

DIREITO À VIDA, QUALIDADE DE VIDA, AUTONOMIA PRIVADA E TESTAMENTO VITAL

Rachel Sztajn¹

Milton Barossi Filho²

I – INTRODUÇÃO



Autonomia privada, faculdade para dispor sobre os próprios interesses, diferente da antiga autonomia da vontade, tem limites legalmente predispostos. Normas cogentes, interesse público, por exemplo, ficam fora da esfera de exercício daquela faculdade. Destarte, como o título proposto evidencia, a pretensão deste texto é discutir se pessoas, maiores e capazes, podem decidir se e quando prolongar a vida sem qualidade e quando se justifica preferir o desfecho final, certo, da existência que é a morte.

A discussão tem como prioridade enfrentar um dilema que é o direito à vida em oposição ao direito à morte tendo como foco pessoas acometidas de moléstias incuráveis, ou seja, sem terapêutica(s) que debele(m) a(s) patologia(s), em que a condição de saúde piora continuamente. Não se trata de discutir casos de portadores de doenças crônicas, mas que dado o estágio do conhecimento, podem ser tratados e preservar a qualidade de vida.

Focando o tratamento de pacientes terminais, indaga-se se, e por quanto tempo devem ser mantidos vivos, em situação

¹ Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo.

² Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

que, muitas vezes, impõe constrangimento, a par de elevados custos, no que se convencionou denominar tratamentos fúteis ou se deve-se acatar o que, antecipadamente, dispuseram sobre o bem “vida”, personalíssimo e intransferível e, para tanto, ocorrendo tal situação fática, terem optado por “antecipar” a morte, sem agonia e dor.

Trata-se, pois, de analisar os limites para o exercício da autonomia privada quando o bem em questão é a vida que, segundo norma constitucional, é direito de todos. Mas o legislador constituinte não especifica se se trata de direito disponível, ou não. Tanto é que, nada obstante tal dispositivo legal, o Supremo Tribunal Federal entendeu que aborto de fetos anencéfalos não deve ser criminalizado, assim como não se penaliza a remoção de órgãos de pessoas com morte cerebral – nada obstante conservem as funções vitais –apressando a morte física.

II – O TESTAMENTO VITAL NO DIREITO E SUA FUNÇÃO

Tanto no caso dos fetos anencéfalos, quanto nas circunstâncias de remoção de órgãos de pessoas com morte cerebral declarada, a ciência demonstrou que o órgão que comanda o corpo humano, suas funções vitais, é o cérebro, não como se supunha, antigamente, que apenas a parada cardíaca deveria ser entendida como fim da vida. Também, nesses exemplos, leva-se em conta tanto o futuro do feto anencéfalo, quanto a possibilidade de utilizar os órgãos de quem teve morte cerebral reconhecida, para transplantes que salvem ou, no mínimo, melhorem a qualidade de vida de outras pessoas.

No caso de anencéfalos a ciência constata que o lapso temporal em que o recém-nascido sobrevive ao parto, mantém as funções vitais, é reduzido. No caso de morte cerebral, similar à anencefalia, dado o benefício gerado pelo transplante de órgãos a pessoas que deles necessitam, reconhece-se que a situação é de óbito, o que resulta em relação custo-benefício positiva.

Os órgãos removidos, utilizados em transplantes, melhorarão a qualidade de vida de outra(s) pessoa(s).

Nos dois casos há incorporação do reconhecimento da verdade científica – as pessoas não teriam sobrevida longa. Outro fato do mundo real é o sofrimento, por vezes agudo, causado por problemas de saúde, o que requer o uso de potentes analgésicos que, sabe-se, tendem a reduzir as funções vitais.

Diante dos avanços científicos, mesmo os mais otimistas, devem ter presente a incerteza quanto a descobertas para a cura de certas patologias. Demais disso sabe-se que o mesmo avanço do conhecimento leva a diagnósticos de outras patologias sem que se disponha de tratamentos eficazes. Em face disso é que se põe a questão sobre dispor quanto à preservação da vida se e quando, em momento futuro, a pessoa se vir sujeita a uma dessas situações sem, na ocasião, estarem capacitadas de se manifestar sobre manter-se as funções vitais à custa de acerbo sofrimento. A isto presta-se o testamento vital.

Testamento, no Direito, é instituto em que se declara a vontade relativa à destinação de bens de um titular – respeitada a parcela indisponível por força de previsão legal ou decisão judicial. Aplica-se, de regra, a direitos patrimoniais disponíveis. Ao acrescentar o termo vital ao instituto testamento, confere-se às pessoas, maiores e capazes, poder para dispor da manutenção da vida em condições pouco ou nada dignas e humanas, inobstante esse bem, a vida, não ter natureza patrimonial.

No Brasil o suicídio não configura crime, logo de admitir-se sejam previstas instruções relacionadas à recusa de tratamentos fúteis, na linha do que a bioética prevê quanto à recusa de procedimentos médico/terapêuticos, se o paciente estiver devidamente informado dos efeitos que sua decisão lhe imporá.

III – QUALIDADE DE VIDA: BEM PERSONALÍSSIMO E DISPONÍVEL

Outra leitura que se coloca ao problema ainda em se de testamento vital é a qualidade de vida, bem personalíssimo e disponível. Se a pessoa recusa tratamento(s), e, com isso compromete sua qualidade de vida, o reverso é possível no pleno gozo de suas faculdades mentais, pois predispõe-se a antecipar a morte quando a sua qualidade de vida desaparecer.

O que se prevê no testamento vital é que, se no estado da arte a medicina não dispuser de medicamentos ou procedimentos curativos que possam restabelecer a qualidade de vida, a opção escolhida é a antecipação da morte e, enfatize-se, sem sofrimento. Tal decisão deve ser respeitada pelos familiares. O profissional de saúde, contudo, dada sua autonomia, pode desrespeitar o testamento vital se ferir a ética médica ou contrariar seu credo religioso, casos em que deve solicitar que o paciente seja cuidado por outro profissional.

Não há, no direito positivo brasileiro, diversamente de outros ordenamentos, previsão legal sobre esse instrumento. Não se questiona que as pessoas tenham direito à morte digna, isto é, sem prolongamento artificial da vida, não as sujeitando a terapêuticas ineficazes no plano curativo, ou que gerem benefícios marginais irrisórios. Tampouco, admitir o testamento vital como expressão do exercício da autonomia privada significa ignorar o disposto no artigo 5º, *caput*, da Constituição da República, de 1988, cláusula pétreia. Médicos são formados para salvar, preservar vidas, portanto independentemente do texto constitucional, consideram que têm a missão de auxiliar as pessoas a recuperarem sua qualidade de vida ou de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida significa o mais completo bem-estar físico, mental e social, valores personalíssimos. De outra forma, a pessoa sentir que, dadas as circunstâncias e limitações, consegue alcançar o máximo de bem estar individual. Nesse quadro estariam incluídas as expectativas e preocupações futuras.

Esse enquadramento leva a indagar se paciente,

incurável, em fase terminal, deve ser mantido vivo nada obstante suas funções vitais sejam precárias. Talvez se encontre resposta em BECKER et al (2007)³. Os autores afirmam que análise sistemática e racional de incentivos relacionados a cuidados no final da vida, indicam que não há como valorar esse bem, mas que os custos de oportunidade das despesas com tratamentos fúteis, incluindo a esperança de inovações, levando em conta o que se deu com a AIDS, são, ainda assim bastante elevados.

Supondo-se se considere esses custos como “investimento”, dado que o total de recursos destinados a cuidados com a saúde são escassos, a alocação é ineficiente e pode prejudicar terceiros. Gastos excessivos impactam a distribuição geral das despesas com saúde. Ademais, não se pode descuidar de que, mesmo de maneira não intencional, o prolongamento da vida em situações irreversíveis, por meio de tratamentos fúteis e evasivos, pode caracterizar forma de enriquecimento sem causa, principalmente em situações que os custos de cobertura desses procedimentos sejam sobremaneira privados.

Dado que expectativa de cura é baixa, remota, e que evento morte é bastante concreto, o dilema sobre o valor da vida sem qualidade, muitas vezes de forma vegetativa, leva a admitir o exercício da autonomia privada para dispor sobre a própria vida e, portanto, não criminalizar a ortotanásia¹. O que se questiona no caso do testamento vital é se, aceito socialmente em situações nas quais é inviável garantir qualidade de vida, a decisão de escolher antecipar a morte, contando para isso com a “colaboração” de profissional da saúde é legítima e, portanto, deverá ser respeitada, o que se dá em número crescente de países.

À falta de testamento vital formal, podem os familiares por solicitar ao profissional da saúde que acelere o desfecho morte, substituindo-se à pessoa em coma? Podem informar que

³ BECKER, G., MURPHY, K. e PHILOPSON, T. The value of life near its end. *National Bureau of Economic Research Working Paper # 13333*. Cambridge, MA: NBER, 2007.

sabem que tal seria a decisão se a pessoa pudesse se manifestar? Haveria estímulo a algum egoísmo em face da dificuldade de conviverem, impotentes, com o sofrimento da pessoa?

Em interpretação estreita o direito à vida implica a inexistência, no Brasil, da pena de morte para o autor do delito independente da sua gravidade, dos resultados impostos à(s) vítima(s). Comparando direito à vida de quem seja assassinado e o do criminoso, subentende-se que uma vez que a morte, evento futuro e certo, ocorreu, preserva-se a vida de quem foi responsável pela sua antecipação.

IV – QUALIDADE DE VIDA: AS FUNÇÕES DO DIREITO

COOTER & DEPIANTO⁴ afirmam que os riscos de morte acidental resultante de escolhas individuais são analisados da perspectiva da relação custo-benefício, comparando comportamentos individuais e as comunidades sob a ótica da precaução que, aplicados ao bem “saúde”, sugerem se busque equilíbrio entre os custos de precaução e a redução de riscos de danos. Acentuam que quando o resultado da ação for a morte os valores atribuídos às decisões individuais e sociais são distintos.

Apontam, ainda, que, no concernente à vida, tem-se práticas de tribos indígenas em que a pessoa doente prefere morrer a tornar-se um fardo para a família e/ou demais membros da tribo, assim como entre esquimós que se afastam da comunidade para não ser peso sobre os demais. Para essas populações as normas sociais priorizam o grupo sobre o indivíduo, possivelmente porque, rompidos os vínculos grupais a sobrevivência do grupo estaria ameaçada.

Outras práticas são as precaucionárias, como, por exemplo, campanhas de vacinação, determinação do uso de cintos de segurança e capacetes para motociclistas e ciclistas, a par de

⁴ COOTER, Robert D. & DEPIANTO, David E. Community versus market value of life. *William & Mary Law Review*, vol. 57 (3), p. 713-773, 2016.

investimentos em saneamento básico. Tais medidas visam a mitigar riscos de resultados adversos, servindo para preservar a qualidade de vida em caso de acidentes.

O prolongamento da vida de paciente terminal sob a óptica da qualidade de vida, é subjetivo, podendo ser tratado como função utilidade. Supondo que os recursos investidos sejam do paciente/familiares, ainda convém avaliar se não há redução de leitos/equipamentos que poderiam ser utilizados de forma mais eficiente por outras pessoas.

COOTER & DEPIANTO (2016) avaliam os riscos de danos oriundos de ações de terceiros com foco na responsabilidade civil (*tort*), e concluem que a precaução pode ser utilizada como medida do valor da vida e que o alinhamento entre padrões de cuidados preventivos e danos, sinaliza-se aos potenciais infratores, pelo valor das indenizações, que pode ser significativo, como instrumento inibidor de ações indesejáveis. Função promocional do Direito, sem dúvida.

Qualidade de vida associada à longevidade amplifica o valor da vida o que não se dá com pacientes terminais que tenderão a valorizar o período anterior e, até mesmo, arrepender-se de não tê-la aproveitado mais. A discussão quanto aos valores sociais e a vida humana permite avançar para o tema central do texto, a autonomia privada e a legalidade/validade do testamento vital, chamando a atenção para esse instrumento (ou instituição social) de forma que operadores do Direito e profissionais da Medicina, respeitem as determinações de terceiros.

Resistências à autodeterminação individual no uso da faculdade de dispor sobre a própria existência, ou, de outra forma, do direito de morrer com dignidade, com menos sofrimento, precisam ser enfrentadas. O realinhamento entre Direito e Medicina, ou ciências da vida, deve ter presente a individualidade das pessoas e os interesses das comunidades. Em suma, parece que, inexistindo proibição expressa ao testamento vital, o respeito à autonomia privada induz que o aceite e respeite.

Emerge, assim, desse exercício da autonomia privada outro aspecto: um eventual choque de princípios entre o paciente/familiares e o profissional de saúde responsável pelos cuidados cuja formação é voltada para salvar/preservar vidas. A questão passa pela ética médica, sem dúvida, mas também abrange o respeito a valores religiosos do profissional de saúde. Praticar a ortotanásia⁵ ou recusar-se a fazê-lo é decisão individual e soberana do profissional da saúde, ficando a salvo de procedimento penal ou civil.

A alocação eficiente de recursos escassos não valida sejam empregados em tratamentos fúteis, pois mesmo a solidariedade social passa pelo crivo da preservação do máximo de vidas com qualidade possível. O embate entre diferentes esferas, a privada e a pública, expõe o dilema referente ao direito à vida e seu reverso, o poder de disposição individual da própria vida. Pode o Estado impedir que a pessoa escolha morrer sem dor, especialmente quando há perda substancial da qualidade de vida? Por que impor que a pessoa que não quer sofrer inutilmente, se ou quando não houver perspectiva de cura, pretender-se que não tenha direito de se manifestar no sentido de preservar sua dignidade? Se desestimular a prática de medicina defensiva e seus custos é importante função do ordenamento jurídico, negar a observância de testamento vital resulta em alocação negativa de recursos escassos.

A propósito do respeito à autodeterminação, aponta-se decisão judicial que interdita jovem de 22 anos de idade que, com problemas renais incuráveis, se recusa a fazer hemodiálise⁶.

⁵ A Ortotanásia visa evitar manter o paciente em fase terminal mediante analgesia, com a conseqüente redução das funções vitais. Isto não fere o disposto no artigo 5º, *caput*, da Constituição da República de 1988, uma vez que se respeita a vontade expressamente declarada da pessoa.

⁶ Decisão do Juiz Éder Jorge da 2ª. Vara Cível de Trindade, Goiás. Na decisão, o juiz nomeou a mãe do rapaz, Edina Maria Alves Borges, de 55 anos, sua curadora "para que adote as providências necessárias para o cumprimento das prescrições médicas e cuidados com a saúde". Também recomendou que o rapaz passe por acompanhamento psicoterapêutico. Disponível em: <http://>

A mãe, preocupada com a manutenção da vida do filho, ainda que sem qualidade e sem prognóstico de cura, foi a autora do pedido impondo-se ao rapaz, interditado, compulsoriamente, submeter-se à terapêutica, hemodiálise, ainda que, ao menos no estado atual do conhecimento, não haja previsão de cura.

A intervenção materna, que não deveria ter prosperado, viola o direito à autodeterminação da pessoa maior e capaz. Trata-se de egoísmo da mãe que prefere o filho vivo, ainda que sua qualidade de vida seja baixa ou, efetivamente, o jovem tem problemas psíquicos sendo, pois incompetente para se autode-terminar? A inviolabilidade do direito à vida abrangeria a importância da qualidade de vida, valor umbilicalmente ligado à dignidade humana?

Médicos entendem que a falta de qualidade de vida é doença e que isto é, muitas vezes, não passível de cura. Onde há justiça em se manter viva uma pessoa se não há perspectiva de cura? Por que não admitir que as pessoas, maiores e capazes possam dispor, antecipadamente, sobre sua preferencia quanto à morte?

A partir da premissa de que pessoas valorizam a vida, há que considerar se isto se restringe à vida com qualidade ou se se aplica a qualquer espécie de vida. Por que entre os esquimós a regra é que pessoas que não podem mais contribuir para o bem estar do grupo se afastam? A resposta, com certeza, é que não devem sobrecarregar a comunidade. Entre tribos indígenas há regras similares, o que denota que perda irreversível da qualidade de vida é, sim, elemento relevante na tomada de decisão. Talvez se trate de forma especial de solidariedade.

Como o evento morte é certo, apenas não se sabe quando e como, a decisão individual de cada pessoa capaz deriva da análise de múltiplos fatores, entre os quais, nas sociedades

modernas: avanços do conhecimento e da medicina, que podem retardar o evento morte a que se adicionam os elevados custos derivados da alocação ineficiente de recursos escassos, além da perspectiva, mesmo que inconsciente de se permitir enriquecimento sem causa. Assim, a escolha da prioridade entre social e individual, deve respeitar decisão do paciente competente quanto a livremente determinar o que para si entenda como melhor.

Problemas associados a cuidados com a saúde, o artigo 196 do texto constitucional, ao dispor sobre direito à saúde, induz-nos a considerar que existe solução curativa após diagnóstico da patologia. Essa interpretação está em descompasso com discussões bioéticas que entendem que saúde não é simples ausência de doença, mas, dados os avanços do conhecimento, melhor compreensão do ser humano, é entendida como qualidade de vida, ligando bem-estar físico e emocional.

Diferentemente de outros bens e serviços, em relação à saúde, o resultado do tratamento é incerto. A obrigação dos profissionais de saúde é um fazer de meios e não de resultados, mas como cada pessoa pode reagir diferentemente a medicamentos/procedimentos, a questão é, ainda, mais problemática nada obstante todos os cuidados adotados pelos profissionais de saúde, testes populacionais e recomendações.

Isto, por óbvio, não significa que incentivos/precauções, devam ou possam ser afastados da discussão, mas leva à ampliação dos limites do que sejam cuidados com a saúde, e abre espaço para separar o coletivo do individual, especialmente quanto à tomada de decisões envolvendo saúde/qualidade de vida. Os riscos de adoecer são reais, mesmo com a adoção de cuidados preventivos e não se pode contar com garantia de superação da moléstia.

O artigo 196 acima mencionado atribui ao Estado o dever de prover cuidados se e quando a pessoa adoecer. A universalização de tal dever incentiva o *moral hazard*, isto é,

comportamentos individuais em que há pouca ou nenhuma prevenção dado que o ônus econômico-financeiro do evento doença recairá sobre o Estado/comunidade, na grande maioria dos casos.

Ainda quando racional, nem sempre o ser humano age de forma objetiva. Por vezes deixa em segundo plano os efeitos adversos ou as sequelas causadas pela doença. O pressuposto usual, que as pessoas serão cuidadosas com sua saúde e bem-estar, que egoistamente priorizam na ordem de escolhas racionais, nem sempre é correto.

A generosidade do legislador constituinte de 1988, sem estabelecer teto para os gastos com saúde, e o desaparecimento do seguro saúde até então ofertado no país após 1998, sem atentar para questões atuariais, tem como resultado a crescente litigiosidade da saúde no Brasil, pois cabe ao Estado o dever de prover atendimento aos cidadãos, individualmente e sem qualquer limite seja de infraestrutura hospitalar, farmácia, profissionais da saúde, para toda e qualquer patologia.

Evidente que as demandas podem ser infinitas mas os recursos físicos e humanos são limitados. Haverá algum critério de seleção no atendimento? Ordem de chegada, possibilidade ou não de cura, como organizar a fila? E diante da inexistência de perspectiva, dado o estado da arte, o conhecimento, as tecnologias e drogas para levar ao resultado cura, o que fazer? Qual o critério decisório a ser privilegiado?

Supondo que a regulação do mercado de saúde deveria voltar-se para a qualidade dos serviços diante da crescente demanda, o que se constata é que a estrutura existente é insuficiente, tanto a estatal quanto a privada para quem não tem recursos para arcar com os crescentes custos dos serviços de saúde, custos esses que se avolumam quando se recorre a cuidados paliativos. Escassez de recursos e demanda crescente, sem considerar o *moral hazard* muitas vezes validado pelo judiciário, o testamento vital pode ser considerado alternativa que, ao mesmo tempo,

preserva a dignidade humana, o direito de morrer sem sofrimento e sem ser submetido a tratamentos fúteis, reduz os custos sociais abrindo espaço para que mais pessoas sejam atendidas.

Como expressão da vontade individual de pessoa maior e capaz, a declaração tem legitimidade mesmo que não expressamente prevista em lei? Podemos dispor sobre nossa própria vida? Resposta negativa teria que ter como consequência a punição de suicídio ou sua tentativa, o que não está previsto no Código Penal. A resposta positiva permitiria acatar desejos antecipados de pessoas que, devidamente informadas sobre tratamentos fúteis, preferam a eles não se submeter.

Isto, em certa medida, reduziria o ônus de internações hospitalares quando a manutenção da “vida” com qualidade e não paliativa, é impossível. Por isso cuidados paliativos visam a reduzir o sofrimento, a dor, recorrendo à sedação conquanto se saiba que esse procedimento reduz as funções vitais. A relação profissional da saúde-paciente/familiares, deve estar baseada na confiança e no respeito às respectivas esferas jurídicas. Outro problema está, com certeza, na assimetria informacional que, nessa relação é, de regra, abissal.

Assim, mesmo em face de testamento vital, a relevância das informações prestadas a pacientes e familiares sobre terapêuticas, efeitos colaterais, tratamentos alternativos e resultados possíveis, deve ser absoluta. O direito à saúde pressupõe a possibilidade de cura; adoecer é evento imprevisível, incerto, futuro e não sabido, desde que sejam adotadas certas precauções.

Logo, associar saúde e qualidade de vida/bem-estar traz à luz a relevância de decisões individuais visto que os valores envolvidos são personalíssimos, variam de pessoa para pessoa. Se a escolha for não sujeitar-se a tratamentos fúteis, e isto for comunicado aos profissionais de saúde, ou estiver disposto em testamento vital, particularmente quando o paciente não for mais capaz, não estiver na posse plena de suas faculdades mentais, o respeito à vontade pregressa deve ser absoluto, sem

interpretações enviesadas por valores e critérios de terceiros. No extremo, o testamento vital é a mais importante manifestação, o exercício principal, da autonomia privada.

Por outro lado, ao atribuir ao Estado providenciar, disponibilizar, tratamentos que possibilitem a recuperação de enfermos, não se considerou a impossibilidade de recuperação, de terapêuticas curativas, gerando efeitos de segunda ordem ou externalidades negativas que, resultante do direito à saúde, impactam terceiros, pessoas que poderiam ser curadas mas não têm acesso aos serviços de saúde, ou aumento substancial das mensalidades cobradas pelos planos de saúde.

Em que medida normas sociais podem estimular as pessoas a se precaverem e, em alguma medida, disporem sobre o final de suas vidas quando faltarem instrumentos/medicamentos que possam levar à cura? Priorizar a pessoa deixando em segundo plano a comunidade, envidando esforços inúteis para tentar manter a vida de paciente terminal em instituições hospitalares públicas ou onera o setor e as externalidades negativas ou efeitos de segunda ordem redundam em privar outras pessoas de cuidados que, prestados tardiamente, gerarão perda de qualidade de vida.

V – CONCLUSÕES

Evidente que os custos sociais resultantes do desrespeito a um desejo da pessoa, devidamente declarado e informado ao(s) profissional(ais) de saúde, instituições hospitalares e familiares, que leve a decisões judiciais contrárias, são sobremaneira elevados e indesejáveis. De forma pragmática, por que uma vida vale mais do que outra(s)?

Porque a vontade do paciente parece menos relevante do que o dever do Estado de prover cuidados de saúde, o que se reputa prestação obrigatória sem considerar a realidade fática. Cabe ainda aqui menção à medicina defensiva. O temor de serem

sujeitos passivos de procedimentos indenitários, sob o argumento de que não agiram de forma prudente ou diligente, tem como efeito direto, a solicitação de exames laboratoriais sofisticados e caros, adotados pelos profissionais da saúde.

A defesa do testamento vital, que pode ser revogado a qualquer tempo por quem o tenha elaborado, prende-se ao respeito aos direitos humanos, que, quando a vida chega a estágio terminal, manifesta-se no direito de morrer com dignidade, sem ou com o mínimo sofrimento possível. Autonomia privada, no plano da saúde, faz da vida, em circunstâncias específicas, um direito disponível que deve ser respeitado, salvo revogação posterior, ou existência de terapêuticas/procedimentos médicos, curativos sem perda da qualidade de vida.

Gastos elevados com cuidados médico-hospitalares no final da vida nem sempre resultam em benefícios quer para o paciente quer para a sociedade. O valor social da vida deveria considerar o potencial de contribuição para a sociedade de cada indivíduo. Pode-se, nesse contexto, incluir pesquisa, avaliação de novos procedimentos e seu impacto em cuidados de saúde o que depende de consentimento prévio e esclarecido das pessoas. Mais importante, porém, é que não há critério claro, transparente, para apreçar a vida de uma pessoa, contudo sabe-se que o custo de cuidados terminais pode ser significativo.

Portanto, entender que saúde não é simples ausência de doenças e sim vida com qualidade e que esta avaliação é personalíssima, facilita recepcionar o testamento vital.