

Conformação das Diretivas Antecipadas de Vontade – DAVs no direito brasileiro e comparado

Advance Directives in Brazilian and Comparative Law

DOI: 10.55905/D&Iv2n2-006

Recebido: 1/12/2025

Aceito: 26/12/2025

Pedro Pereira Pimenta¹

RESUMO

A partir de uma abordagem crítico-dedutiva, o artigo apresenta a construção das Diretivas Antecipadas de Vontade – DAVs no direito brasileiro e comparado, analisando os posicionamentos doutrinário e jurisprudencial que conformam o instituto e tendo como objetivo fornecer subsídios aos juristas práticos para a consolidação das DAVs no direito brasileiro, o que aposta em conclusão.

Palavras-chave: Diretivas Antecipadas de Vontade – DAVs, doutrina, jurisprudência, direito comparado.

ABSTRACT

From a critical-deductive approach, this article presents the construction of Advance Directives (ADs) in Brazilian and comparative law, analyzing the doctrinal and jurisprudential positions that shape the institution and aiming to provide practical legal professionals with resources for the consolidation of ADs in Brazilian law.

Keywords: Advance Directives (Ads), doctrine, case law, comparative law.

1 INTRODUÇÃO

Em artigo anterior publicado nesta prestigiosa revista², analisamos as bases pré-compreensivas das Diretivas Antecipadas de Vontade – DAVs. Naquela ocasião, balizamos esse novel instituto em face da dignidade da pessoa humana e do princípio da

¹ Doutor em Ciências Jurídico-Políticas, Universidade de Lisboa, Mestre em Direito Constitucional, Universidade de Lisboa, Juiz Federal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: Pedro.pimenta@trf6.jus.br

² PIMENTA, P.P. “O direito à vida entre a dignidade da pessoa humana e a autonomia da vontade. Aportes teóricos para a racionalidade jurídica da morte digna e do suicídio”. Revista Direito & Inclusão. Curitiba: UNISANTACRUZ, vol.2, n.1, 2005, p. 01 -22.

autonomia da vontade no confronto com temas como a morte digna, o suicídio e a eutanásia.

Nossa atenção, agora, volta-se para compreender dogmaticamente o instituto, divisar o tratamento da matéria, inclusive no direito comparado, fazer uma incursão doutrinária e verificar como a jurisprudência tem-se posicionado sobre o tema.

O objetivo não é outro senão contribuir para o fortalecimento do instituto, expungir pré-juízos e (pré)conceitos inautênticos e tornar um tema tão delicado mais compreensível, não apenas para os cientistas do direito, mas, igualmente, para de outras ciências como a medicina, a psicologia, a psiquiatria, a enfermagem, entre outras.

Metodologicamente, a pesquisa doutrinária e jurisprudencial permitiu uma abordagem crítico-dedutiva na construção do trabalho que, ao final, propugna pela validação do instituto tão importante seja para os jusfilósofos, seja para os juristas práticos, sobretudo no campo do direito civil, notadamente na esfera do direito notarial.

2 NOMENCLATURA E CONCEITO

De antemão, faz-se necessário uma *distinção terminológica*, de grande importância para a análise e compressão do que sejam as DAVs. Comumente utilizam-se as expressões “*diretivas antecipadas de vontade*” e “*testamento vital*” como sinônimos, a depender da preferência e entendimento de cada autor, causando confusão entre os termos. “Grande parte dos poucos estudos brasileiros sobre diretivas antecipadas e/ ou sobre testamento vital faz confusão com esses institutos, induzindo o leitor, por vezes, a acreditar que são sinônimos.” (Dadalto, 2022).

Isso devido a influência do *living will*, expressão utilizada pela primeira vez nos EUA em 1967 pela Sociedade Americana para a Eutanásia, tratando-se de: “[...] documento de cuidados antecipados, pelo qual o indivíduo poderia registrar seu desejo de interromper as invenções médicas de manutenção da vida.” (Emanuel; Emanuel, 1990).

Em decorrência da tradução literal do termo em inglês é que surgiu a expressão “testamento vital”. “*Will* é sinônimo de testamento, mas também significa desejo, vontade, intenção. A tradução literal neste sentido, tal como “desejos de vida”, “vontade vital” ou “intenções de vida”.” (Mallet, 2015).

No entanto, a distinção entre os termos é feita *Patient Self-Determination Act* [PSDA] que por sua vez é uma lei federal americana.

As diretivas antecipadas de vontade (advanced directives), tradicionalmente, têm sido entendidas como gênero do qual são espécies o testamento vital (living will) e a procuração para cuidados de saúde (durable power attorney for health care), pois essa foi a construção feita pela PSDA. (Dadalto, 2022).

As DAVs são aqui entendidas como *gênero* da qual é *uma das espécies* o testamento vital (Souza, 2017, p. 23). Esse, mais comumente conhecido, serve para determinar quais os tratamentos uma pessoa deseja ou não ser submetida, na hipótese de doenças gravíssimas que tenham lhe subtraído a lucidez (Oliveira, 2018, p. 5). Já as DAVs *não tratam apenas* dos desejos para fim de vida, *compreendem as manifestações prévias de vontade da pessoa humana que terão seus efeitos quando, por qualquer motivo, sua capacidade de autodeterminação se esvaír* (Dadalto, 2022). Portanto, as DAVs vão além do *testamento vital*, ao contrário do que se propagou.

3 BREVE HISTÓRICO

A evolução das DAVs pode ser compreendida a partir de diferentes momentos históricos que influenciaram sua concepção. Pode-se traçar essa evolução desde o iluminismo até as normativas internacionais que consolidaram o direito da prévia manifestação do consentimento informado e a autonomia da pessoa humana em caso de sua incapacidade futura (Dadalto, 2015).

Do iluminismo decorreu a ideia acerca da existência de um direito natural e originário tendo por fonte não o *poder* ou a *vontade*, seja *da divindade imortal* (Deus cristão) ou da *divindade mortal* (o Estado Leviatã), mas puramente a *razão*, estabelecendo as bases teóricas da doutrina dos direitos do homem e do cidadão, que resultaram, à época, na Declaração dos direitos dos cidadãos dos Estados Unidos [25/09/1789] e na Declaração dos direitos do homem e do cidadão de 26/08/1789 (Vaz, 2006, p. 85-91).

Mas, somente após os horrores dos experimentos humanos realizados por médicos nazistas durante a Segunda Guerra Mundial que a necessidade de garantir o consentimento informado tornou-se uma questão jurídica e ética. O Tribunal de Nuremberg, ao julgar os crimes contra a humanidade cometidos por esses médicos,

estabeleceu o Código de Nuremberg (1947), que reforçou a obrigatoriedade do consentimento voluntário do paciente para qualquer procedimento médico. Esse código representou o primeiro marco jurídico internacional sobre o tema.

A Declaração de Helsinque, adotada pela Associação Médica Mundial em 1964, refinou os princípios estabelecidos pelo Código de Nuremberg, estabelecendo diretrizes éticas para a pesquisa médica envolvendo seres humanos. Essa declaração consolidou o conceito de consentimento informado, exigindo que os médicos garantissem que os pacientes ou participantes de pesquisas recebessem informações claras sobre os procedimentos a que seriam submetidos e que sua aceitação fosse livre e esclarecida (Pereira, 2004, p. 25-26; Dadalto, 2015).

Com o avanço tecnológico da medicina na segunda metade do século XX, tornou-se possível prolongar a vida de pacientes em estados irreversíveis, muitas vezes sem considerar a sua vontade. Na década de 60, esse cenário gerou debates sobre o “direito de morrer”, especialmente nos Estados Unidos. Luiz Kutner, renomado advogado e defensor dos direitos humanos, desenvolveu o conceito de *living will* com base no princípio do consentimento informado. Ele propôs que pacientes pudessem registrar, previamente, suas preferências médicas, garantindo que sua vontade fosse respeitada mesmo em momentos de incapacidade de expressão. Seu raciocínio partia da premissa de que a eutanásia e o suicídio assistido eram considerados ilícitos nos EUA, mas o direito do paciente de recusar tratamento deveria ser reconhecido como um exercício de sua autonomia pessoal (Pereira, 2004, p. 26).

A primeira grande decisão judicial nos EUA acerca do testamento vital ocorreu em 1976, com o caso de Karen Ann Quinlan, decidido pela Suprema Corte de Nova Jersey, estabelecendo um precedente crucial para a aceitação do testamento vital nos EUA. Também em 1976 foi aprovado na *California o California Natural Death Act* que estabelecia as diretrizes para que os pacientes pudessem registrar formalmente sua vontade de recusar tratamentos fúteis, dando um passo importante na regulamentação da autonomia dos pacientes em fim de vida. Outro caso emblemático foi o de Nancy Beth Cruzan, ocorrido no Missouri na década de 1980. Nancy entrou em estado vegetativo persistente após um acidente de carro, e sua família pleiteou a remoção da alimentação artificial. O caso chegou à Suprema Corte dos EUA em 1990, sendo o primeiro a abordar diretamente a constitucionalidade das diretivas antecipadas de vontade. A Corte decidiu

que os estados podiam exigir padrões de prova claros e convincentes para a remoção do suporte vital, reforçando a necessidade da expressão formal da vontade do paciente (Dadalto, 2022). Em resposta ao caso Cruzan e à necessidade de padronização das diretivas antecipadas, o Congresso dos EUA, em 1991, aprovou a *Patient Self-Determination Act [PSDA]*. Essa legislação determinava que hospitais e instituições de saúde financiadas pelo governo federal deveriam informar os pacientes sobre seus direitos em relação à autodeterminação, incluindo a elaboração de testamentos vitais e procurações para cuidados de saúde. Além do *living will*, outros documentos surgiram para formalizar a vontade dos pacientes, v.g.: (i) *Durable Power of Attorney for Health Care (DPAHC)*; Documento que permite a nomeação de um procurador para tomar decisões médicas caso o paciente esteja incapacitado; (ii) *Do Not Resuscitate Order [DNR]*, que expressa a recusa à reanimação cardiopulmonar e (iii) o *Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)*], que detalha tratamentos específicos desejados ou recusados pelo paciente. Esses instrumentos ampliaram as opções de expressão da vontade dos indivíduos em contextos de doenças terminais (Dadalto, 2022).

4 AS DAVs EM OUTROS PAÍSES

Para além dos EUA, registra-se que em outros países existem leis tratando sobre as DAVs, a exemplo da Hungria, Holanda, Bélgica, França, Alemanha, Inglaterra, Portugal, Espanha, Itália, Porto Rico, Uruguai, Argentina, Colômbia, Nova Zelândia (Toledo; Santos, 2022, p. 51).

No Reino Unido, as DAVs são regulamentadas pelo *Mental Capacity Act* de 2005, que dispõe sobre os direitos dos indivíduos de estabelecerem diretrizes antecipadas e outorgarem poderes a terceiros para tomar decisões médicas em seu nome. O art. 9 desse diploma normativo permite que um indivíduo capaz nomeie outra pessoa para tomar decisões relacionadas ao seu bem-estar pessoal e cuidados de saúde. Já o art. 24 possibilita que uma pessoa com capacidade legal manifeste, por escrito, sua recusa em relação a tratamentos específicos para o caso de futura incapacidade. A lei britânica adota um modelo que equilibra a autonomia do paciente com a necessidade de preservar a segurança e a ética médica. Para que uma *Advance Decision to Refuse Treatment (ADRT)*

tenha validade, é necessário que ela seja feita de forma clara e específica, evitando ambigüidades que possam gerar conflitos de interpretação (Godinho, 2012, p. 960).

A Espanha foi um dos primeiros países europeus a adotar legislação específica sobre as DAVs, sendo pioneira na regulamentação do testamento vital. A Lei 41/2002 trata das *instrucciones previas*, documento no qual o paciente estabelece diretrizes sobre tratamentos médicos a serem seguidos caso esteja impossibilitado de manifestar sua vontade. O mesmo documento também permite que seja nomeado um representante legal para decidir em seu nome. O Real Decreto 124/2007 criou o *Registro Nacional de Instruções Prévias*, garantindo que os documentos de DAV tenham validade em todo o território espanhol e possam ser acessados por profissionais de saúde sempre que necessário. Esse modelo se destaca pela organização e pela eficácia na operacionalização das diretivas, sendo uma referência para outros países (Dadalto, 2013, p. 108; Godinho, 2012).

Em Portugal, as DAVs foram regulamentadas pela Lei 25/2012, que introduziu o conceito de testamento vital e permitiu a nomeação de um procurador de cuidados de saúde para tomar decisões médicas em nome do paciente. Além disso, foi criado o Registro Nacional de Testamento Vital (RENTEV), que centraliza as informações e permite o acesso pelos médicos sempre que necessário. Um aspecto inovador da legislação portuguesa é a exigência de renovação periódica das DAVs, conferindo maior segurança quanto à atualidade das vontades manifestadas pelo paciente. Caso o documento não seja renovado, perde automaticamente a validade após cinco anos (Affonso, 2020).

A Alemanha incorporou as DAVs em seu ordenamento jurídico em 2009, através da inclusão do instituto *Patientenverfügungen* no Código Civil Alemão (*Bürgerliches Gesetzbuch – BGB*). A legislação estabelece que qualquer manifestação antecipada do paciente deve ser considerada no momento da tomada de decisões médicas, mesmo que a condição clínica tenha se modificado ao longo do tempo (Mallet, 2015). Diferente de outros países, o sistema alemão valoriza a obrigatoriedade de cumprimento das diretivas antecipadas, conferindo-lhes um caráter vinculativo para os médicos e familiares do paciente. Isso reforça a segurança jurídica do instituto e evita que a decisão do paciente seja desconsiderada por pressões externas.

Na Argentina, as DAVs foram reconhecidas no ordenamento jurídico em âmbito federal por meio da Lei 26.529, de 2009, que trata dos direitos do paciente em relação aos profissionais de saúde. O art. 11 da norma estabelece que todo paciente tem o direito de registrar suas diretivas antecipadas para tratamento médico (Dadalto, 2013, p. 109). Antes disso, em 2007, a província de Rio Negro já havia promulgado a primeira lei argentina sobre DAVs, antecipando a legislação federal (Toledo; Santos, 2022). Apesar de a legislação federal reconhecer o direito do paciente à autodeterminação, há críticas quanto à falta de detalhamento da norma, o que pode dificultar sua aplicabilidade prática.

O Uruguai promulgou uma legislação específica sobre DAVs em 2009, permitindo que os cidadãos expressem suas vontades por meio do testamento vital. A norma uruguaia reforça a obrigatoriedade do cumprimento das diretivas e reconhece a nomeação de um representante legal para tomar decisões médicas em nome do paciente (Godinho, 2012, p. 961). Além disso, o país promove campanhas de conscientização sobre a importância das DAVs, incentivando os cidadãos a formalizarem suas decisões antecipadamente. A adoção desse modelo tem sido vista como um avanço na consolidação dos direitos do paciente.

5 AS DAVs NO BRASIL

A regulamentação das DAVs no Brasil é um tema que se encontra em um limbo normativo, marcado por uma ausência legislativa que gera insegurança jurídica.

Considerando o fundamento da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF/88), o princípio da autonomia privada (art. 5º, II, da CF/88), que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano” (art. 5º, III, da CF/88) e o disposto no art. 15, do CC: “Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”, não há, assim, impedimento para aplicação das DAVs no Brasil.

No entanto, embora existam dispositivos constitucionais e normativos que sustentam a validade desses instrumentos, a inexistência de uma *legislação específica*, como outros países, faz com que o reconhecimento das DAVs dependa da interpretação doutrinária e jurisprudencial, criando um cenário de incerteza (Godinho, 2012, p. 975) além de gerar *desafios práticos para sua implementação* (Affonso, 2020).

A lacuna normativa levou ao protagonismo do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Judiciário, a pontar direcionamento a serem tomados.

5.1 AS RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) E ENUNCIADOS JURÍDICOS

O CFM editou três importantes resoluções que moldaram o entendimento ético e prático sobre o tema: as Resoluções 1.805/2006, 1.995/2012 e 2.232/2019. Embora seja inegável importância dessas resoluções, em especial a Res. 1.805/2006, que foi o ponto de partida das DAVs no Brasil, faz-se necessário registrar que tais resoluções não possuem caráter *jurídico-normativo*, no sentido estrito, pois se destinam e vinculam, eminentemente, à classe médica. Isso significa que que essas resoluções possuem caráter estritamente ético-profissional, pois o CFM, enquanto órgão regulador da atividade médica, tem competência para estabelecer diretrizes que orientem a conduta dos médicos (Brasil, 1957), mas não pode criar normas jurídicas obrigatórias para a sociedade em geral (Oliveira, 2018). Isso significa que, ainda que vinculantes para os profissionais da medicina, essas resoluções *não possuem força de lei*, podendo ser questionadas judicialmente. Um exemplo disso foi a ação civil pública (TRF1, 2010) movida pelo Ministério Público Federal contra a Resolução 1.995/2012, sob a alegação de que o CFM teria ultrapassado suas competências ao legislar sobre o tema. O Judiciário, entretanto, validou a resolução, reconhecendo sua relevância no campo da bioética e do direito médico (TRF1, 2010).

A Resolução CFM 1.805/2006 (Brasil, 2006), como dito, foi ponto de partida das DAVs no Brasil, representou um avanço ao permitir que médicos limitassem ou suspendessem procedimentos que prolongassem artificialmente a vida de pacientes em fase terminal, garantindo, contudo, cuidados paliativos para o alívio do sofrimento. O texto da resolução enfatiza o respeito à vontade do paciente ou de seu representante legal, consolidando o princípio da autonomia e afastando a obrigação da distanásia (Dadalto, 2022). Apesar desse avanço, a resolução gerou controvérsias e foi alvo de questionamentos judiciais, como acima mencionado.

A Resolução CFM 1.995/2012 (Brasil, 2012) em seu art. 1º define as diretivas 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”. Essa resolução consolidou o testamento vital como uma espécie de DAV, garantindo ao paciente o direito de recusar procedimentos invasivos e terapias desproporcionais à sua condição clínica. Importante ressaltar que a norma também estabeleceu que a vontade expressa do paciente deve prevalecer sobre qualquer opinião de familiares, reforçando o respeito à autonomia individual (Dadalto, 2022).

Já a Resolução CFM 2.232/2019 (Brasil, 2019) representou um avanço ao normatizar a recusa terapêutica e a objeção de consciência na relação médico-paciente. Segundo seu art. 1º, é direito do paciente recusar tratamentos, desde que esteja consciente e plenamente capaz. Essa norma reforçou a autonomia privada e trouxe maior segurança jurídica para médicos que optam por respeitar a vontade do paciente, mesmo em situações de risco de morte. Também estabeleceu que, caso o paciente esteja incapacitado, sua vontade prévia manifestada por meio das DAVs deve ser considerada pelo médico, salvo se contrariar o Código de Ética Médica. Com isso, houve um alinhamento das DAVs ao princípio bioético da beneficência, garantindo que sua aplicação ocorra sem prejuízo à dignidade do paciente (Dadalto, 2022).

Para além dessas resoluções, sobre o tema existem enunciados jurídicos, que embora desprovidos de vinculabilidade, apontam direções sobre as DAVs, a exemplo do:

Enunciado 37: As diretivas ou declarações antecipadas de vontade, que especificam os tratamentos médicos aos quais o declarante deseja ou não se submeter quando incapacitado de expressar-se autonomamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito. (Enunciado 37, da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça).

Enunciado 528: É válida a declaração de vontade expressa em documento autêntico, também chamado "testamento vital", em que a pessoa estabelece disposições sobre o tipo de tratamento de saúde, ou não tratamento, que deseja no caso de se encontrar sem condições de manifestar a sua vontade. (Enunciado 528, da V Jornada de Direito Civil, agosto de 2011).

Ambos enunciados não são imunes de críticas (Dadalto, 2022), vez que restringem as DAVs tão somente a tratamento médico, posto que as DAVs podem envolver questões outras (Affonso, 2020), a exemplo, nomeação de curador, desejos acerca de enterro, disposição do corpo, doação de órgãos etc.

5.2 DECISÕES DO PODER JUDICIÁRIO

A despeito do vácuo normativo, tem-se destacado a atuação do Judiciário brasileiro tem sido fundamental para consolidar a *efetividade* e a *validade* jurídica das DAVs no Brasil.

5.2.1 Os Tribunais de Justiça dos Estados

Os tribunais estaduais são pioneiros na discussão do tema, a exemplo do TJRS que, em 2011, decidiu por respeitar a vontade de uma pessoa *em não se submeter à hemodiálise*, tornando o julgado um marco acerca do tema:

CONSTITUCIONAL. MANTENÇA ARTIFICIAL DE VIDA. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. PACIENTE, ATUALMENTE, SEM CONDIÇÕES DE MANIFESTAR SUA VONTADE. RESPEITO AO DESEJO ANTES MANIFESTADO. Há de se dar valor ao enunciado constitucional da dignidade humana, que, aliás, sobrepõe-se, até, aos textos normativos, seja qual for sua hierarquia. O desejo de ter a “morte no seu tempo certo”, evitados sofrimentos inúteis, não pode ser ignorado, notadamente em face de meros interesses econômicos atrelados a eventual responsabilidade indenizatória. No caso dos autos, a vontade da paciente em não se submeter à hemodiálise, de resultados altamente duvidosos, afora o sofrimento que impõe, traduzida na declaração do filho, há de ser respeitada, notadamente quando a ela se contrapõe a já referida preocupação patrimonial da entidade hospitalar que, assim se colocando, não dispõe nem de legitimação, muito menos de interesse de agir. (TJRS, 2011).

O mesmo TJRS, em decisão de 20/11/2013, reconheceu o direito de um paciente de recusar a amputação de um membro necrosado, mesmo diante do risco de morte iminente. A decisão destacou que, se o paciente estiver em pleno gozo de suas faculdades mentais, sua autonomia deve prevalecer sobre qualquer tentativa de intervenção médica compulsória:

Ementa: 10 Apelação cível. Assistência a saúde. Biodireito. Ortotanásia. Testamento vital. 1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico, morrer para “aliviar o sofrimento”; e, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida. 2. O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. 3. O direito à vida garantido no art. 5.º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa,

previsto no art. 2.º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal. 4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado testamento vital, que figura na Res. CFM 1995/2012. 5. Apelação desprovida. (TJRS, 2013).

Em 10/04/2019, o TJSP negou provimento a um pedido de declaração judicial de sanidade mental para a validação de um testamento vital, sob o argumento de que essa verificação pode ser feita de forma extrajudicial por meio de cartório e testemunhas, fazendo menção, inclusive, ao Enunciado 528, da V Jornada de Direito Civil:

JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE. ORTOTANÁSIA. Pretensão de estabelecer limites à atuação médica no caso de situação futura de grave e irreversível enfermidade, visando o emprego de mecanismos artificiais que prologuem o sofrimento da paciente. Sentença de extinção do processo por falta de interesse de agir. Manifestação de vontade na elaboração de testamento vital gera efeitos independentemente da chancela judicial. Jurisdição voluntária com função integrativa da vontade do interessado cabível apenas aos casos previstos em lei. Manifestação que pode ser feita por meio de cartório extrajudicial. Desnecessidade de movimentar o Judiciário apenas para atestar sua sanidade no momento da declaração de vontade. Cartório Extrajudicial pode atestar a livre e consciente manifestação de vontade e, caso queira cautela adicional, a autora poderá se valer de testemunhas e atestados médicos. Declaração do direito à ortotanásia. Autora que não sofre de qualquer doença. Pleito declaratório não pode ser utilizado em caráter genérico e abstrato. Falta de interesse de agir verificada. Precedentes. Sentença de extinção mantida. Recurso não provido. (TJSP, 2019).

Nesse mesmo sentido, o TJDFT se manifestou em 06/08/2019:

CONFLITO NEGATIVO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO DE TESTAMENTO VITAL (DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE). BIODIREITO À ORTOTANÁSIA. MANIFESTAÇÃO MERAMENTE DECLARATÓRIA. COMPETÊNCIA DA VARA DE REGISTROS PÚBLICOS (INCISO III DO ARTIGO 31 DA LEI Nº 11.697/2008). NÃO CONFIGURAÇÃO. COMPETÊNCIA RESIDUAL DA VARA CÍVEL. INCIDÊNCIA DO ARTIGO 25 DA LEI Nº 11.697/2008. COMPETÊNCIA DO JUÍZO SUSCITADO. 1 - Na ação de testamento vital ajuizada, a Autora busca seja declarada, pelo Poder Judiciário, o seu biodireito à ortotanásia, a fim de que, caso venham a submetê-la a situação artificial de prolongamento da vida por meio de intervenção médica, estejam ela e sua representante nomeada munidas de pronunciamento jurisdicional favorável à morte natural. Em outras palavras, trata-se de manifestação prévia, diretiva de vontade, que tem o condão declarar o seu direito a não ser submetida a tratamento médico futuro em situação em que ela estiver incapacitada de se manifestar contrariamente à intervenção. 2 - A possibilidade de

que sejam realizadas diretivas antecipadas de vontade dos pacientes traz difíceis questões a serem enfrentadas tanto pelo Poder Judiciário como pela ética médica. Do ponto de vista médico, a possibilidade de realização de diretivas antecipadas de vontade dos pacientes tem regulamentação na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina. 3 - Como a demanda originária tem natureza meramente declaratória, sem qualquer relação com tentativa já manifestada de formalização do ato de vontade nos registros públicos e notariais, ou seja, sem que se configure questão contenciosa e administrativa que se refira diretamente a atos de registros públicos e notariais em si mesmos (artigo 31, II, da Lei nº 11.697/2008), a competência para processamento e julgamento do Feito é da Vara Cível, tendo em vista o critério residual (artigo 25 da Lei nº 11.697/2008). Conflito de competência admitido e acolhido para o fim de declarar competente o Juízo Suscitado. (TJDFT, 2019).

Em 06/08/2019, O TJSP reconheceu que a manifestação prévia, diretiva de vontade [testamento vital] é meio para declarar o seu direito da pessoa a não ser submetida a tratamento médico futuro em situação em que estiver incapacitada de manifestar contrariamente à intervenção:

CONFLITO NEGATIVO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO DE TESTAMENTO VITAL (DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE). BIODIREITO À ORTOTANÁSIA. MANIFESTAÇÃO MERAMENTE DECLARATÓRIA. COMPETÊNCIA DA VARA DE REGISTROS PÚBLICOS (INCISO III DO ARTIGO 31 DA LEI Nº 11.697/2008). NÃO CONFIGURAÇÃO. COMPETÊNCIA RESIDUAL DA VARA CÍVEL. INCIDÊNCIA DO ARTIGO 25 DA LEI Nº 11.697/2008. COMPETÊNCIA DO JUÍZO SUSCITADO. 1 - Na ação de testamento vital ajuizada, a Autora busca seja declarada, pelo Poder Judiciário, o seu biodireito à ortotanásia, a fim de que, caso venham a submetê-la a situação artificial de prolongamento da vida por meio de intervenção médica, estejam ela e sua representante nomeada munidas de pronunciamento jurisdicional favorável à morte natural. Em outras palavras, trata-se de manifestação prévia, diretiva de vontade, que tem o condão declarar o seu direito a não ser submetida a tratamento médico futuro em situação em que ela estiver incapacitada de se manifestar contrariamente à intervenção. 2 - A possibilidade de que sejam realizadas diretivas antecipadas de vontade dos pacientes traz difíceis questões a serem enfrentadas tanto pelo Poder Judiciário como pela ética médica. Do ponto de vista médico, a possibilidade de realização de diretivas antecipadas de vontade dos pacientes tem regulamentação na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina. 3 - Como a demanda originária tem natureza meramente declaratória, sem qualquer relação com tentativa já manifestada de formalização do ato de vontade nos registros públicos e notariais, ou seja, sem que se configure questão contenciosa e administrativa que se refira diretamente a atos de registros públicos e notariais em si mesmos (artigo 31, II, da Lei nº 11.697/2008), a competência para processamento e julgamento do Feito é da Vara Cível, tendo em vista o critério residual (artigo 25 da Lei nº 11.697/2008). Conflito de competência admitido e acolhido para o fim de declarar competente o Juízo Suscitado. (TJDFT, 2019).

Já em 12/08/2024, o TJSP, num processo em que um testemunha de Jeová recusou a transfusão de sangue por motivos religiosos, no entanto, essa foi realizada enquanto estava em coma. O Tribunal entendeu pela ponderação entre o direito à vida e à liberdade

religiosa, concluindo-se que a autodeterminação do paciente prevalece se caso observados critérios como capacidade civil, vontade livre e informada, oposição pessoal e inexistência de situação de emergência:

APELAÇÃO CÍVEL – RESPONSABILIDADE CIVIL – PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ – TRANSFUSÃO DE SANGUE – Genitora da autora que professava a fé das Testemunhas de Jeová, tendo se recusado expressamente a se submeter à transfusão de sangue – Realização do procedimento enquanto a paciente encontrava-se em internada e em coma - Direito à vida X direito à liberdade de crença. [...] 3. Conflito entre direitos fundamentais (direito à vida x direito à liberdade religiosa). Utilização da técnica da ponderação, a qual deve ser pautada por critérios materiais fixados a partir da legislação interna, constitucional e internacional, bem como jurisprudência de sistemas internacionais de direitos humanos. 4. Com base na liberdade humana, liberdade de crença, autodeterminação e autonomia pessoal, toda pessoa tem o direito de decidir se aceita ou não tratamento médico, mesmo que a recusa possa causar danos permanentes à sua saúde ou levar à morte prematura. 5. No entanto, a recusa somente será válida se obedecidos alguns critérios: (i) Capacidade civil plena, vedado o suprimento por representante ou assistente; (ii) Manifestação de vontade livre e informada; (iii) Oposição que diga respeito exclusivamente à própria pessoa do declarante; (iv) Dever de informação; (v) Busca por tratamentos alternativos; e (vi) Oposição que diga respeito à situação ou doença em concreto, não sendo aplicável em casos de urgência e emergências médicas, quando há risco à vida ou saúde do paciente. 6. No caso, foram atendidos todos os critérios. A paciente era pessoa capaz, que manifestou a sua vontade ao não recebimento da transfusão de sangue de forma livre e informada, em situação que não se caracteriza como de urgência e emergência, para o tratamento de doenças próprias e das quais tinha pleno conhecimento, tendo compreendido e consentido com os riscos da sua escolha, inclusive à sua vida, ao mesmo tempo em que aceitou e recebeu tratamentos alternativos que buscaram a preservação da sua vida. [...]. (TJSP, 2024).

5.2.2 Julgados dos Tribunais Superiores

Os tribunais superiores, especificamente no que se refere ao STJ e ao STF, não passam à margem sobre as DAVs, cujos posicionamento reforçam a sua validade no Brasil.

a) Superior Tribunal de Justiça – STJ

A título de exemplo, o STJ, em 26/03/2019, no REsp 1.693.718, decidiu sobre a destinação do próprio corpo, após a morte. O tribunal entendeu que não havia exigência de formalidade específica acerca da manifestação de última vontade da pessoa sobre a destinação de seu corpo após a morte, sendo possível a destinação do cadáver à cremação, em atenção à vontade manifestada em vida pelo *de cujus*:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO ORDINÁRIA. 1. DISCUSSÃO TRAVADA ENTRE IRMÃS PATERNAS ACERCA DA DESTINAÇÃO DO CORPO DO GENITOR. ENQUANTO A RECORRENTE AFIRMA QUE O DESEJO DE SEU PAI, MANIFESTADO EM VIDA, ERA O DE SER CRIOPRESERVADO, AS RECORRIDAS SUSTENTAM QUE ELE DEVE SER SEPULTADO NA FORMA TRADICIONAL (ENTERRO). 2. CRIOGENIA. TÉCNICA DE CONGELAMENTO DO CORPO HUMANO MORTO, COM O INTUITO DE REANIMAÇÃO FUTURA. 3. AUSÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL SOBRE O PROCEDIMENTO DA CRIOGENIA. LACUNA NORMATIVA. NECESSIDADE DE INTEGRAÇÃO DA NORMA POR MEIO DA ANALOGIA (LINDB, ART. 4º). ORDENAMENTO JURÍDICO PÁTRIO QUE, ALÉM DE PROTEGER AS DISPOSIÇÕES DE ÚLTIMA VONTADE DO INDIVÍDUO, COMO DECORRÊNCIA DO DIREITO AO CADÁVER, CONTEMPLA DIVERSAS NORMAS LEGAIS QUE TRATAM DE FORMAS DISTINTAS DE DESTINAÇÃO DO CORPO HUMANO EM RELAÇÃO À TRADICIONAL REGRA DO SEPULTAMENTO. NORMAS CORRELATAS QUE NÃO EXIGEM FORMA ESPECÍFICA PARA VIABILIZAR A DESTINAÇÃO DO CORPO HUMANO APÓS A MORTE, BASTANDO A ANTERIOR MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DO INDIVÍDUO. POSSIBILIDADE DE COMPROVAÇÃO DA VONTADE POR QUALQUER MEIO DE PROVA IDÔNEO. LEGITIMIDADE DOS FAMILIARES MAIS PRÓXIMOS A ATUAREM NOS CASOS ENVOLVENDO A TUTELA DE DIREITOS DA PERSONALIDADE DO INDIVÍDUO POST MORTEM. 4. CASO CONCRETO: RECORRENTE QUE CONVIVEU E COABITOU COM SEU GENITOR POR MAIS DE 30 (TRINTA) ANOS, SENDO A MAIOR PARTE DO TEMPO EM CIDADE BEM DISTANTE DA QUE RESIDEM SUAS IRMÃS (RECORRIDAS), ALÉM DE POSSUIR PROCURAÇÃO PÚBLICA LAVRADA POR SEU PAI, OUTORGANDO-LHE AMPLOS, GERAIS E IRRESTRITOS PODERES. CIRCUNSTÂNCIAS FÁTICAS QUE PERMITEM CONCLUIR QUE A SUA MANIFESTAÇÃO É A QUE MELHOR TRADUZ A REAL VONTADE DO DE CUJUS. 5. CORPO DO GENITOR DAS PARTES QUE JÁ SE ENCONTRA SUBMETIDO AO PROCEDIMENTO DA CRIOGENIA HÁ QUASE 7 (SETE) ANOS. SITUAÇÃO JURÍDICA CONSOLIDADA NO TEMPO. POSTULADO DA RAZOABILIDADE. OBSERVÂNCIA. 6. RECURSO PROVIDO. [...] 3.1 Na hipótese, deve-se aplicar a analogia jurídica (iuris), pois o nosso ordenamento jurídico, além de proteger as disposições de última vontade do indivíduo, como decorrência do direito ao cadáver, contempla diversas normas legais que tratam de formas distintas de destinação do corpo humano após a morte em relação à tradicional regra do sepultamento, dentre as quais podemos citar o art. 77, § 2º, da Lei de Registros Públicos, que disciplina a possibilidade de cremação do cadáver; a Lei n. 9.434/1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento; o art. 14 do Código Civil, que possibilita a destinação do corpo, após a morte, para fins científicos ou altruísticos, dentre outras. 3.2. Da análise das regras correlatas dispostas no ordenamento jurídico, considerando a necessidade de extração da norma jurídica a ser aplicada ao caso concreto, verifica-se que não há exigência de formalidade específica para a manifestação de última vontade do indivíduo, sendo perfeitamente possível, portanto, aferir essa vontade, após o seu falecimento, por outros meios de prova legalmente admitidos, observando-se sempre as peculiaridades fáticas de cada caso. [...] 3.4. Nessa linha de entendimento, extraindo-se os elementos necessários à integração da lacuna normativa pela analogia, é de se concluir que, na falta de manifestação expressa deixada pelo indivíduo em vida no sentido de ser submetido à criogenia após a morte, presume-se que sua vontade seja aquela manifestada por seus familiares mais próximos. [...]. (STJ, 2019).

b) Supremo Tribunal Federal – STF

Embora o STF ainda não tenha julgado um caso paradigmático sobre o as DAVs, o tribunal já se posicionou sobre a autonomia da pessoa humana em relação à tratamentos médicos, direito à morte digna etc. O STF reconheceu que a dignidade da pessoa humana, a liberdade individual e autonomia sobre o próprio corpo são princípios amplamente protegidos pelo ordenamento jurídico brasileiro que devem ser protegidos pelo Estado, reforçando, indiretamente, a admissibilidade das DAVs no Brasil (DADALTO, 2022). Vale conferir os julgados a seguir expostos:

5.2.3 Agravo em Mandado de Injunção – AgMI 6.825

A decisão proferida pelo STF no AgMI 6.825 (STF, 2019) configura-se como um marco na discussão acerca do direito à morte digna no Brasil e suas implicações para as DAVs. O caso em análise teve origem na impetração de mandado de injunção individual, no qual o requerente buscava viabilizar o exercício do direito fundamental à morte digna, sustentando a existência implícita desse direito na CF/88 e a necessidade de sua regulamentação normativa.

No entanto, o relator do caso, Ministro Edson Fachin, negou seguimento ao mandado de injunção, decisão posteriormente confirmada pelo Plenário do STF. O principal fundamento para essa negativa foi a inexistência de uma omissão legislativa que impedisse o exercício do direito alegado. O STF entendeu que a via eleita pelo impetrante não era adequada para a demanda, pois o mandado de injunção só se aplica a normas constitucionais de eficácia limitada *stricto sensu*, cuja regulamentação pelo legislador seja imprescindível para sua fruição.

AGRAVO REGIMENTAL NO MANDADO DE INJUNÇÃO. DIREITO À MORTE DIGNA. INADEQUAÇÃO DA VIA ELEITA. AUSÊNCIA DE LACUNA TÉCNICA. INEXISTÊNCIA DE EFETIVO IMPEDIMENTO DO EXERCÍCIO DO DIREITO ALEGADO. INADMISSIBILIDADE DO WRIT. DESPROVIMENTO DO AGRAVO. 1. O cabimento do mandado de injunção pressupõe a existência de omissão legislativa relativa ao gozo de direitos ou liberdade garantidos constitucionalmente pelas normas constitucionais de eficácia limitada *stricto sensu* e a existência de nexo de causalidade entre a omissão e a inviabilidade do exercício do direito alegado. 2. In casu, não restando demonstrada a existência de lacuna técnica quanto ao descumprimento de algum dever constitucional pelo legislador no tocante ao direito à morte digna,

bem como ante a inexistência da efetiva inviabilidade do gozo do direito pleiteado, impõe-se o não conhecimento do mandado de injunção. 3. Agravo regimental desprovido. (STF, 2019).

O relator, Ministro Edson Fachin, sustentou que o mandado de injunção exige a comprovação de uma omissão legislativa que impeça o exercício de um direito constitucionalmente garantido. No caso concreto, afirmou que não há lacuna normativa que inviabilize o direito à morte digna, destacando que o ordenamento jurídico já contempla dispositivos que asseguram a autonomia do paciente na recusa de tratamentos médicos e a adoção de cuidados paliativos. Além disso, Fachin enfatizou que a via injuncional não pode ser utilizada para extrair do texto constitucional um direito que demanda interpretação hermenêutica mais complexa. Para ele, a ausência de uma legislação específica sobre eutanásia ou suicídio assistido não configura uma omissão técnica que justificasse a intervenção do STF para regulamentar o tema. Mas, restou consignado no seu voto que: *[...] a ausência dos pressupostos que conduziram ao não conhecimento do presente mandado de injunção não significa a possibilidade de suprir-se o direito pleiteado pelas vias judiciais adequadas*” (STF, 2019).

O Ministro Roberto Barroso destacou a importância da autodeterminação do paciente na escolha de tratamentos e na recusa de medidas médicas desproporcionais. Em uma manifestação anterior ao julgamento, já havia apontado que não vê impedimento constitucional para a regulamentação da eutanásia e do suicídio assistido, mas defendeu que essa matéria deveria ser tratada pelo legislador e não pelo Poder Judiciário.

O Ministro Gilmar Mendes reforçou a ideia de que a Constituição assegura um núcleo de autonomia privada, mas que esse direito deve ser exercido dentro dos limites da legalidade. Ele apontou que a jurisprudência do STF tem se inclinado a reconhecer a dignidade da pessoa humana como fundamento para a autodeterminação do paciente, citando, por exemplo, o reconhecimento da ortotanásia pelo Conselho Federal de Medicina.

Já o Ministro Alexandre de Moraes argumentou que a recusa de tratamentos médicos fúteis ou desproporcionais está devidamente assegurada no ordenamento jurídico brasileiro, não havendo necessidade de intervenção judicial para reconhecer esse direito. Ressaltou que o Código de Ética Médica já prevê a possibilidade de recusa de procedimentos extraordinários por parte do paciente e que as DAVs possuem respaldo normativo na Resolução 1.995/2012, do CFM.

5.2.4 Recurso Extraordinário – RE 1.212.272

Em 25/09/2024, no RE1.212.272(STF, 2024b), que envolveu a recusa de uma paciente, Testemunha de Jeová, em assinar termo de consentimento para transfusão de sangue, baseando-se em sua convicção religiosa, o STF, ao decidir sobre a questão, consolidou entendimento relevante sobre a validade das DAVs no ordenamento jurídico brasileiro, garantindo a possibilidade de manifestação prévia da vontade do paciente em relação a tratamentos médicos. Eis a ementa do julgado:

Direito constitucional. Recurso extraordinário submetido à sistemática da repercussão geral. Tema 1.069. Direito de recusa à transfusão de sangue. Liberdade religiosa e autodeterminação. Pessoa adulta e capaz. Ausência de impacto na esfera jurídica de terceiros. Recurso extraordinário julgado prejudicado. I. Caso em exame 1. Trata-se de recurso extraordinário interposto contra acórdão da Turma Recursal da Seção Judiciária de Alagoas, que negou provimento a recurso e, em consequência, manteve decisão que impediu o paciente, testemunha de Jeová, a submeter-se a procedimento cirúrgico sem a obrigatoriedade de assinatura de termo de consentimento para eventual realização de transfusão de sangue. II. Questão em discussão 2. A questão em discussão consiste em examinar a possibilidade de paciente submeter-se a tratamento médico disponível na rede pública sem a necessidade de assinatura de termo de consentimento para eventual realização de transfusão de sangue, em respeito a sua convicção religiosa. III. Razões de decidir 3. Uma vez reconhecido que a liberdade religiosa protege o agir de acordo com a própria fé e que a autodeterminação permite aos indivíduos dirigirem a própria vida, tomando desde as decisões mais elementares às mais fundamentais, o Estado deve assegurar às testemunhas de Jeová adultas, conscientes e informadas o direito de não se submeterem a transfusões de sangue, desde que isso não afete o direito de terceiros. 4. A autodeterminação e a liberdade de crença, quando houver manifestação livre, consciente e informada de pessoa capaz civilmente em sentido contrário à submissão a tratamento, impedem a atuação forçada dos profissionais de saúde envolvidos, ainda que presente risco iminente de morte do paciente. 5. A atuação médica em respeito à legítima opção realizada pelo paciente não pode ser caracterizada, a priori, como uma conduta criminosa, tampouco há que se falar em responsabilidade civil do Estado ou do agente responsável em razão de

danos sofridos pela ausência de emprego de meios não aceitos pelo paciente. IV. Dispositivo e tese 6. Recurso extraordinário julgado prejudicado. Teses de julgamento: “1. É permitido ao paciente, no gozo pleno de sua capacidade civil, a recusa, por motivos religiosos, de submeter-se a tratamento de saúde. A recusa, por razões religiosas, a tratamento de saúde é condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive, quando veiculada por meio de diretivas antecipadas de vontade. 2. É possível a realização de procedimento médico, disponibilizado a todos pelo sistema público de saúde, com a interdição da realização de transfusão sanguínea ou outra medida excepcional, caso haja viabilidade técnico-científica de sucesso, anuência da equipe médica com a sua realização e decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente. (STF, 2024b).

Os ministros do STF ressaltaram que a CF/88 assegura a inviolabilidade da liberdade de consciência e de crença [art. 5º, VI] e que a dignidade da pessoa humana [art. 1º, III] exige o respeito à autonomia individual, inclusive nas decisões médicas. O Ministro Gilmar Mendes enfatizou que a autodeterminação permite que indivíduos tomem decisões fundamentais sobre suas vidas, inclusive recusando tratamentos, desde que essas escolhas sejam livres, informadas e não afetem terceiros. Dessa forma, o Tribunal concluiu que a recusa de transfusão de sangue por razões religiosas é juridicamente válida quando expressa por pessoa capaz e informada. Além disso, a decisão reafirmou que esse direito pode ser exercido por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade, permitindo que um paciente estabeleça previamente sua recusa a determinados tratamentos.

Da análise da decisão, verifica-se que a tese fixada pelo STF estabelece que a recusa a tratamentos de saúde, incluindo a negativa a transfusões de sangue, pode ser veiculada por meio das DAVs. Isso reforça a importância desses documentos como manifestação legítima da vontade do paciente e impede que decisões médicas sejam impostas contra sua autodeterminação.

O Ministro Edson Fachin destacou que as DAVs cumprem um papel fundamental na relação médico-paciente, garantindo previsibilidade e respeito às escolhas individuais. Segundo ele, ao reconhecer a validade das DAVs, o STF fortalece a autonomia privada e a segurança jurídica, evitando que familiares e médicos sejam colocados em situações de incerteza quanto à vontade do paciente.

Outro ponto relevante da decisão é a relação entre as DAVs e o consentimento informado. O Tribunal entendeu que o médico deve respeitar a manifestação de vontade expressa nas DAVs e que a decisão do paciente, se tomada de forma esclarecida e inequívoca, não pode ser desconsiderada. O Ministro Luís Roberto Barroso ressaltou que os profissionais de saúde não podem ser responsabilizados civil ou penalmente por respeitarem a recusa do paciente, desde que esta tenha sido formalizada em DAVs.

No entanto, os ministros alertaram que as DAVs devem ser compatíveis com a ordem pública e a ética médica, não podendo obrigar os profissionais de saúde a realizarem procedimentos contrários à “*lex artis*” ou que possam gerar impacto na saúde pública. Esse entendimento evita abusos e assegura um equilíbrio entre a autonomia do paciente e a responsabilidade médica.

A decisão do STF também abordou a questão dos limites das DAVs, especialmente em relação a pacientes inconscientes e menores de idade. O Ministro Flávio Dino questionou se a recusa a tratamentos poderia ser aplicada em casos emergenciais ou quando o paciente não estivesse consciente para reafirmar sua decisão. O Tribunal estabeleceu que, nesses casos, a manifestação da vontade deve ser previamente documentada e inequívoca.

No caso específico de menores, os ministros ponderaram que o Estado deve intervir quando a recusa de tratamento puder comprometer a vida da criança. Essa ressalva evita que a autonomia dos pais, ao tomarem decisões com base em suas crenças, prevaleça sobre o direito fundamental à vida do menor.

A partir desse julgamento, reforçou-se que: *(i) a recusa a tratamentos médicos por meio das DAVs é juridicamente válida*, desde que tomada por pessoa capaz, de forma livre e informada; *(ii) os médicos devem respeitar as DAVs* e não podem ser responsabilizados por seguir a vontade expressa do paciente; *(iii) as DAVs são aplicáveis a diversos cenários, incluindo o Testamento Vital*, permitindo que os pacientes determinem com antecedência os tratamentos que desejam ou não receber e *(iv) o Estado pode intervir em casos excepcionais*, como em situações envolvendo menores ou quando a decisão do paciente possa afetar terceiros.

Do julgado, inclusive, resultou a fixação da seguinte tese no tema 1.069, *verbis*:

1. É permitido ao paciente, no gozo pleno de sua capacidade civil, recusar-se a se submeter a tratamento de saúde, por motivos religiosos. A recusa a tratamento de saúde, por razões religiosas, é condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive, quando veiculada por meio de diretivas antecipadas de vontade. 2. É possível a realização de procedimento médico, disponibilizado a todos pelo sistema público de saúde, com a interdição da realização de transfusão sanguínea ou outra medida excepcional, caso haja viabilidade técnico-científica de sucesso, anuência da equipe médica com a sua realização e decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente. (STF, 2024d).

Assim, essa decisão do STF marca um passo fundamental na evolução do direito médico e bioético brasileiro, estabelecendo um equilíbrio entre a liberdade individual e a proteção da vida, ao mesmo tempo em que oferece segurança jurídica para médicos e pacientes.

5.2.5 Recurso Extraordinário – RE 979.742

Em 25/09/2024, o STF ao decidir no RE 979.742 (STF, 2024a), assunto correlato ao decido no RE 1.212.272, abordou a questão do direito à recusa de tratamento médico por convicções religiosas e sua relação com os princípios da dignidade da pessoa humana, autonomia privada e liberdade religiosa. O julgamento, relatado pelo Ministro Luís Roberto Barroso, examinou a legitimidade da recusa à transfusão de sangue por parte de paciente adepto da religião Testemunhas de Jeová, mesmo diante de risco à vida, e os limites dessa escolha no âmbito do Sistema Único de Saúde [SUS], com a seguinte ementa:

Direito Constitucional e Administrativo. Recurso extraordinário. Repercussão geral. Tratamento alternativo à transfusão de sangue para Testemunhas de Jeová. Desprovimento. I. Caso em exame 1. O recurso. Recurso extraordinário contra decisão que determinou ao poder público o custeio de cirurgia fora do domicílio para paciente Testemunha de Jeová, em hospital credenciado pelo Sistema Único de Saúde – SUS que realiza o procedimento necessário sem transfusão de sangue. 2. Fato relevante. O paciente recusou, por convicção religiosa, a realização de cirurgia no seu município pela perspectiva de, em caso de necessidade, ter de se submeter a transfusão de sangue. Ele era maior, capaz e não corria risco iminente de vida. II. Questão em discussão 3. A questão em discussão consiste em saber se o direito à liberdade religiosa justifica o custeio, pelo poder público, de tratamento médico alternativo compatível com as convicções religiosas do paciente, inclusive despesas de locomoção para ele e um acompanhante, quando o tratamento não estiver disponível na rede pública de seu domicílio. III. Razões de decidir 4. O direito à recusa de transfusão de sangue por convicção religiosa tem fundamento nos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da liberdade de religião. A dignidade humana

exige o respeito à autonomia individual na tomada de decisões sobre a saúde e o corpo. Já a garantia da liberdade religiosa impõe ao Estado a tarefa de proporcionar um ambiente institucional e jurídico adequado para que os indivíduos possam viver de acordo com os ritos, cultos e dogmas de sua fé, sem coerção ou discriminação. 5. A recusa de transfusão de sangue somente pode ser manifestada em relação ao próprio interessado, sem estender-se a terceiros, inclusive e notadamente filhos menores. Porém, havendo tratamento alternativo eficaz, conforme avaliação médica, os pais poderão optar por ele. 6. A Organização Mundial da Saúde – OMS recomenda a adoção dos procedimentos alternativos à transfusão de sangue. Em atenção a essa diretriz, outros recursos terapêuticos já são oferecidos pelo SUS. Apesar disso, ainda não estão disponíveis de forma ampla em todo o território nacional. Nesse contexto, o poder público deve adotar medidas para, progressivamente, tornar esses procedimentos disponíveis e capilarizados no país, de forma compatível com os princípios do acesso universal e igualitário às ações e serviços do SUS. 7. Em uma acomodação razoável entre os direitos à liberdade religiosa e à saúde, pacientes Testemunhas de Jeová fazem jus aos tratamentos alternativos já disponíveis no SUS, ainda quando não disponíveis em seu domicílio. Na hipótese em que os métodos de tratamento no local de residência não forem adequados, será cabível o tratamento fora do domicílio, conforme as normativas do Ministério da Saúde. IV. Dispositivo e tese 8. Recurso extraordinário a que se nega provimento. Tese de julgamento: “1. Testemunhas de Jeová, quando maiores e capazes, têm o direito de recusar procedimento médico que envolva transfusão de sangue, com base na autonomia individual e na liberdade religiosa. 2. Como consequência, em respeito ao direito à vida e à saúde, fazem jus aos procedimentos alternativos disponíveis no Sistema Único de Saúde – SUS, podendo, se necessário, recorrer a tratamento fora de seu domicílio. (STF, 2024a).

O relator, Ministro Barroso, destacou a importância da autonomia privada na tomada de decisões sobre o próprio corpo, reconheceu que o direito de recusa ao tratamento fundamenta-se na dignidade humana e na liberdade religiosa e, ainda, que embora a vida seja um bem jurídico fundamental, sua proteção não pode se sobrepor à autonomia pessoal em situações de recusa informada e consciente.

Os ministros concordaram que: *(i) a recusa ao tratamento por parte do paciente, amparada em sua crença religiosa, não poderia ser desconsiderada pelo Estado. A corte ressaltou que a escolha do paciente deve ser respeitada quando este for maior, capaz e consciente de sua decisão, não podendo ser forçado a aceitar um tratamento que contrarie suas crenças pessoais. Esse entendimento reforçou a relevância das DAVs no ordenamento jurídico brasileiro, conferindo-lhes eficácia e aplicabilidade prática; (ii) havendo procedimento alternativo eficaz dentro da estrutura do SUS, o paciente tem o direito de acessá-lo. Caso esse tratamento não esteja disponível em seu domicílio, o Estado deve arcar com os custos de deslocamento para que o procedimento seja realizado em outra localidade; (iii) Testemunhas de Jeová, quando maiores e capazes, podem recusar procedimentos médicos que envolvam transfusão de sangue, sendo assegurado o*

acesso a métodos alternativos disponíveis no SUS, inclusive com deslocamento para outro município, se necessário e (iv) *há limites à autonomia individual em casos que envolvem menores e incapazes*, poia destacou que a recusa de tratamento só pode ser manifestada pelo próprio indivíduo capaz, não podendo ser imposta a terceiros, especialmente a crianças. Contudo, se houver um tratamento alternativo eficaz, os pais poderão optar por ele em nome dos filhos.

Em decorrência do julgado, o STF fixou a seguinte Tese no tema 952:

1. Testemunhas de Jeová, quando maiores e capazes, têm o direito de recusar procedimento médico que envolva transfusão de sangue, com base na autonomia individual e na liberdade religiosa. 2. Como consequência, em respeito ao direito à vida e à saúde, fazem jus aos procedimentos alternativos disponíveis no Sistema Único de Saúde – SUS, podendo, se necessário, recorrer a tratamento fora de seu domicílio. (STF, 2024c).

Enfim, com esse julgado, o STF reforçou que as DAVs não são apenas instrumentos teóricos, mas sim mecanismos eficazes de manifestação da vontade individual, vinculando médicos e instituições de saúde e que é dever do Estado de respeitar as escolhas das pessoas sem comprometer o direito fundamental à saúde.

5.3 CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DAS DAVs

As DAVs possuem algumas características fundamentais que garantem sua validade e aplicabilidade, *v.g.*:

- *Manifestação antecipada da vontade*: devem ser elaboradas em momento de plena capacidade cognitiva do declarante;
- *Instrumento formal ou informal*: podem ser registradas por meio de *documento público ou particular*, desde que expressas de maneira clara e inequívoca. Sem prejuízo de que as DAVs podem ser informadas, verbalmente, por parentes ou pessoas próximas da pessoa, mas com possibilidade não efetividade ou de judicialização, como no caso do REsp 1.693.718/RJ, acima citado;
- Finalidade existencial e não necessariamente patrimonial, *post mortem*: diferem do testamento tradicional, pois regulam decisões durante a vida do declarante e
- *Revogabilidade e mutabilidade*: podem ser alteradas ou revogadas a qualquer tempo, desde que o declarante mantenha sua capacidade jurídica para tanto.

5.4 AS ESPÉCIES DAS DAVs

Não há na literatura uma terminologia definitiva e única sobre as DAVs, nem sobre as suas espécies nem sobre a sua forma de categorização [como gênero, lato ou stricto sensu, espécies, entre outros], portanto, a construção abaixo decorre de uma tentativa de sintetizar, com certa coerência, espécies de DAVs a partir da leitura disponível³, sem restringi-las unicamente ao testamento vital, que sem sombra de dúvidas é a DAV mais popularizada.

5.4.1 Testamento Vital

O Testamento Vital é uma das formas mais conhecidas das DAVs e refere-se às instruções do declarante sobre quais tratamentos médicos deseja ou não receber caso venha a perder a capacidade de expressar sua vontade. Esse instrumento permite, por exemplo, a recusa de intervenções médicas fúteis que apenas prolongam artificialmente a vida sem perspectiva de recuperação (AFFONSO, 2020). É considerado um direito da personalidade, pois protege a autonomia do paciente em situações de terminalidade da vida. Apesar da ausência de legislação específica, sua validade é reconhecida com base na CF/88 e no Código Civil.

No Brasil, sua aplicabilidade se fortaleceu a partir da edição da Resolução 1.995/2012, do CFM, que dispõe que os médicos devem respeitar as diretivas do paciente, salvo em casos de afronta às normas éticas da profissão. O Testamento Vital deve conter, preferencialmente, orientações detalhadas sobre tratamentos paliativos, reanimação e métodos invasivos, assegurando que a vontade do declarante seja preservada.

Embora garanta a autonomia do paciente, o Testamento Vital não pode prever ações contrárias à lei, como a eutanásia, proibida no Brasil. Além disso, sua aplicação pode ser limitada por normas éticas médicas, como nos casos de recusa a transfusão de sangue por razões religiosas, quando a vida do paciente estiver em risco (Oliveira, 2023, p. 6).

³ Há uma multiplicidade de trabalhos doutrinários, mas este trabalho, para manter uma certa coerência, teve como referência Oliveira (2023).

5.4.2 Mandato Duradouro

O Mandato Duradouro é um instrumento por meio do qual o declarante nomeia um representante legal para tomar decisões em seu nome no caso de incapacidade futura. Diferentemente do Testamento Vital, que contém disposições diretas sobre os tratamentos médicos, o Mandato Duradouro transfere essa responsabilidade a um terceiro de confiança (Oliveira, 2023, p. 9).

Esse modelo é amplamente utilizado em países como França e Portugal, permitindo que o mandatário atue conforme as preferências e valores do declarante. No Brasil, a falta de regulamentação específica levanta debates sobre a extensão dos poderes conferidos ao mandatário, especialmente em relação à recusa de tratamentos e outras decisões médicas de grande impacto.

Esse instrumento é essencial para situações em que a pessoa não consegue prever todos os cenários futuros, permitindo que um procurador avalie o melhor caminho diante das circunstâncias concretas. Ele pode abranger decisões médicas, patrimoniais e até pessoais (Affonso, 2020).

Uma das principais discussões sobre o Mandato Duradouro é se ele poderia conceder poderes amplos ao procurador sem especificar previamente as diretrizes do declarante. Embora alguns doutrinadores defendam essa possibilidade, há um debate sobre os riscos dessa delegação irrestrita (Oliveira, 2023, p. 6).

5.4.3 Procuração para Cuidados de Saúde

A Procuração para Cuidados de Saúde modelo semelhante ao Mandato Duradouro, mas mais restrito. É um instrumento no qual um indivíduo nomeia um representante para tomar decisões médicas em seu nome caso perca a capacidade de se manifestar (Affonso, 2020). Diferentemente do Mandato Duradouro, que pode englobar decisões patrimoniais e gerais, essa procuração se restringe à área da saúde (Oliveira, 2023, p. 6). Nesse caso, o declarante escolhe um procurador específico para deliberar apenas sobre questões médicas e tratamentos. Em alguns casos, ambos os instrumentos podem coexistir, garantindo maior segurança ao declarante. A procuração para cuidados de saúde é essencial para indivíduos que desejam garantir que suas preferências serão

seguidas por alguém de confiança, minimizando conflitos familiares e jurídicos em momentos críticos.

O procurador deve agir conforme os princípios da bioética e da dignidade do paciente, respeitando os limites legais e as diretrizes prévias, caso existam. Ele pode ser responsabilizado caso tome decisões contrárias aos interesses do declarante, especialmente se houver indícios de má-fé ou abuso de poder (Affonso, 2020).

5.4.4 Disposições Vitais Cadavéricas

As Disposições Vitais Cadavéricas dizem respeito às decisões do declarante sobre o que deve ser feito com seu corpo após a morte. Isso pode incluir a doação de órgãos, a escolha pela cremação ou enterro, bem como disposições sobre rituais funerários.

A legislação brasileira admite a manifestação de vontade para doação de órgãos, Lei 9.434/1997 (Brasil, 1997), e algumas normas municipais regulamentam a cremação, exigindo que a vontade do falecido seja previamente registrada. No entanto, a ausência de um banco de dados centralizado sobre essas declarações pode comprometer a sua efetividade.

A efetividade dessas disposições depende da aceitação social e da conformidade com normas locais. Por exemplo, alguns tribunais já aceitaram documentos informais para a autorização de cremação, enquanto outros exigem registro notarial (Oliveira, 2023, p. 15-16)⁴.

5.4.5 Diretivas de Curatela

As Diretivas de Curatela têm por objetivo indicar, antecipadamente, quem será responsável pela curadoria do declarante caso ele venha a ser interditado judicialmente. Esse instrumento permite que a própria pessoa escolha seu curador e as diretrizes da curatela, evitando disputas judiciais futuras e assegurando que seus interesses sejam representados conforme sua vontade.

Embora o Código Civil preveja que a escolha do curador cabe ao juiz, a doutrina defende que a manifestação prévia do interditando deve ser fortemente considerada, pois

⁴ Ver REsp 1.693.718, acima citado (STJ,2019)

reflete sua autonomia existencial. Embora a indicação prévia do curador pelo interditando tenha um peso relevante, a decisão final cabe ao juiz, que pode desconsiderar a vontade do declarante se entender que há risco de abuso ou conflito de interesses (Oliveira, 2023 p. 22). Dessa forma, a Diretiva de Curatela pode se tornar um importante meio de garantir maior previsibilidade na administração dos interesses do declarante (Lôbo, 2024).

5.5 DESAFIOS DAS DAVs

Embora as DAVs tenham recebido crescente aceitação doutrinária e jurisprudencial, ainda há desafios a serem superados no Brasil, a exemplo de:

- **Ausência de regulamentação legislativa:** a inexistência de uma lei federal sobre o tema gera insegurança jurídica e dificuldades na implementação das diretivas;
- **Falta de um registro nacional:** sem um banco de dados acessível para médicos e familiares, muitas DAVs acabam não sendo conhecidas ou respeitadas no momento decisivo (DADALTO, 2022) e
- **Conflitos entre familiares e médicos:** em algumas situações, a resistência de familiares pode criar obstáculos para o cumprimento da vontade do declarante, especialmente em casos de Testamento Vital e Mandato Duradouro (Affonso, 2020).

5.6 ELEMENTOS ESSENCIAIS DAS DAVs NO BRASIL

Para que sejam válidas e eficazes, as DAVs devem atender a elementos essenciais, os quais são apontados a seguir:

5.6.1 Capacidade do declarante

O primeiro requisito fundamental para a validade das DAVs é que o declarante seja capaz e esteja em pleno gozo de suas faculdades mentais no momento da sua elaboração (GODINHO, 2012, p. 962). Como se trata de um ato personalíssimo, a pessoa que manifesta sua vontade deve ser juridicamente capaz, conforme os critérios do Código Civil.

Caso haja dúvida sobre a capacidade do declarante, recomenda-se que a DAV seja firmada diante de um profissional de saúde que ateste sua lucidez e compreensão sobre os efeitos do documento.

5.6.2 Manifestação livre e esclarecida da vontade

A autonomia do paciente é o fundamento central das DAVs, e sua manifestação de vontade deve ser livre, informada e esclarecida. Isso significa que o declarante deve estar plenamente ciente das implicações do documento e de suas consequências.

Para garantir essa condição, no caso de DAVs que envolvam questões de saúde, o aconselhamento médico é altamente recomendado, pois assegura que o paciente compreende os tratamentos que pode recusar ou aceitar. No caso do testamento vital, o Código de Ética Médica impõe a obrigatoriedade de respeito à decisão do paciente, desde que sua manifestação tenha sido expressa de forma inequívoca (Affonso, 2020).

5.6.3 Objeto lícito e determinado

As DAVs devem ter um objeto lícito, ou seja, não podem dispor sobre atos proibidos pelo ordenamento jurídico brasileiro. Isso significa que não podem incluir determinações que impliquem, por exemplo, eutanásia, suicídio assistido ou qualquer prática vedada pela legislação penal brasileira.

Ademais, o conteúdo das DAVs deve ser determinado ou determinável, indicando com clareza, por exemplo, quais tratamentos médicos podem ser recusados ou aceitos. A pessoa pode expressar sua recusa a medidas extraordinárias, como alimentação artificial, ventilação mecânica ou reanimação cardiopulmonar, desde que isso não contrarie normas de saúde pública ou princípios bioéticos aceitos (Godinho, 2012, p. 964) etc.

5.6.4 Forma adequada e registro

Embora não haja exigência legal de uma forma específica para a elaboração das DAVs, a doutrina, inclusive a Resolução CFM 1.995/2012, recomendam que o

documento seja redigido por escrito, preferencialmente com registro em cartório de notas, para garantir maior segurança jurídica (Affonso, 2020).

Existem três formas possíveis de formalização das DAVs no Brasil:

1. *Escrita e assinada pelo declarante*, preferencialmente registrada em cartório;
2. *Escrita e arquivada no prontuário médico*, permitindo fácil acesso por profissionais de saúde e
3. *Declarada verbalmente ao médico e registrada no prontuário*, embora essa forma possa gerar questionamentos sobre sua validade futura (Melo, 2018, p. 270; Ribeiro, 2006, p. 1750; Dworkin, 2019, p. 252 e 263).

Além disso, a doutrina sugere a criação de um Registro Nacional de DAVs, nos moldes dos modelos espanhol e português, que permitem acesso rápido e seguro pelos profissionais de saúde em qualquer unidade hospitalar (Godinho, 2012, p. 974).

5.6.5 Possibilidade de revogação ou modificação

As DAVs são sempre revogáveis e modificáveis a qualquer tempo, desde que o declarante ainda possua capacidade para expressar sua vontade (Affonso, 2020). Isso significa que a pessoa pode alterar suas diretivas sempre que desejar, garantindo que suas decisões reflitam sua atual concepção sobre qualidade de vida e tratamentos médicos desejados etc.

A jurisprudência tem reconhecido que, se houver indícios claros de que a pessoa mudou de opinião após a elaboração da DAVs, mesmo sem formalizar a revogação, essa mudança pode ser levada em consideração judicialmente (Mallet, 2015).

5.6.6 Conflito entre a vontade do declarante e de terceiros

A vontade expressa nas DAVs prevalece sobre qualquer outra manifestação, inclusive sobre os desejos dos familiares. A Resolução CFM 1.995/2012 deixa claro que, caso haja conflito entre a decisão do paciente e a de seus familiares, deve prevalecer a vontade livre e esclarecida que foi antecipadamente manifestada pelo declarante (Godinho, 2012, p. 961).

Um cenário possível em que a DAV pode ser relativizada ocorre, por exemplo, quando suas disposições estiverem em desacordo com as normas médicas ou com a bioética, como nos casos em que o paciente recusa tratamentos cuja negativa possa levar a um sofrimento desproporcional (Mallet, 2015).

5.6.7 Os notários e as DAVs

A inexistência de legislação específica sobre DAVs no Brasil traz dificuldades quanto efetividade dessas, mas gera desafios que podem ser mitigados com o auxílio dos notários. Os profissionais notariais desempenham um papel fundamental na formalização, segurança jurídica e publicidade dos negócios jurídicos no Brasil, conforme art. 1º, da Lei 6.015/1973 (Brasil, 1973). Quanto às DAVs o contributo desses profissionais visa, para além de garantir que a manifestação de vontade do declarante seja respeitada e juridicamente válida (Chossani, 2015):

5.6.7.1 Garantir autenticidade e segurança jurídica

Posto que a formalização das DAVs em cartório confere maior credibilidade ao documento, pois a presença do notário:

- *Verifica a capacidade civil* do declarante no momento da assinatura;
- *Assegura* que a manifestação de vontade seja livre e esclarecida e
- *Evita fraudes e falsificações*, garantindo que o documento reflita verdadeiramente a vontade do interessado.

Além disso, as escrituras públicas gozam de fé pública, ou seja, são documentos com presunção de veracidade e autenticidade, salvo prova em contrário.

5.6.7.2 Prevenir conflitos judiciais

A formalização em cartório, deixa registrado o que a pessoa deseja, minimizando disputas entre familiares e, por exemplo, entre esses e médicos, pois confere clareza sobre as vontades do declarante. O registro notarial pode evitar litígios ao estabelecer, de maneira inequívoca, as decisões previamente determinadas pela pessoa.

5.6.7.3 Facilitar o acesso às DAVs

Uma das dificuldades práticas das DAVs no Brasil é a ausência de um banco de dados centralizado, a exemplo da Espanha e Portugal. O uso da Central Notarial de Serviços Eletrônicos Compartilhados (CENSEC) pode contribuir para melhorar a acessibilidade desses documentos por profissionais de saúde no momento necessário (Chossani, 2015).

5.7 AS DAVs E AS OPORTUNIDADES E DESAFIOS PARA OS CARTÓRIOS NO REGISTRO

A crescente conscientização sobre o direito à autonomia na terminalidade da vida e a busca por segurança jurídica tornam as DAVs um campo em expansão para a atividade notarial (Oliveira, 2018), mas, também, traz desafios a esses profissionais.

Como oportunidades, pode-se citar, por exemplo: *(i)* expansão do serviço notarial: os cartórios podem se consolidar como centros especializados na formalização das DAVs, oferecendo assessoria jurídica e garantindo que os documentos sejam produzidos conforme os requisitos legais e bioéticos (Chossani, 2015), garantindo-lhes autenticidade, segurança e eficácia, *(ii)* digitalização e acesso eletrônico: a digitalização dos serviços notariais permite maior acessibilidade e segurança no armazenamento das DAVs. Com a implementação de sistemas eletrônicos para o registro e consulta desses documentos, os cartórios podem ampliar sua relevância e eficiência (Oliveira, 2018) e *(iii)* maior conscientização e demanda: com o envelhecimento da população e o aumento da demanda por direitos relacionados à dignidade na terminalidade da vida, espera-se uma maior procura pelo registro notarial das DAVs (Dadalto, 2022).

Mas, apesar das oportunidades, há desafios enfrentados pelos notários, a exemplo da: *(i)* insegurança jurídica pela ausência de lei específica: diferentemente de outros países que possuem legislação clara sobre DAVs, no Brasil, as diretivas, atualmente, não possuem lei a tratar sobre a questão. Tem-se, quanto ao testamento vital, especificamente, apenas normativas médicas. Isso gera dúvidas sobre a validade legal do documento em determinadas situações, *v.g.* quando há conflitos com familiares ou médicos (Affonso, 2020), *(ii)* resistência e desconhecimento por parte da população: muitas pessoas

desconhecem o conceito de DAVs e sua importância. Além disso, há receio de que as diretivas possam ser ignoradas no momento da sua aplicação. Os notários podem ter um papel educativo, promovendo campanhas de esclarecimento sobre a utilidade e os benefícios das DAVs e (iii) falta de integração com o sistema de saúde: a ausência de um sistema nacional unificado para o acesso às DAVs faz com que médicos e hospitais nem sempre tenham conhecimento da existência desses documentos. O desenvolvimento de parcerias entre cartórios e unidades de saúde poderia solucionar esse problema (Teobaldo; Leite, 2015, p. 174).

Com uma regulamentação mais clara (lei específica) e boas práticas notariais, as DAVs poderão se consolidar como um instrumento eficaz de garantia da dignidade da pessoa humana e da autonomia individual.

6 CONCLUSÃO

Ao longo do presente estudo, verificou-se que o cerne das Diretivas Antecipadas de Vontade [DAVs] está intrinsecamente vinculado à dignidade da pessoa humana e ao princípio constitucional da autonomia privada. Partindo das reflexões filosóficas e históricas acerca do valor da vida e do direito de escolher como e quando encerrar a própria trajetória, constatou-se que o ordenamento jurídico brasileiro, embora reconheça indiretamente esses instrumentos por meio de dispositivos constitucionais e infra legais, ainda carece de legislação específica que lhes confira segurança mais ampla e isenta de controvérsias.

A análise comparada com outros ordenamentos [v.g., Inglaterra, Espanha, Portugal e Alemanha] revelou que a positivação das DAVs, geralmente por lei própria e acompanhada de registros nacionais, confere maior efetividade e reduz conflitos práticos em ambiente hospitalar. Ainda que as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) tenham representado progresso no debate, a insegurança jurídica permanece, pois tais normas vinculam primariamente os profissionais de saúde, e não a coletividade em geral. Somado a isso, a jurisprudência nacional tem se manifestado pontualmente em favor do respeito à autonomia do paciente, mas a ausência de um arcabouço legislativo completo gera interpretações divergentes, sobretudo nos casos em que há oposição familiar ou pressões religiosas.

Nesse percurso, ficou patente que as DAVs constituem um robusto instrumento de autodeterminação, pois permitem ao sujeito, em pleno gozo de sua capacidade, antecipar disposições acerca de tratamentos médicos, cuidados paliativos e outras medidas relativas a sua esfera existencial, evitando o prolongamento artificial e desproporcional da vida. Contudo, a efetividade das DAVs pressupõe que os profissionais de saúde e os operadores do Direito recebam clara e uniforme orientação, de modo a reduzir divergências interpretativas e a assegurar segurança tanto para o paciente quanto para a equipe médica. Por isso, a promulgação de lei ordinária que regule expressamente as DAVs surge como passo imperativo para harmonizar preceitos constitucionais, prerrogativas bioéticas e práticas clínicas.

Conclui-se, desse modo, que a consolidação das DAVs no ordenamento brasileiro, sob a lente do direito fundamental à dignidade e da autonomia privada, não configura mera abstração teórica. Ao contrário, implica a realização concreta do postulado de que viver em plenitude também compreende a faculdade de escolher as condições em que a vida se encerra. A harmonização entre liberdade individual, preservação da vida, convicções religiosas e deveres estatais exige, pois, uma abordagem normativa precisa, a fim de evitar que a última manifestação de vontade seja submetida a incertezas jurídicas ou a imperativos de terceiros. Assim, a pesquisa reforça o anseio por mecanismos legais claros, que viabilizem o exercício pleno do direito de viver (e de morrer) com dignidade, em consonância com a evolução social, médica e constitucional brasileira.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, Filipe José Medon. Diretivas antecipadas de vontade no Brasil: aspectos relevantes sobre a validade e a efetividade. In: **Anais do I Encontro Nacional de Biodireito: biotecnologia e relações familiares**. São Paulo: Blucher, 2020.

BRASIL. **Conselho Federal de Medicina - CFM. Resolução 1.805/2006**. 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. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 11 fev. 2025.

BRASIL. **Conselho Federal de Medicina - CFM. Resolução 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 11 fev. 2025.

BRASIL. **Conselho Federal de Medicina - CFM. Resolução 2.32/2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2019/2233_2019.pdf. Acesso em: 11 fev. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 05 de outubro de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 08 jan. 2025.

BRASIL. **Código Civil Brasileiro de 2002. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 10 dez. 2024.

BRASIL. **Lei 3.268, 30 de setembro de 1957**. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/13268.htm. Acesso em: 11 fev. 2025.

BRASIL. **Lei 6.015/1973**. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16015compilada.htm. Acesso em: 28 fev. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça - STJ. **REsp 1.693.718**. Relator Marco Aurélio Bellizze. Julgado em 26/03/2019. Publicação DJe 04/04/2019. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201702096423&dt_publicacao=04/04/2019. Acesso em: 14 fev. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal - STF. **AgR no MI 6.825**. Relator Ministro Esdson Fachin. Julgado em 11/04/2019. Publicação DJe 27/05/2019. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=749934134>. Acesso em: 18 jan. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal - STF. **RE 979.742**. Relator Ministro Luís Roberto Barroso. Julgado em 25/09/2024. Publicação DJe 26/11/2024. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=782473076>. Acesso em: 05 fev. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal - STF. **RE 1.212.272**. Relator Gilmar Mendes. Julgado em 25/09/2024. Publicação DJe 26/11/2024. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=782473186>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal - STF. **Tema 952**. Relator Ministro Luís Roberto Barroso. Julgado em 25/09/2024. Publicação DJe 26/11/2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=5006128&numeroProcesso=979742&classeProcesso=RE&numeroTema=952>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal - STF. **Tema 1.069**. Relator Gilmar Mendes. Julgado em 25/09/2024. Publicação DJe 26/11/2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=5703626&numeroProcesso=1212272&classeProcesso=RE&numeroTema=1069>. Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo - TJSP. **AC 1000105-93.2021.8.26.0625**. Relator Desembargadora Mary Grün. Julgado em 10/04/2019. Publicação DJ 13/08/2024. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=18211249&cdForo=0>. Acesso em: 11 fev. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul - TJRS: **AC 70042509562**. Relator Desembargador Armínio José Abreu Lima da Rosa. Julgado em 01/06/2011. Publicação DJ 02/06/2011. Disponível em: <https://www1.tjrs.jus.br/buscas/proc.html?tb=proc>. Acesso em: 11 fev. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul - BRASIL. **TJRS: AC 23453-79.2013.8.21.7000**. Relator Desembargador Irineu Mariani. Julgado em 20/11/2013. Publicação DJ 21/11/20213. Disponível em: <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/113430626/apelacao-civel-ac-70054988266-rs?ref=serp>. Acesso em: 11 fev. 2025.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da Primeira Região - TRF1. SJDF. **ACP 2007.34.00.014809-3**. Relator Eduardo Santos da Rocha Penteado. Julgado em 01/12/2010. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/se/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2025.

CHOSSANI, Frank Wendel. **O notário e o testamento vital**. 2015. Disponível em: <https://www.notariado.org.br/blog/notarial/o-notario-e-o-testamento-vital>. Acesso em: 28 fev. 2025.

DADALTO, Luciana. História do Testamento Vital: entendendo o passado e refletindo sobre o presente. **Mirabilia Medicinæ**, n. 4, 2015. Disponível em:

<https://www.revistamirabilia.com/sites/default/files/medicinae/pdfs/med2015-01-03.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2025.

DADALTO, Luciana. Reflexos da Resolução CFM 1.995/12. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 106-112, 2013.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital (recurso eletrônico)**. 6. ed. Indaiatuba: Editora Foco, 2022.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2019.

EMANUEL, Ezekiel J.; EMANUEL, Linda L. Living wills: past, present, and future. **The Journal of Clinical Ethics**, Hagerstown, v. 1, n. 1, p. 1-19, 1990.

GODINHO, Adriano Marteleto. Diretivas antecipadas de vontade: testamento viral, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento jurídico brasileiro. **RIDB**, a. 1, n. 2, p. 945-978, 2012.

LÔBO, Paulo. **Representação continuada para proteção futura e testamento vital**. 2024. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2024-ago-23/representacao-continuada-para-protecao-futura-e-testamento-vital/>. Acesso em: 28 fev. 2025.

MALLET, Miguel Tabbal. **Testamento Vital**. 2015. Disponível em: http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2015_2/miguel_mallet.pdf. Acesso em: 08 fev. 2025.

MELO, Vivianne Rodrigues de. Diretivas antecipadas de vontade: construção de bases dogmáticas e jurídicas. **Revista de Direito**, v. 10, n. 1, p. 251-279, 2018.

OLIVEIRA, Carlos E. Elias de. Diretiva Antecipada de Vontade Lato Sensu: o que deve acontecer com a vida, o corpo e o patrimônio no caso de perda de lucidez ou de morte? Brasília: **Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado**, ago. 2023. (Texto para Discussão n. 320). Disponível em: <www.senado.leg.br/estudos>. Acesso em: 09 fev. 2025.

OLIVEIRA, Gabriela de. **Testamento vital em face do ordenamento jurídico brasileiro**. 2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/testamento-vital-em-face-do-ordenamento-juridico-brasileiro/586813712>. Acesso em: 11 fev. 2025.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente**. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1749-1754, ago. 2006.

TOLEDO, Inês Lopes de Abreu Mendes; SANTOS, Roberta Gonçalves Leite dos. As diretrizes antecipadas da vida como forma de bioética na garantia da dignidade da pessoa humana. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**. XXIX Congresso Nacional, v. 8, n. 2, p. 41-60, jul./dez. 2022.

VAZ, Henrique C. de Lima. **Antropologia filosófica**. Vol. I. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2006.