de várias constituições, a exemplo da Declaração da Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, que menciona em seu Artigo I: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Todos são dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”. (ONU,1998)

O art. 5º, inc. III, da Constituição Federal, proíbe o tratamento desumano ou degradante, ou seja, nenhum paciente deve ter um tratamento cruel, que lhe cause desconforto, dor, qualquer sofrimento físico e emocional.

A dignidade humana não está relacionada somente a vida, e potencialidade individuais de desenvolvimento, com isso, estende-se o reconhecimento a uma “morte digna” ou uma “boa morte”.

2.4.2 Princípio da autonomia privada em situações de fim da vida

A autonomia, ou direito a autonomia, é a capacidade da pessoa, como indivíduo, de conduzir sua vida, como seu atendimento, em tomar suas próprias decisões. (MOREIRA e SÁ, 2015). O conceito de autonomia é cada ser humano deve ser verdadeiramente livre, dispondo das condições mínimas para se autor realizar (NUNES, 2014)

Segundo Ugarte (2014), o termo autonomia significa capacidade de se “autogovernar”:

Para que um indivíduo seja autônomo, ou seja, capaz de realizar escolhas autônomas, é necessário que este indivíduo seja capaz de agir intencionalmente e que tenha liberdade para agir intencionalmente. Menores de idade, indivíduos que padecem de determinadas enfermidades mentais e indivíduos com alterações do nível de consciência são exemplos de agentes que, permanente ou temporariamente, não possuem capacidade de agir intencionalmente. A ausência de capacidade torna impossível a ação autônoma.

A autonomia é uma característica do ser humano, pois não é um fenômeno eminentemente jurídico. Historicamente vem sendo tratada como um princípio jurídico. No Estado liberal, o termo autonomia de vontade para tratar da esfera jurídica de autonomia do indivíduo tendo em vista que preponderava a vontade do sujeito (DADALTO, 2020).

O princípio do respeito pela autonomia possibilitou a mudança de um modelo paternalista para uma medicina voltada para a pessoa, que ao ser esclarecida pelo seu médico, pode refletir e decidir de uma forma livre e responsável pela prestação ou não de determinado cuidado, seja um procedimento diagnóstico ou terapêutico. (FONTES, 2020)

A autonomia está ligada a duas vertentes, autonomia da vontade, esta é vontade psicológica do indivíduo, e que essa vontade é a causa dos efeitos jurídicos; enquanto a vontade privada está relacionada a manifestação objetiva como fonte dos efeitos jurídicos. (DADALTO, 2020)

Para Dadalto (2020, p.7) a despeito dessa discussão “o fato é que a nomenclatura da autonomia da vontade foi sendo substituída pela autonomia privada e, atualmente, sob a égide do Estado Democrático de Direito, encontra maior aceitação”.

Segundo Naves (2003, p.85):

Como princípio jurídico, autonomia privada é norma jurídica que atribui os particulares com poder. Impregnada de imperatividade, atua como diretriz para outras normas (plano de justificação) ou como solucionador direta de problemas jurídicos com aplicação imediata a um caso concreto, que determinará seu conteúdo.

O princípio da Autonomia privada, como todos os princípios jurídicos, não encontra conteúdo previamente definido o ordenamento jurídico com forma sua aplicação, assim como o de qualquer outra norma (plano da justificação), através de Agentes internos ponto deste processo dialético surge seu conteúdo.

Para que o indivíduo realize uma ação autônoma, deve ser levado em conta o nível considerado de entendimento, este deve ser livre qualquer tipo de coerção. Podemos dizer que o princípio do respeito à autonomia pode sofrer algum por alguns fatores como a imaturidade, a inaptidão ignorância ou a coerção.

Por força desses fatores *Beuchamp e Childress* reconhecem que o princípio do respeito da autonomia possui um caráter *prima facie*, ou seja, não são absolutos:

O respeito à autonomia, portanto, tem uma validade *prima facie*, e pode ser sobrepujado considerações Morais concorrentes [...] nessas regras Morais, tanto princípio de respeito a autonomia como suas especificações são *prima facie*, não absolutos[...] o princípio não deve ser aplicado a pessoas que não pode agir de forma suficientemente autônoma (e que não podem se tornar autônomos), pois elas são imaturas vírgulas inaptas vírgulas ignorantes vírgulas coagidas ou exploradas. crianças, indivíduos irracionalmente suicidas e dependentes de drogas são exemplos típicos disso. Aqueles que como nós defendem ardorosamente os direitos da autonomia na ética biomédica nunca negaram de algumas formas de intenção são justificadas caso as pessoas sejam substancialmente não autônomas e não possam se tornar autônomas para decisões específicas. (BEUCHAMP e CHILDRESS, 1994, p.146).

O princípio do respeito à autonomia dos pacientes considera a individualidade, as crenças, os valores morais de cada um e permite aos pacientes a todas informações, o direito ao consentimento informado e a possibilidade de escolha pela terapia pela qual seja submetido livre de qualquer tipo de relação, em respeito a autonomia da vontade do paciente e permite a recusa dos tratamentos indesejáveis. O princípio da autonomia requer que o médico respeite a vontade do paciente ou do seu representante e reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida no respeito a sua intimidade. (PEIXOTO, 2018)

A autonomia pode ser caracterizada pelo direito de tomar decisões juntamente com outras pessoas, por meio de um diálogo. Esse diálogo pode ser realizado entre o idoso, família, médico e equipe multidisciplinar e jurídica, para uma melhor escolha na situação do final de sua vida e qual momento tomar (DADALTO, 2020).

2.4.3 Autonomia para consentir

A autonomia é a capacidade do indivíduo se “autogovernar”, pois, esse indivíduo deve ter capacidade para consentir, trata-se a capacidade com requisito essencial da validade do consentimento.

Para Naves e Sá (2019, p.119):

O paciente precisa ter discernimento para tomada de decisão deferimento significa estabelecer diferença distinguir fazer apreciação exige-se que o paciente seja capaz de compreender a situação em que se encontra ponto em direito a capacidade de fato (ou capacidade para o exercício) normalmente traduz em poder de discernimento nem tanto diante do quadro clínico, o médico deverá atestar se o nível de consciência do paciente permite que ele tome decisões.

Com isso podemos descrever que as relações jurídicas entre médicos e paciente, que a capacidade de fato, não sinônimo de discernimento. Com a Lei 13.146/2015, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, alterou-se a teoria das capacidades no Brasil, ou seja, apenas os menores de 16 anos serão absolutamente incapazes e nenhuma outra deficiência traz perda de capacidade (MENEZES, 2015).

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência enuncia os direitos humanos das pessoas com deficiência intelectual, psíquica e física, reconhecendo-lhes autonomia para decidir sobre questões existenciais e patrimoniais, quando conservarem o discernimento para tanto, abalando o regime das incapacidades presente na codificação civil e o instituto da curatela que tem regulamentação própria no Código Civil e no CPC (MENEZES, 2015, p.28)

Segundo a pesquisadora Dadalto (2020, p. 28), descreve que para consentir, o indivíduo necessita de discernimento:

...interessa apenas a verificação da indisponibilidade de que o paciente possua discernimento para que possa consentir, ou, em outras palavras, a constatação de que o discernimento e não a capacidade de fato é um requisito essencial do consentimento livre e esclarecido

2.4.4 Autonomia do paciente no fim de vida

Com o aumento da expectativa de vida e melhora da medicina/equipe multidisciplinar, tecnologia, se fala muito pouco sobre a morte e como esse indivíduo/idoso gostaria de morrer. Com o envelhecimento e a com o avanço das doenças crônicas, temos um declínio do corpo, da mente com o passar dos anos, mas isso não implica na forma de escolhas para uma morte digna.

Com esse aumento da tecnologia, e o prolongamento da vida do paciente crônico, tem gerado inúmeras questões sobre as decisões e de qual forma o paciente deseja o seu fim de vida.

Na entrada do novo milênio, em conjunto com os grandes avanços da ciência e da tecnologia, torna-se urgente um profundo debate sobre a ética que norteia decisões desse tipo. Mais do que a ciência e a lei, busca-se a compreensão do profundo drama humano que envolve a vida e a morte, mas principalmente conceitos como liberdade e dignidade. Estes são conceitos universais, mas que têm para cada ser humano significados muito particulares, que em momentos-limite adquirem fundamental importância. (KOVACS, 1998, p.68)

A medicina /equipe multidisciplinar tem por objetivo melhorar essa qualidade de fim de vida, sem dores, sofrimentos e outros aspectos.

O objetivo último da Medicina já não deve ser adicionado como a manutenção da vida a qualquer custo, mas sim a promoção do bem-estar e eliminação do sofrimento. Ainda que salvar vidas continue a ser o princípio condutor máximo este deve dar precedência a compaixão e ao respeito pelo direito à autodeterminação do paciente. (FERREIRA, 2006, p. 151)

Para uma morte digna, deve considerar o princípio da dignidade humana e a capacidade para consentir, ou seja, discernimento e autonomia. Isso pode variar de indivíduo para indivíduo, e cada um pode formar uma concepção individual de “morte boa” ou “boa morte”. No Brasil temos uma sociedade, na sua maioria religiosa, e pauta que a vida só Deus pode tirar. Entretanto, vivemos sob um Estado Democrático de Direito, o qual preserva a pluralidade de projetos de vida e argumentos morais e religiosos devem ser mitigados no âmbito jurídico. (DADALTO, 2020)

Assim, o direito a uma “boa morte” deve ser interpretado sob a perspectiva constitucional. A autonomia da pessoa no fim de vida deve ser preservada, e garantindo suas decisões e opiniões sobre seus cuidados, tratamentos, desejos, até abreviar sua vida.

2.5 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADES

As diretivas antecipadas de vontades (DAV) representam a vontade do paciente de se sujeitar a tratamento médico por meio do testamento vital e do mandato duradouro; este conceito parte do princípio de que o paciente tem direito de recusar tratamentos. (DADALTO, 2013).

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução n. 1.995/2012,

estabeleceu o marco inicial para a regulamentação do instituto no Brasil e regulamentou as diretivas antecipadas de vontade, testamento vital, ou seja, um conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestado pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. (GOLFINDER, 2018).

As diretivas antecipadas de vontade, é um documento, o qual é elaborado por pessoa capaz, no qual manifesta antecipadamente seu consentimento ou recusa a cuidados terapêuticos, diante da possibilidade de no futuro estar incapacitada para fazê-lo.

As diretivas antecipadas podem ser confundidas com mandato duradouro e declaração prévia de vontade para o fim da vida, ou testamento vital, contudo é importante destacar que as diretivas são um gênero, e o mandato e a declaração, suas espécies. (MABTUM e MARCHETTO, 2015).

Como conceitua no seu artigo 1º, da Resolução n. 1.995/2012:

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

Segundo o artigo 2º, as decisões, relação médico paciente, vejamos:

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressa de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade. §1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico. § 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica. § 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares. § 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente. § 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

O benefício das diretivas de vontade melhora a relação médico paciente e equipe e familiar, autoestima do paciente, a diminuição de culpa e indecisão de

familiares, e caráter econômico, este impacta o sistema de saúde seja ele público ou privado, porém a vida não se pode ser valorada (DADALTO, 2020).

2.5.1 Diferença entre cuidados paliativos, tratamento ordinário e extraordinário

Os cuidados paliativos consistem em uma abordagem multidisciplinar, para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, ajuda no enfrentamento da doença, por meio da prevenção e alívio do sofrimento e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Os princípios gerais dos cuidados paliativos são: fornecer o alívio da dor e outros sintomas; reafirmar vida e a morte como processos naturais; considerar a morte um processo normal; não apressar ou adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais do atendimento ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente; usar uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e de suas famílias, no qual inclui aconselhamento e suporte sobre luto. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). E as ações paliativas, são medidas terapêuticas, sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente (MORITZ, 2008).

O cuidado paliativo, propicia ao abandono do tecnicismo da medicina moderna e da obsessão pela cura, dando espaço ao bem cuidar, em que se aceita finitude, o declínio e a morte da pessoa humana como condições de sua existência passando-se a preocupação com a pessoa doente, e não com a doença da pessoa. E tem como prioridade no que é médica e eticamente justificável, com a finalidade nos problemas físicos, espirituais e psicológicos do paciente e o respeito por sua dignidade e autonomia. (GODINHO, 2017)

Esses cuidados, juntamente com seus princípios, garantem ao paciente portador de uma doença ameaçadora, sua qualidade de vida até a morte e assegura que essa passagem ocorra de forma digna. (DADALTO, 2020).

Por muito tempo usou-se a nomenclatura de tratamentos ordinários para os cuidados paliativos, e pode se dizer que há uma diferença o entre tratamento ordinário

e extraordinário, essa diferença tem origem pela teologia na igreja católica. (DADALTO, 2020)

Tratamentos extraordinário ou fúteis, é toda intervenção que não atenda ou que seja incoerente com os objetivos propostos no tratamento de um determinado doente, são aqueles em que se têm certeza de falha ou pequena probabilidade de sucesso, ou seja, não oferece benefício real ao paciente. Porém, cada caso concreto deve ser analisado. (MORTIZ, 2008)

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP,2008), a distinção entre os termos futilidade fisiológica e normativa:

O tratamento é definido como fisiologicamente fútil se for extremamente improvável que se atinja o seu objetivo clínico. Entretanto, é considerado normativamente fútil se provavelmente não beneficiar o paciente. Em muitos casos futilidade fisiológica também será futilidade normativa porque se o tratamento não funciona é improvável que beneficie o paciente. Esta distinção é importante porque um tratamento é considerado normativamente fútil quando envolve julgamentos sobre os interesses dos pacientes. A futilidade fisiológica não envolve tais julgamentos. Por exemplo: por mais que seja claramente fútil (fisiologicamente) dialisar um indivíduo séptico não-responsivo a toda terapêutica já instituída, em falência múltipla de órgãos e com câncer metastático (a medida não fará qualquer diferença na evolução final do paciente), pode ser que, normativamente, represente a última possibilidade de que, aliviado da uremia e com nível de consciência apropriado, o paciente possa resolver pendências pessoais e se despedir de seus familiares que chegam de longe.

Por isso, a tomada de decisão com base no conceito de futilidade normativa é simples, quando médicos e pacientes estão em acordo, esta envolve preferências e valores do paciente sobre os quais só ele pode arbitrar. (CREMESP, 2008)

Os meios extraordinários tratamento necessários podem prolongar a vida do paciente, aumento de sofrimento, quanto utilizado de forma excessiva, altera o princípio da dignidade. (SALDANHA, 2017)

2.5.2 Eutanásia, ortotanásia, distanásia, mistanásia e morte assistida

O conceito de eutanásia vem do grego “*eu*” (boa) e “*thanatos*” (morte) – “boa morte”, “morte sem dor”, “morte sem sofrimento”. A eutanásia é a morte antes do seu tempo. (VILLAS-BÔAS, 2017)

A eutanásia pode ocorrer de distintas formas e pode ser classificada em relação ao ato em si:

- 1) eutanásia ativa, ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários (como no caso da utilização de uma injeção letal);
- 2) eutanásia passiva, quando a morte ocorre por omissão em se iniciar

uma ação médica que garantiria a perpetuação da sobrevivência (por exemplo, deixar de se acoplar um paciente em insuficiência respiratória ao ventilador artificial);3) eutanásia de duplo efeito, quando a morte é acelerada como consequência de ações médicas não visando ao êxito letal, mas sim ao alívio do sofrimento de um paciente (por exemplo, emprego de uma dose de benzodiazepínico para minimizar a ansiedade e a angústia, gerando, secundariamente, depressão respiratória e óbito). (SIQUEIRA-BATISTA, 2004, *apud* NEUKAMP, 1937, p. 32)

Uma outra maneira de se classificar as várias modalidades de eutanásia é, além das consequências do ato, mas também o consentimento do paciente (SIQUEIRA, 2004, *apud* MARTIN, 1998)

A eutanásia recebe diferentes classificações, com destaque para aquelas que consideram o ato em si ou o consentimento do enfermo:

1) eutanásia voluntária, a qual atende uma vontade expressa do doente – o que seria um sinônimo do suicídio assistido;2) eutanásia involuntária, que ocorre se o ato é realizado contra a vontade do enfermo ou seja, sinônimo de "homicídio";3) eutanásia não voluntária, quando a morte é levada a cabo sem que se conheça a vontade do paciente. (SIQUEIRA-BATISTA, 2004, *apud* NEUKAMP, 1937, p.31)

A “ortotanásia”, etimologicamente, significa “morte correta” – *orto*, “certo”; *thanatos*, “morte”. Morte no seu tempo, morte no tempo correto, o médico não interfere no momento da morte. Essa prática impede o prolongamento desnecessário da vida do enfermo.

A aplicabilidade da ortotanásia é considerada quando paciente se encontra em fase terminal, devido a doença grave e incurável, escolhe passar esses últimos instantes de forma natural com cuidados paliativos. Esta é a maneira de garantir a pessoa humana, sem desrespeitar a vontade do paciente, conforme sua vontade e o princípio fundamental, garantido constitucionalmente (SALDANHA, 2017).

Em 2006, foi aprovada a Resolução 1.805, do Conselho Federal de Medicina, que dispõe que assegura a dignidade do doente terminal, permitindo a suspensão de tratamentos desde que garantidos os devidos cuidados para alívio do sofrimento, *in verbis*:

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 (Resolução 1.805, CFM, 2006)

Assim, a ortotanásia se aproxima do respeito à pessoa humana e sua autonomia, esta possibilita o desejo do paciente sem agressão a costumes, às crenças, respeitando a dignidade humana (SALDANHA, 2017).

A distanásia significa “morte dolorosa, agonia lenta”, ou morte lenta, com grande sofrimento, *dis* (separação, negação) e *tanásia* (thánatos, morte). (DADALTO e SAVOI, 2017).

A distanásia é a tentativa de manter a vida a qualquer custo, com atos médicos desproporcionais que tornam a morte mais difícil e prolongada, com mais sofrimento ao paciente e seus familiares, sem perspectiva real de cura e qualidade de vida (CANO, 2020).

Segundo o artigo 41 da Resolução CFM 1.931/2009, é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

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.

Assim, o Conselho Federal de Medicina afirma que o médico não deve “empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis obstinadas”, esta ação pode lhe causar infração ética-disciplinar. A distanásia é o contrário de eutanásia, prática da distanásia pode causar maior sofrimento e prolongar a vida do paciente, pode contrariar o princípio da dignidade, ou seja, seria inconstitucional. (DADALTO e SAVOI, 2017).

A mistanásia provém do grego (*mys* = infeliz; *thanathos* = morte; “morte infeliz”), ou seja, morte miserável, precoce e evitável. É a morte impingida pelos três níveis de governo, por meio da manutenção da pobreza, da violência, das drogas, da falta de infraestrutura e de condições mínimas para a vida digna. (FERREIRA, 2019).

No Brasil devido a desigualdade social, há muitos vulnerados em situação de risco, neste contexto, a bioética brasileira configura-se uma espécie de ação afirmativa para corrigir o sistema e impedir ou diminuir as mortes evitáveis e precoces (PESSEINI E RICCI, 2017).

O termo miatanásia trata-se da eutanásia social, caracterizado por pacientes que morrem sem estrutura e atendimento médico, sendo considerados casos de calamidade na saúde, e não meramente problema de gestão, pois se consideramos qualquer problema no sistema como mistanásia, poderia alterar o conceito. Não se pode afirmar que Estado pratica a mistanásia, esta pode ocorrer por omissão do Estado em fiscalização ou na até mesmo com anuência. (SALDANHA, 2017)

O termo morte assistida engloba tanto o conceito de eutanásia quanto o de suicídio assistida, ambos temas de constantes debates na sociedade atual. A morte assistida é admitida em poucos países e vem crescendo o número de pessoas que, conscientemente, mas diante das debilidades físicas, pedem para morrer. (SÁ e Moreira, 2017).

O suicídio assistido por médico, pode ser usado quando o médico intencionalmente ajuda o paciente a terminar sua vida. O suicídio assistido e eutanásia são questões bioéticas controversas entre os profissionais de saúde, a adequação desses procedimentos é muito complexa, aos diversos aspectos envolvidos, que incluem considerações éticas, legais, religiosas, sociais e psicológicas (RODRIGUEZ-CALVO, 2019).

3 O TESTAMENTO VITAL: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM GERIATRIA

3.1 IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICO DEGENERATIVAS E A AUTONOMIA

O envelhecimento populacional, decorrente de uma maior longevidade, aumentou a morbimortalidade, caracterizado por um aumento de doenças crônico-degenerativas. (PIMENTA, 2015)

As doenças crônicas estão relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura. (BRASIL,2008)

As doenças crônicas não transmissíveis, assim chamadas devido a uma “transição epidemiológica”, são a principal causa de mortalidade e de incapacidade, divididas em quatro grupos de doenças - cardiovasculares, cancerígenas, respiratória crônica e diabetes. (DUNCAN,2012) A ocorrência de doenças neurodegenerativas também é comum, sendo doenças incuráveis e debilitantes que possuem consequências devastadoras para a capacidade física e/ou mental, causando assim problemas de locomoção ou de função mental, como a doença de Parkinson e as demências, sendo as mais prevalentes a do tipo Alzheimer e as doenças do neurônio motor. (FELIPPE,2014)

No processo de envelhecimento há diminuição progressiva e gradual da capacidade funcional, de acordo com a idade, que acarreta em restrição/perda de habilidades ou dificuldade/incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária. Essas dificuldades são ocasionadas pelas limitações físicas e cognitivas e resulta em incapacidade funcional e a dependência. (FERREIRA,2012)

A capacidade funcional envolve múltiplos fatores como autonomia, independência, cognição, suporte financeiro e social. A incapacidade funcional pode ser definida pelo grau de dificuldade no desempenho de atividades da vida diária (AVD), ou seja, quanto maior sua dificuldade nas atividades de vida diária, maior será seu comprometimento de capacidade funcional. (D'ORSI, 2011)

A autonomia pode ser definida como a liberdade para agir e tomar decisões

no dia a dia, relacionadas à própria vida e à independência. Pode também ser entendida como a capacidade de realizar atividades sem a ajuda de outra pessoa, necessitando, para tanto, de condições motoras e cognitivas suficientes para o desempenho dessas tarefas. A autonomia e independência não são conceitos interdependentes, haja vista que o indivíduo pode ser independente e não ser autônomo, como por exemplo, nas demências. Ou então, ele pode ser autônomo e não ser independente, como no caso de um indivíduo com graves sequelas de um acidente vascular cerebral, mas sem alterações cognitivas: nessa situação, ele é autônomo para assumir e tomar decisões sobre sua vida, mas é dependente fisicamente. (FERREIRA,2012)

Os fatores associados a autonomia do idoso estão associados a funcionalidade, relações familiares, relações interpessoais, percepção sobre a vida, satisfação com os serviços de saúde, fatores individuais, escolaridade, estado geral de saúde e qualidade de vida. Tais fatores podem afetar positivamente ou negativamente a capacidade de tomada de decisão ativa dos idosos e está relacionado aos aspectos físico, psíquico e social. (GOMES, 2021). Deste modo, a autonomia, a capacidade funcional e satisfação com a vida estão relacionados. (LIU, 2020)

3.2 RESOLUÇÕES DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

3.2.1 Resolução 1.805 do Conselho Federal de Medicina

Em dia 28 de novembro de 2006, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução 1.805, que regula a ortotanásia, segundo o preâmbulo:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal (Res. n.1.805/2006, CFM)

A Resolução CFM 1.805/2006 regulamenta a conduta do médico em casos de pacientes com doença grave e incurável em fase terminal. Contém três artigos, sendo que, o artigo 3º trata do aspecto formal do início da vigência.

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.

§1ºO médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu 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 a seu 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 e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar. Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário

Após a edição da Resolução, por força de decisão liminar do Juiz da 14ª Vara da Seção Judiciária do Distrito Federal, a Resolução perdeu seu efeito temporariamente, a pedido do Ministério Público Federal que ingressou com uma ação Civil Pública. Após 3 anos em tramite o juiz Roberto Luís Luchi Demo chegou à conclusão que “[...]a resolução que regula a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos, realmente não ofende o ordenamento jurídico posto”, mantendo a validade da Resolução 1805/2006. (SALDANHA,2017).

Após o ajuizamento dessa ação civil pública, o Conselho Federal de Medicina aprovou em 2009 um novo Código de ética, no qual estabelece, entre seus princípios fundamentais a necessidade que diante de “situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados” (SALDANHA,2017)

Segundo Dadalto (2020,p.98)

Significa dizer, sob este enfoque, a ortotanásia deve ser encarada como prática terapêutica, garantidora a dignidade do paciente em estado de terminalidade, de sua autonomia e de seus familiares, e não como uma prática criminosa, até porque, analogicamente, a manutenção da vida a qualquer custo deve ser encarada como prática de tortura , por prolongar o sofrimento do paciente e seus familiares. (DADALTO,2020, p.98)

A ortotanásia não representa o fim dos cuidados, mas sim, o início de uma série de medidas que visam amenizar o sofrimento proporcionando o maior nível de conforto ao paciente terminal. (SANTANA, 2017)

3.2.2 Resolução 1.995 do Conselho Federal de Medicina

Conselho Federal de Medicina (CFM) no dia 31 de agosto de 2012, aprovou a Resolução 1.995, dispondo sobre diretivas antecipadas de vontade. Esta é a primeira regulamentação sobre a matéria no país, com a qual o CFM segue a tradição

de se posicionar sobre temas bioéticos antes do Poder Legislativo e reconhece no mesmo documento, o testamento vital e o mandato duradouro. (BUSSINGUER E BARCELLOSM, 2013)

A Resolução estabelece que o médico está vinculado à manifestação de vontade do paciente, expressa antecipadamente, garantindo-lhe o direito de decidir como deseja conduzir os últimos momentos de sua vida, que tem por objetivo resgatar a dignidade e a autonomia na final vida. A perda da consciência e da capacidade de tomar decisões e comunicá-las no estágio final da vida não pode tirar do indivíduo o poder de decidir de forma antecipada. (DADALTO, 2013)

Ao analisar os considerados, da Resolução 1995/2012, vejamos:

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

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

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

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

CONSIDERANDO que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo. (RESOLUÇÃO 1995/2012) –

Esta análise deixa claro, que o Conselho Federal de Medicina pretendia regulamentar o testamento vital, pois o embasamento da resolução é a proteção da autonomia do paciente em fim de vida, e tratou o testamento vital como sinônimo de diretivas antecipadas de vontade. (DADALTO, 2020).

Interessante notar que a resolução refere-se, em seus "considerandos", ao paciente em estado terminal e na exposição de motivos, aos pacientes em fim de vida. Ocorre que essas duas expressões não são sinônimas e podem gerar confusão na feitura e na aplicação das diretivas antecipadas. Isto porque *paciente terminal é aquele cuja condição é irreversível, independente de ser tratado ou não, e que apresenta uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo*²². Por sua vez, os pacientes em fim de vida podem ser entendidos como os terminais e, também, como aqueles que estão em estado de coma profundo e irreversível, ou ainda em estado vegetativo persistente (EVP) (DADALTO, 2013)

O Conselho Federal de Medicina, afirmou que a Resolução 1.995 respeita a vontade do paciente conforme o conceito de ortotanásia e não possui qualquer relação com a prática de eutanásia. Este esclarecimento apenas reafirmou o conceito basilar das diretivas antecipadas: não podem conter disposições contrárias ao ordenamento

jurídico do país em que são propostas. Logo, como a eutanásia é proibida no Brasil e a ortotanásia é permitida, conforme entendimento judicial no julgamento da ação civil pública 2.007.34.00.014809-3. (DADAITO,2020)

Para efeitos jurídicos esta resolução não legalizou as diretivas antecipadas de vontade no Brasil, o Conselho Federal de Medicina, tem força de lei entre a classe médica, mas não possui competência legal para legislar. Com isso, sob o aspecto formal, não tem competência para determinar que as diretivas antecipadas de vontade sejam obrigatoriamente registradas em cartório, esta formalidade se faz para garantir ao declarante que sua vontade será seguida, ou seja, a lavratura de escritura pública das diretivas antecipada de vontade garante segurança jurídica. (DADALTO,2013)

Em seu artigo 2º, parágrafo 4º “O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente”. Sendo, assim, cabe ao médico, esclarecer ao declarante quanta aos procedimentos e tratamentos que podem ou não serem recusados (o paciente autônomo é aquele bem informado e esclarecido). Com isso, é imprescindível a orientação do médico da família do declarante para realização das diretivas de vontade. (DADALTO,2020)

3.3 O CONTEUDO DO TESTAMENTO VITAL

No Brasil, não existe ainda legislação específica sobre o tema, o documento não tem força de lei, embora hoje já existam iniciativas legislativas sobre esta matéria, ainda que o Conselho Federal de Medicina tenha aprovado, a Resolução 1.995/2012, que reconhece o direito do paciente de manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos ou designar representante para tal fim, assim como o dever do médico de cumprir esta vontade.

O testamento vital, ainda que registrado em cartório e preenchidos todas as formalidades legais, poderá ser invalidado na orbita jurídica. (PEIXOTO, 2018)

Segundo Luciana Dadalto (2013, p.6), que apesar da inexistência de norma jurídica sobre a matéria, a validade do documento pode ser defendida pelas normas constitucionais e infraconstitucionais.

Os princípios constitucionais da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III) e da Autonomia (princípio implícito no art.5º), bem como a proibição de tratamento desumano (art. 5º, III) alicerçam as DAV. Isto porque, as DAV são uma forma de expressão de autonomia do indivíduo¹⁰, além de serem instrumento garantidor da dignidade.

De acordo com Dadalto (2020), o testamento vital não poderá conter disposições contrária ao ordenamento jurídico brasileiro e para ser válido, deve conter preposições formais como forma, discernimento, prazo de validade e eficácia.

No Brasil a forma prevista em lei, para a realização do testamento vital, deve haver a possibilidade de lavratura por escritura pública, perante ao notário e encaminhar para o Registro Nacional, em um prazo exíguo e poderá seguir recomendações do Registro Central de Testamentos do Colégio Notarial do Brasil, para maior efetividade no cumprimento de vontade do paciente. Também é recomendável que seja anexado ao prontuário do paciente, para ciência da equipe médica. (DADALTO, 2020).

O testamento vital se torna eficaz a partir da sua inscrição no prontuário médico, pois ainda que ele seja oponível *erga omnes* a partir da lavratura de escritura pública pelo notário. Nesta fase é importante que o cônjuge, companheiro e demais parentes do paciente, como o eventual procurador nomeado, devem respeitar a vontade do paciente, ou seja, devem estar atrelados e cientes diante a vontade do paciente. Vincula ainda a instituições de saúde e os médicos, estes valem da objeção de consciência, com fulcro no artigo 5º, VI, da Constituição Federal, caso tenha algum motivo para não realizar a vontade do paciente, neste caso o paciente deve ser encaminhado para outro profissional, para que a vontade do paciente seja respeitada.(DADALTO, 2020)

O discernimento, como já descrito, é requisito essencial para que a pessoa possa fazer o testamento vital, não há prazo de validade e pode ser revogável.

De acordo com a conjunção de modelos de outros países e revisão de literatura, para a realização de um modelo de testamento vital, necessita trabalhar cinco pontos, são eles: valores e desejos; decisões sobre o fim da vida; diretrizes para equipe médica, revogação e outras disposições (disposições como onde o outorgante gostaria de passar seus últimos dias). (DADALTO, 2020).

CONCLUSÃO

No presente estudo evidenciou uma mudança no perfil populacional brasileiro, nas últimas décadas, em razão do aumento da expectativa de vida. No Brasil o processo de envelhecimento populacional é mais acelerado e a população brasileira envelhece de forma célere e intensa.

O envelhecer é um processo natural, individual e demonstra mudanças e adaptações físicas, psicológicas e sociais. Identificou -se uma classificação de chamada “terceira idade” e “quarta idade” Na quarta idade, são idosos acima de 80 anos e nessa apresentam uma maior prevalência de problemas de saúde e mais vulnerável. Um fator relevante desse trabalho é que para que tenhamos uma população idosa mais saudável é necessário, melhorar a qualidade de vida e garantir direitos dessa população.

Viu-se que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, é dever do Estado, sociedade e da família.

No entanto, a dignidade dessa população está no Princípio basilar da Constituição, garantia da dignidade humana e deve ser assegurada desde o nascimento até a morte do indivíduo, o que implica no envelhecimento digno e assim uma morte digna.

Neste contexto para que o idoso tenha a palavra final no seu tratamento ao qual pretende ou não se submeter, deve ser capaz e ter sua autonomia preservada. Desse modo, ele deve ter sua vontade respeitada e em casos onde ele não esteja plenamente capaz, este deve ser representado pelo seu curador ou familiar, e o médico.

Notou-se que a vulnerabilidade é multidimensional, está relacionada a fragilidade do idoso e a dependência, que é constituída pela incapacidade física, psíquica ou intelectual. A fragilidade pode associar-se a ocorrência de doenças crônicas e dependência para o desempenho das atividades básica e instrumentais de vida diária e com comprometimento da cognição, e perda da autonomia.

O presente estudo demonstrou que o testamento vital é um documento redigido por uma pessoa consciente, sem alterações psicológicas ou cognitivas, ou seja, capacidade, com o objetivo de dispor dos seus cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber, no momento em que estiver com uma doença ameaçadora da vida,

sem possibilidades terapêuticas e impossibilitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. Independentemente da idade, capacidade funcional, ou nível de dependência.

Evidenciou que o testamento vital não se aplica somente para doenças terminais e pode ser aplicada a todos estágios clínicos, em situação de incurabilidade e ou irreversibilidade. Este testamento gera efeitos em vida e produz efeitos, efeitos *erga omnes* e vincula médicos, parentes do paciente, e eventual procurador de saúde vinculado às suas disposições. Para elaboração, deve ser levado em conta a capacidade de fato, ou seja, o idoso tem que ter discernimento, requisito essencial para validade do ato, ou seja, é requisito essencial para uma pessoa possa fazer o testamento vital, e caso o idoso não possuir discernimento, pode ser usado o mandato duradouro, que nomeia alguém, de sua confiança, para decidir conforme seus desejos. Ainda não há uma norma específica para o testamento vital, e deve ser feita uma interpretação integrativa das normas constitucionais e infraconstitucionais para a sua validade no ordenamento jurídico brasileiro.

Deste modo, Conselho Federal de Medicina (CFM) editou a Resolução nº 1995/2012 que trata das diretivas antecipadas de vontade do paciente, Esta respeita o princípio da dignidade humana e a decisão do paciente, porém, há uma lacuna e a Resolução apenas regulamenta a conduta médica; não há extrapolação de poder; é compatível com os princípios da autonomia e dignidade humana.

O testamento Vital faz com que o idoso expresse a sua autonomia e garantia de sua dignidade, a autonomia é caracterizada pelo direito de tomar suas próprias decisões, e pode ser juntamente com outras pessoas, por meio de um diálogo, com família, médico e equipe multidisciplinar e jurídica, para uma melhor escolha na situação do final de sua vida e qual momento tomar.

Esse idoso deve ser orientado pela equipe médica e ou multidisciplinar sobre as questões de como enfrentar sua doença terminal, receber apoio da família e psicológica, e definir critérios no processo de morrer, conforme sua escolha.

Nesse sentido as diretivas antecipadas de vontade, é um documento, o qual é elaborado por pessoa capaz, no qual manifesta antecipadamente seu consentimento ou recusa a cuidados terapêuticos, diante da possibilidade de no futuro estar incapacitada para fazê-lo, contudo é importante destacar que as diretivas são um gênero, e o mandato e a declaração, suas espécies. E tem como benefício

melhorar a relação entre o paciente e o médico/ equipe, autoestima do paciente, a diminuição de culpa e indecisão de familiares, e até mesmo de caráter econômico.

Viu-se que os fatores associados a autonomia do idoso estão associados a funcionalidade, relações familiares, relações interpessoais, percepção sobre a vida, satisfação com os serviços de saúde, fatores individuais, escolaridade, estado geral de saúde e qualidade de vida, e podem afetar positivamente ou negativamente a capacidade de tomada de decisão ativa dos idosos e está relacionado aos aspectos físico, psíquico e social. Deste modo, a autonomia, a capacidade funcional e satisfação com a vida estão relacionados

Nesse estudo viu-se que doenças crônicas estão relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual, de prognóstico e duração incerto. Algumas doenças afetam diretamente a capacidade e o discernimento idoso, como a doença de Parkinson e as demências (como doença de Alzheimer), já outras doenças são mais debilitantes do ponto de vista físico. Não obstante, com o aumento da biotecnologia, aumento da expectativa de vida, não demonstra somente benefícios à medicina e aos idosos, visto que, muitos doentes são induzidos a tratamentos intermináveis, cansativos que lhe tiram as forças ao longo de todo o processo.

Conclui-se que o testamento vital é válido no Brasil, mesmo com a inexistência de legislação específica, a partir de uma interpretação principiológica do ordenamento jurídico pátrio. Entretanto, necessita de aprovação de uma lei que o regulamentasse, a fim de evitar controvérsias e de possibilitar a eficácia deste, e não poderá conter disposições contrária ao ordenamento jurídico brasileiro, para ser válido, dever conter preposições formais como forma, discernimento, prazo de validade e eficácia. E o fator mais importante para realização do Testamento Vital é ter discernimento, e necessita trabalhar cinco pontos como, valores e desejos; decisões sobre o fim da vida; diretrizes para equipe médica, revogação e outras disposições (disposições como onde o outorgante gostaria de passar seus últimos dias).

REFERÊNCIAS

- ALVES, Cleber Francisco. O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: o enfoque da doutrina social da igreja. Rio de Janeiro: Renovar , 2001.p13.
- ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. Novas projeções da ONU, ano I.Nº3, jul/ago/set 2019, p:1-2
<https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/787/842>
- BARBOSA, GABRIELLA SOUSA DA SILVA; LOSURDO, FEDERICO. Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana. Rev. Investig. Const., Curitiba , v. 5, n. 2, p. 165-186, Aug. 2018
- Batista AS, Jaccoud LB, Aquino L, El-Moor PD. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Brasília, DF: MPS, SPPS; 2008.
- BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1979.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.
- BRASIL. Lei nº 13.146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Brasília :2015
- BRASIL. Lei Nº. 10.741 de 01 de outubro de 2003, Estatuto do Idoso e das outras providências. Brasília: 2004
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: MS; 2008.
- BUSSINGUER; Elda Coelho de Azevedo; BARCELLOSM Igor Awad, O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(9):2691-2698, 2013
- CANO, Carlos Wilson de Alencar *et al* . Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 28, n. 2, p. 376-383, June 2020
- CHAVES, D. G.; PINHEIRO, S. C.; PESTANA, T. V. Declaração prévia de vontade: a vontade dos pacientes terminais à luz do princípio da autonomia e da dignidade da pessoa humana. **Revista de Direito**, [S. l.], v. 10, n. 02, p. 195-237, 2019.
 Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União* 2012; 31 ago.
- Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados Paliativos CREMESP.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf)

DADALTO, L. Aspectos registrais das diretivas antecipadas de vontade. **civilistica.com**, v. 2, n. 4, p. 1-9, 15 fev. 2014

DADALTO, L. Testamento Vital, 5.ed. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2020.

DADALTO, Luciana. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Rev. Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 28, p. 61-71, mayo 2013 .

DADALTO, Luciana. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 21, n. 1, p. 106-112, abr. 2013.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBAS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 463-476, Dec. 2013

D'ORSI, Eleonora; XAVIER, André Junqueira; RAMOS, Luiz Roberto. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 4, p. 685-692, Aug. 2011.

DUNCAN Bruce Bartholow *et al*; Sandhi Maria Barreto Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública** 2012;46(Supl):126-34

Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

FABRE, Fabiana Graef Chagas Pinto, A tutela jurídica da pessoa idosa 1ª Ed, Indaiatuba SP; 2020.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. Direito civil: teoria geral. 8. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

FELIPPE, Lilian Assunção et al. Funções executivas, atividades da vida diária e habilidade motora de idosos com doenças neurodegenerativas. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 39-47, Mar. 2014

FERREIRA, Nuno. (2006). A eutanásia: entre o debate jurídico e a evolução da opinião pública. 'Lex Medicinæ' **Revista Portuguesa de Direito da Saúde**. 3. 137-151.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al . Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 3, p. 513-518, Sept. 2012.

FERREIRA, Sidnei . A mistanásia como prática usual dos governos. *Jornal do Cremerj* [Internet]. Coluna do conselheiro; mar/abr 2019 [acesso 10 de março

2021];(324):6. Disponível: <https://bit.ly/2YHYhC2>

FERREIRA, Sidnei; PORTO, Dora. Mistanásia × Qualidade de vida. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 27, n. 2, p. 191-195, June 2019.

FIÚZA, César; GAMA, André Couto. Teoria geral dos direitos da personalidade. In: FIUZA, César (Coord.). Curso avançado de direito civil. São Paulo: IOB Thomson, 2007. p. 09-29.

FONTES, Ana Filipa; BARBOSA, Rita Ribeiro; BRITO, Dinis. Onde mora a autonomia do paciente em tempos de crise em Portugal?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 4197-4200, 2020 .

FREITAS, Fabiana Ferraz Queiroga et al. Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 11, p. 4439-4450, Nov. 2020 .

GODFINGER, F.I. Estatuto do Idoso. 2. ed. Salvador: JusPODIVIM, 2018.

GODINHO, Adriano Marteleto. **Diretivas antecipadas de vontade**: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. *Revista do Instituto do Direito Brasileiro da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa*, n. 2. Lisboa, p. 956, 2012.

GOGLIANO Daisy, Os pacientes terminais e a morte encefálica, 2009, *Revista Bioética*;1(2): 145-56.2009.

GOMES, Gabriela Carneiro *et al.* Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 3 [Acessado 18 Março 2021] , pp. 1035-1046

KOVÁCS, Maria Júlia . Autonomia e o direito de morrer com dignidade. *Revista Bioética*, Brasília, v.6, n1, p 61-69, 1998.

KÜBLER-ROSS E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 10º ed, 2017.

LIMA, Ângela Maria Machado de; SILVA, Henrique Salmazo da; GALHARDONI, Ricardo. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 12, n. 27, p. 795-807, Dec. 2008
Liu LH, Kao CC, Ying JC. Functional Capacity and Life Satisfaction in Older Adult Residents Living in Long-Term Care Facilities: The Mediator of Autonomy. *J Nurs Res.* 2020 Aug;28(4):e102.

MABTUM, Matheus Massaro e Marchetto , Patrícia Borba. Diretivas antecipadas de vontade como dissentimento livre e esclarecido e a necessidade de aconselhamento médico e jurídico. In: *O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 89-131. ISBN 978-85-7983-660-2.

MALLET, Miguel Tabbal. Testamento Vital. Monografia (Bacharel em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2015_2/miguel_mallet.pdf>. Acesso em 1 de março 2020.

MENEZES, J. B. DE. O direito protetivo no Brasil após a convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência: impactos do novo CPC e do Estatuto da Pessoa com Deficiência. *civilistica.com*, v. 4, n. 1, p. 1-34, 8 ago. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Longevidade: bônus ou ônus?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4, jan. 2019.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana ANDRADE, Lucia. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016

MONTEIRO, Juliano Ralo, e GOZZO Debora. Responsabilidade Civil e Medicina. Coordenação Nelson Rosenvald, Joyceana B. de Menezes, Luciana Dadalto, 9.ed. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2020.

MOREIRA e Sá, Diogo Luma e Maria de Fatima. *Autonomia para Morrer*. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 2015.

MORITZ, Rachel Duarte et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 422-428, Dec. 2008.

MORLEY JE, VELLAS B, ABELLAN VKG, *et al*; Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14(6):392-397.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. Relacionalidade e autonomia privada: o princípio da autonomia privada na pós modernidade. 2003. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Faculdade Mineira de Direito, Belo Horizonte, p. 85

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SÁ, Maria de Fatima Freire. Da relação juridicamedico-paciente: dignidade da pessoa humana e autonomia privada. Biodireito. Belo Horizonte: Del Rey, 2002, V1

NUNES R. Consentimento informado [Internet]. Lisboa : Academia Nacional de Medicina de Portugal ; 2014 p. 14 .

OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global' [Internet]. Rio de Janeiro: ONU Brasil <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso 5 de fevereiro de 2020.

Organização das Nações Unidas no Brasil; 07 nov 2014 [acesso em 2020 nov]. Disponível em: <http://nacoesunidas.org/mundoter-2-bilhoes-de-idosos-em-2050->

[oms-diz-queenvelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global-2/](#)

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembléia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena, 1982.

PAZIN-FILHO, Antônio, Morte: considerações para a prática médica, **Medicina** (Ribeirão Preto) Simpósio: MORTE: VALORES E DIMENSÕES 2005;38(1): 20-25.

PEIXOTO, Alexandre Farias. Testamento Vital: Limites e possibilidade no ordenamento Jurídico Brasileiro. Curitiba, PR: Editora CRV, 2018.

PIMENTA, Fernanda Batista et al . Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 8, p. 2489-2498, Aug. 2015

PITTELLI, Sergio Domingos; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de; NAZARETH, Janice Caron. Diretivas antecipadas de vontade: proposta de instrumento único. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 28, n. 4, p. 604-609, Dec.

Ricardo. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 27, p. 795-807, dez. 2008.

RODRIGUES, Natália Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n. 8, p. 2129-2139, ago. 2012.

RODRIGUEZ-CALVO, María Sol et al . Attitudes towards physician-assisted suicide and euthanasia in Spanish university students. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 27, n. 3, p. 490-499, Sept. 2019 .

SALDANHA, Rodrigo Roger. Testamento Vital Aspectos Controversos e Autonomia do Enfermo. Curitiba: Editora Juruá, 2017.

SANTANA, Júlio César Batista et al . Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 25, n. 1, p. 158-167, Apr. 2017 .

SANTOS, Ariene Angelini dos; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre, v.31, n. 1, p. 115-122, 2010.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo, Fermin Roland Schramm, Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):31-41, 200

SUSAKI, Tatiana Thaller; SILVA, Maria Júlia Paes da; POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 19, n. 2, p. 144-149, June 2006.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. The principle of autonomy in

Brazil: one needs to discuss it ... Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 41, n. 5, p. 374-377, 2014

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. World population prospects the 2019 [Internet]. New York: United Nations; 2019. [cited 2020 Jun 20]. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, June 2018 .

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. Definition of Palliative Care [Internet]. 2014[cited 2014 Nov 07]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO definition of palliative care [Internet]. 2002 [acesso 07 outubro 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1j3ErEy>

ANEXO

MODELO DE TESTAMENTO VITAL

TESTAMENTO VITAL, segundo DADALTO, 2020, p.146

Eu, _____

(nome completo), _____ (nacionalidade), _____

(estado civil), _____ (data de nascimento), _____

(profissão), _____ (CPF), _____

(endereço completo), venho, de livre e espontânea vontade, no pleno gozo das minhas capacidades civis, respaldado pelos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III) e da autonomia (princípio implícito no art. 5º), bem como a proibição de tratamento desumano (art. 5º III), e pelo art. 15 do Código Civil brasileiro, expressar as instruções que devem ser levadas em consideração sobre meus cuidados médicos quando, por diferentes circunstâncias derivadas de um quadro irreversível de minha saúde física e/ou psíquica, eu não possa manifestar minha vontade:

I – VALORES E DESEJOS

Eu quero que todos saibam sobre meus valores e meus desejos, especialmente sobre o que é mais importante para mim durante a última parte da minha vida:

II – DECISÕES SOBRE O FIM DA VIDA

II.1 Caso dois médicos entendam que padeço de:

- i) uma doença terminal, incurável e irreversível;
- ii) ou uma doença neurodegenerativa;
- iii) ou ainda me encontro em estado vegetativo persistente

E que, portanto, não tenho nenhuma perspectiva de cura ou de melhora, manifesto aqui os procedimentos e medicamentos aos quais não desejo que sejam

administrados ou realizados:

Ressuscitação cardiopulmonar, entendida como a abstenção da equipe de saúde em me reanimar caso meu coração pare de bater e eu pare de respirar;

Respiração artificial;

Grandes procedimentos cirúrgicos;

Diálise;

Quimioterapia;

Radioterapia;

Pequenas cirurgias que não servirão para me dar conforto ou aliviar minha dor;

Exames invasivos;

Antibióticos;

Nutrição e hidratação artificiais, pois reconheço que a Medicina já comprovou que em graus avançados de doenças terminais o paciente não sente fome nem sede e, mais, muitas vezes estes procedimentos podem trazer mais desconforto

Outros: _____

II.2 Autorizo expressamente a realização de quaisquer dos procedimentos acima listados se, na análise do caso concreto pela equipe de saúde que esteja cuidando de mim, evidenciar-se que a recusa implicará em violação dos meus valores e desejos aqui listados.

III– OUTRAS DISPOSIÇÕES

III.1 Manifesto expressamente meu desejo de que sejam realizados todos e quaisquer procedimentos cuja finalidade seja, exclusivamente, prover meu conforto e amenizar minha dor e/ou angústia, garantindo um final digno de vida, mesmo quando

tais procedimentos possam prolongar minha vida.

III.2 Não desejo a realização de nenhum procedimento para tirar minha vida, desejo apenas que ela não seja desarrazoadamente prolongada.

III.3 Se eu estiver grávida, essa diretiva antecipada ficará suspensa até o final da gravidez.

III.4 Tenho plena consciência que este documento vincula meus familiares, meus amigos e a equipe de saúde, que devem seguir todas as disposições aqui inscritas.

III.5 Desejo que, diante da irreversibilidade do quadro médico, eu seja levado para minha casa a fim de que desfrute dos últimos momentos de vida junto com a minha família e no meu lar.

IV – DIRETRIZES PARA A EQUIPE DE SAÚDE QUE ME ATENDERÁ

IV.1 Durante a feitura deste documento fui orientado pelo meu médico de confiança, Dr. _____, portador do CRM no _____, que me instruiu acerca dos termos técnicos aqui escritos, bem como das consequências de todos os procedimentos aos quais estou me recusando.

IV.2 Esse documento autoriza a suspensão ou não realização de procedimentos apenas quando dois médicos atestarem a irreversibilidade da condição de terminalidade, de demência avançada ou de estado vegetativo.

V.3 Este documento foi feito por uma pessoa em pleno gozo de sua capacidade civil que, de acordo com as leis brasileiras e a Resolução no 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, tem a faculdade de recusar procedimentos médicos que tenham a finalidade apenas de prolongar a vida biológica, sem garantir-lhe qualidade de vida.

V.4 Se algum membro da equipe se utilizar de seu direito à objeção de consciência e, portanto, não puder cumprir as disposições aqui previstas por razão moral ou religiosa, vocês devem me encaminhar para outro profissional a fim de que minha vontade seja cumprida.

V – REVOGAÇÃO

Tenho ciência de que posso revogar essa diretiva antecipada de vontade a

qualquer tempo, fazendo uma nova diretiva ou apenas uma declaração de vontade revocatória. Em ambos os casos, posso revogar minhas decisões sobre o fim de vida e/ou a nomeação do(s) procurador(es) para cuidados de saúde no fim de vida.

Cidade, data completa

Assinatura do outorgante

