

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE: um estudo de revisão de literatura à luz da bioética

Paula Ramos Machado¹

Sílvia Aparecida Oliveira Nascimento da Silva²

Giani Martins Garcia³

Resumo

Introdução: as diretivas antecipadas de vontade, usualmente intituladas testamento vital, trata-se de um documento que diz respeito aos últimos desejos – aqueles relativos aos cuidados de saúde –, onde o paciente em condição de terminalidade deixará registrado, quando não for mais capaz de manifestar a sua vontade, sobre os tratamentos que aceita ou não receber. **Objetivo:** esclarecer as diretivas antecipadas de vontade na relação jurídica médico paciente, tomando como premissas teóricas os princípios da autonomia e da dignidade da pessoa humana. **Método:** Foi realizada uma revisão de literatura descritiva, tendo como critérios de inclusão artigos publicados em revistas com revisão de pares (qualitativas e quantitativas), legislações, diretrizes, sites jurídicos, dissertações, no período de 2010-2024, analisando fator de impacto e conteúdo. Nos descritores serão incluídos termos em buscas independentes quais sejam: diretivas antecipadas, idoso, autonomia pessoal e morte. Foi definido ainda, na seleção dos objetivos dos artigos, a existência de verbos ou expressões que remetam por parte dos autores a intenção do pensamento médico sobre as diretivas antecipadas de vontade e a autonomia pessoal. Por fim, buscou-se esclarecer as diretivas antecipadas de vontade atendendo aos anseios de autonomia e dignidade desejados pelos pacientes em condição de terminalidade na busca de um diálogo na relação médico/paciente.

Palavras-chave: Diretivas antecipadas. Idoso. Autonomia pessoal. Morte.

1 INTRODUÇÃO

Considera-se que as diretivas antecipadas de vontade (DAV) nasceram nos Estados Unidos da América, na década de 1960, por meio do advogado Luis Kutner, com o nome de *living will* (testamento vital). O escopo do aludido documento era asseverar a autonomia dos pacientes em condição de terminalidade e, além disso, avaliar que seus desejos e valores de vida fossem protegidos até a morte. Versava, assim, em fornecer ao médico e a todos da equipe de saúde orientações apontadas por pessoa capaz sobre quais tratamentos e demais técnicas aceitaria ou não se submeter quando impossibilitada de manifestar a sua vontade (Dadalto; Tupinambás; Greco, 2013).

¹ Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

² Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

³ Docente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientadora do TCC.

No Brasil, as DAV surgiram a partir da primeira década do século XXI, e foram tratadas pioneiramente pelo professor Joaquim Clotet ao estatuir que o enfermo ou o futuro paciente, ante a possibilidade de vir a ser uma pessoa em condição de terminalidade, tem o direito de expressar previamente sua vontade no que tange ao tipo de tratamento por ela eleito e que isso seria a expressão máxima do princípio da autonomia.

Outra questão importante a ser enfrentada diz respeito à questão da morte, verdadeiro tabu social, algo comumente privado da análise da coletividade, não apenas porque aflige, mas especialmente porque remete à fragilidade da existência humana e à certeza do fim (Ibdfam, 2021). Se somos seres em constante construção e só temos na morte a completude de nosso ser e de nossa existência, excluir o paciente da tomada de decisões é impedir-lhe de praticar o ato derradeiro de sua própria existência (Unamuno, 2012).

Essa exclusão do paciente, além de ser, em si, uma distorção, por privar-lhe de sua subjetividade, pode vir a exigir do médico, algumas vezes, a mais solitária de todas as decisões: a escolha entre a vida e a morte do paciente. Essa escolha, muitas vezes, se alicerça em um outro tabu: cabe ao médico salvar vidas, ainda que o conceito de vida, muitas vezes, nestes casos, se limite apenas ao prolongamento das funções vitais básicas do paciente (Nascimento; Henriques, 2015).

2 OBJETIVOS

O objetivo do presente trabalho é o de compreender a relação jurídica médico-paciente como uma relação baseada na autonomia dialógica do paciente onde a tomada de decisões em questões médicas extremas seja tomada pelo paciente de forma apoiada e, em casos em que não exista a possibilidade de verificação da vontade do paciente, atual ou antecipada e que sejam implementados mecanismos de apoio à tomada de decisão médica.

3 RELAÇÃO JURÍDICA MÉDICO-PACIENTE

Faz um bom tempo que a relação médico-paciente se tornou uma relação abstrusa. Até meados do século passado, o médico era visto com destaque na sociedade. E, na relação com o paciente, sua palavra tinha autoridade quase total. Não havia questionamento e pensar numa opinião diversa podia ser entendido até como um desrespeito à sua autoridade técnica. Mas, os tempos mudaram, e o paciente hoje está mais instruído e participativo (Nunes; Anjos, 2014).

Temas como autonomia do paciente, responsabilidade do médico, bioética, dados abundantes e conflitantes tornam esta relação enredada e com variáveis capazes



de deteriorar a confiança paciente-médico quanto ao diagnóstico e ao tratamento, em algumas ocasiões, de forma irreversível, refletindo abertamente na escolha do profissional, do tratamento e dos resultados deste (Nunes; Anjos, 2014).

Contudo, para configurar uma relação jurídica, tanto cível, como de consumo, é imprescindível a presença dos elementos caracterizadores de cada uma, e, se falta algum dos elementos, pode implicar no afastamento da incidência da norma analisada (Nunes; Anjos, 2014).

Assim, o princípio fundamental em que se enquadra a relação médico-paciente, à natureza consumerista, é a equiparação do médico como fornecedor de serviços, do paciente como consumidor, e do objeto, como a prestação de serviços médicos que objetiva lucro. De outro modo, quando entendida como relação cível, a reflexão recai sobre os elementos da responsabilidade, quais sejam, a conduta, o dano, o nexo de causalidade e a culpa, compreendendo se tratar de uma obrigação de meio (Nilo; Aguiar, 2018).

A finalidade da qual é tratada a natureza da relação médico e paciente tem a ver com a sua atividade, na prática vislumbra-se que o ser humano não é uma mercadoria, jamais podendo ser caracterizado como objeto de consumo, até mesmo porque a atividade desenvolvida pelo médico não visa o lucro como objeto principal, mas uma efetiva proteção a vida e a saúde do paciente (Nilo; Aguiar, 2018).

O próprio código de ética médica trata que a relação médico e paciente não é de cunho mercantil, consumerista, pois o lucro não é o principal objeto da relação, mas sim a vida do paciente, e esta não pode ser negociada. Compete lembrar ainda, que o critério da especificidade é classicamente incidido para a resolução de antinomias jurídicas, o qual aplica o diploma normativo mais específico, deste modo, a relação entre o médico e o paciente apresenta maior coerência diante do Código Civil e do Código de Ética Médica (CEM, 2018).

3.1 A tutela jurídica da confiança

Em meio aos inúmeros desafios decorrentes de uma sociedade complexa - aberta, plural, heterogênea e globalizada – aguça-se a importância da confiança como artefato imprescindível da vida social e, à vista disso, da ordem jurídica. Em outros termos, a atividade jurídica resguarda a confiança assentada na conduta apalavrada entre os indivíduos, na esfera negocial ou não. Nesse sentido, conforme analisado por Marques (2004), “confiar é acreditar (*credere*), é manter, com fé (*fides*) e fidelidade, a conduta, as escolhas e o meio; confiança é aparência, informação, transparência, diligência e ética no exteriorizar vontades” (Marques, 2004).

Refere-se, de fato, na concretização da solidariedade social constitucional, que se cristaliza por meio da tutela jurídica da confiança, conferindo um dever jurídico de



não serem seguidos comportamentos opostos aos interesses e expectativas despertadas em outrem (Nunes; Anjos, 2014).

Isso porque diminuiu o valor consagrado à intenção contemporânea do voluntarismo e individualismo que marcaram os códigos oitocentistas, (inclusive influenciando o nosso Código Civil de 1916), ampliando-se a importância do resultado, o que afiança maior justiça social e proteção da pessoa humana (Marques, 2004).

Para Schreiber (2005), a valorização da confiança acende fissuras consideráveis nas bases voluntarista e individualista do direito privado, uma vez que inserida no movimento de solidarização do direito, vem, valorizar a dimensão social do exercício dos direitos, isto é, o reflexo das condutas individuais sobre terceiros. Aliás, o reconhecimento da necessidade de tutela da confiança desarticula a atenção do direito, que deixa de se centrar apenas sobre a fonte das condutas para ressaltar também as consequências fáticas da sua adoção.

Posto isto, as relações civis – e a ciência jurídica como um todo – tem seu embasamento de validade contemporâneo no proteger das expectativas justas e legítimas, existentes entre as pessoas (Marques, 2004).

Protege-se a confiança, em linhas bem claras, assim como é a própria condição para as condutas humanas em sociedade. Sem tal proteção há um enfraquecimento das relações jurídicas em razão da possibilidade de um dos sujeitos surpreender o outro, reprimando épocas pouco saudosas, em que admitia-se a lei do mais forte ou do mais esparto (Schreiber, 2005).

É a legítima espera ética de que, em toda e qualquer relação jurídica, seja contratual ou não que, as partes envolvidas não trapaceiem as expectativas derivadas de seu próprio comportamento (explícito ou implícito, comissivo ou omissivo). Nada mais é o reconhecimento de que a natureza sociável do homem e a variedade de comportamentos seguidos em distintos relacionamentos produzem esperanças recíprocas (confiança no alcançar determinados resultados) e que o cumprimento dessa confiança suscitada é fator cogente para o bom funcionamento da sociedade, sendo, também, proeminente para o desenvolvimento econômico e social (Marques, 2004).

Nomeadamente nas relações entre particulares, a tutela jurídica da confiança encorpa como única forma de proteção qualificada no comportamento humano. Justamente por isso, a confiança é içada à altitude de referencial das relações privadas, sejam contratuais, sejam existenciais, em que estabelecem deveres jurídicos que vinculam os sujeitos, vedando-lhes o comportamento contrário às expectativas que produziu nos outros (Nunes; Anjos, 2014).

3.2 A ética do morrer e o PSDA (*Patient self determination act*)



O homem está em permanente evolução, sendo patente a vivacidade de sua mente. Da autoridade sobre o fogo a viagens espaciais, são grandes as suas conquistas. No entanto, nem tudo está sob o alcance da inteligência humana, podendo-se manejar a vida, todavia não há como vencer a morte (Pinto, 2013).

Desde os primórdios da civilização, a morte é manancial de êxtase e medo, a despeito de ser um evento tão natural quanto nascer, crescer e se reproduzir. A ideia da finitude remete à resignação. O debate sobre o tema persiste no tempo, abarcando gerações de estudiosos que procuram ininterruptamente compreender as exterioridades físicas e psíquicas (Gomes, 2018).

Ainda tendo a morte como uma realidade implacável, que inicia desde o nosso nascimento e que, a cada dia de vida, estamos mais próximos do fim, é um tabu ponderar sobre o tema; por essa razão, são poucos os que compreendem o real sentido da eutanásia, ortotanásia e distanásia, discriminando as práticas, possivelmente por se esperar que, não pensar ou falar sobre a morte, a aparta (Pinto, 2013).

Isto posto, discutir sobre a morte voluntária se torna complexo e polêmico, visto sobretudo ser uma afirmação interdisciplinar, em que engloba aspectos morais, éticos, científicos, religiosos, jurídicos e filosóficos (Gomes, 2018).

Sob o argumento do princípio da liberdade e da autodeterminação, pautam-se os favoráveis à morte voluntária; enquanto que os contrários se baseiam no princípio constitucional da inviolabilidade do direito à vida, existindo até quem defenda uma posição intermediária, procurando a consonância dos demais posicionamentos, perante o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana (Aith, 2007).

A partir desse universo, devemos ponderar o direito de deliberar sobre si mesmo, como exercício máximo do livre-arbítrio, na possibilidade de dispor da própria vida. A vida, uma vez considerada o bem maior que se pode ter, nos remete à negação da eutanásia, mas também pressupõe a aceitação da distanásia. Por isso, indaga-se sobre sobreviver mesmo prolongando sofrimentos insuportáveis através de tratamentos frívolos e pela obstinação terapêutica, não competindo ao paciente o livre arbítrio de sua própria vida (Aith, 2007).

Nesse diapasão, não se pode perder de vista que o caput do art. 5º da Constituição Federal estabelece a inviolabilidade da vida, direito também afiançado nos arts. 227 e 230 da legislação supramencionada. Entretanto, o mesmo caput garante a inviolabilidade da liberdade ainda, sem olvidar que a saúde é tutelada como um direito social em distintos trechos da Constituição (Brasil, 1988).

Ainda é necessário relatar que a constituição acautela o indivíduo de tratamentos desumanos, degradantes e de tortura, além da previsão da dignidade da pessoa humana. É neste âmbito de aparente conflito entre princípios norteadores do direito brasileiro que, até então, entende a justiça que a prática da eutanásia no Brasil é considerada homicídio, embora atenuada a ortotanásia pode ser consentida. Traduz-se,



por isso, que o direito brasileiro apreende ser obrigação do Estado zelar pela vida, sendo superior ao direito individual de se optar pela morte, mesmo que um paciente venha a declarar previamente sua vontade de morrer. (Brasil, 1988; Aith, 2007).

Assim, se tomar como exemplo a relação da eutanásia com a pena de morte, exibida por Dworkin (2009), a instituição ou o clamor da pena de morte parece ser muito mais aceitável e acolhida perante a sociedade, entendendo ser mais digna e justa a execução forçosa e deliberada de um criminoso por parte do Estado do que a opção de um indivíduo por uma morte digna. Contudo, compete compreender que nenhum direito é absoluto, nem mesmo o direito à vida é absoluto no ordenamento jurídico brasileiro. Não obstante, o direito a uma morte digna pode ser abarcado como o direito a uma boa vida. O Estado afiançar a vida, fundado em leis, a qualquer custo, viola uma série de outros princípios (Dworkin, 2009).

Logo, vale dizer que o artigo 5º, inciso XLVII da CRFB, apresenta a exceção à pena de morte em caso de guerra. Já o art. 23 do Código Penal apresenta as hipóteses de excludentes de ilicitude e que também se justapõem no caso de homicídio, não sendo crime o ato de matar alguém, por exemplo, em legítima defesa. Desta forma, a morte já tem no Brasil algum contorno de regularização e situações em que o homicídio pode não ser considerado como crime, mas discute-se a eutanásia como uma condição de legalização do homicídio e violação do direito à vida (Dworkin, 2009).

Até em acordo com o que é tratado por Dworkin (2009), a discussão sobre a eutanásia deve levar em consideração o que a pessoa entende por vida digna e a forma de vida que essa pessoa levou até o momento em que venha escolher pela sua cessação. O desejo do indivíduo que quer adiantar sua morte diante de uma situação de doença e sofrimento sem cura e com morte presumida, na verdade, deve ser enfrentado como um desejo de vida, um desejo de vida que não é mais plausível ter. Consequentemente, nesses casos levando em consideração que estas pessoas, nestas condições, e que entrarão em um estado de total incompetência para responder por seus atos, devem ter o direito de escolher o seu tratamento médico mais adequado, ter o direito à escolha de propor que não querem ser mantidas vivas após entrarem em verificado estado vegetativo, ou ainda mais contundente, poderiam autorizar que terceiros venham a tomar estas decisões por eles mesmos quando já não assim o puderem.

Conforme aduz Santos e Duarte (2016), o direito à vida posto na Constituição Federal deve ser ponderado sob duas perspectivas, a vida biológica e a vida digna. À vista disso, ainda que havendo a vida biológica, seria oportuno defender que uma pessoa tem o direito de escolher morrer devido à sua condição de saúde, a qual não o garante mais a possibilidade de uma vida digna. Nestes casos, aprazar a morte seria submeter o ser humano a condições não humanas de dor, cansaço e prolongamento de um sofrimento desnecessário no ponto de vista da dignidade da pessoa.



Ser livre para decidir pela morte, quando não há mais vida, nem a garantia que vai tê-la, é a expressão mais sublime de que a autonomia da vontade ocupa espaço elevadíssimo no ordenamento jurídico, que só existe e se justifica no respeito à pessoa humana (Santos; Duarte, 2016).

De tal modo, o Estado não teria assim o direito de retirar do paciente o direito de morrer quando não mais o convém viver. Tal direito é renunciado pela própria vontade e condições do indivíduo, que, a despeito de ainda vivo, não o estaria mais se não fosse pelas condições artificiais que o mantém, ou já não pode sequer interagir com o mundo e que, caso em plena lucidez, não concordaria em permanecer em vida mantido em tais condições ou submetendo seus entes queridos a tantos sofrimentos sem grandes expectativas por desfechos positivos (Santos; Duarte, 2016).

Já para Melo (2015), reverenciar a autonomia da vontade e da dignidade da pessoa humana é entender que o paciente tem o “controle sobre o seu próprio corpo, mente e espírito”. A medicina deve ser humanizada, e diante do sofrimento e da agonia de um indivíduo que implora para morrer ou que tenha expressado implicitamente tal vontade, não se pode a medicina e a lei se prender a princípios religiosos, que as vezes podem nem ser partilhados pelo indivíduo em questão, todavia basear-se pela razão e pelo amor ao próximo (Pinto, 2013).

Contudo, a legislação é falha, a vontade do legislador é pequena, pois tropeça em muitos conceitos morais sensíveis à sociedade e em nenhum momento há uma preocupação focalizada no sofrimento do indivíduo ou da humanização de sua morte. Quando recusa-se o cumprimento da opção por uma morte digna a um paciente que a deseja, tal negativa não se estabelece para garantir-se-lhe seus direitos, mas sim os de outrem, segundo normas de outras pessoas que não se acham ali na dor e no sofrimento e que se julgam possuidoras do poder de decidir que, apesar de não haver mais esperanças para a vida daquele paciente ele não tem o direito de morrer, mas tem o direito de continuar em sofrimento e agonia por tempo indeterminado (Pinto, 2013).

Para Aith (2007), o princípio da dignidade da pessoa humana tem um valor incerto e que aparentemente se volta como um princípio jurídico à proteção de todos, mesmo sobre aqueles que não possuem mais consciência de sua própria dignidade. Tal princípio merece uma discussão mais aprofundada no Brasil sobre essa relação da dignidade da pessoa humana e o seu possível direito a uma morte digna, uma vez que é uma situação basilar para se garantir o respeito à dignidade de uma pessoa doente em fim de vida.

A resolução do Conselho Federal de Medicina que regulariza a ortotanásia já possui um viés mais humanista, ainda que restrito, ao se considerar a permissibilidade de deixar o doente morrer naturalmente ao invés de submetê-lo a um tratamento inconsistente, penoso e sem qualquer probabilidade de alento (CFM, 2006).



3.3 Autonomia privada do paciente

A batalha pela implementação das DAV incide no respeito à liberdade, que cada pessoa humana tem, de tomar decisões conforme sua vontade. Cada indivíduo possui o direito de decidir o que entende por bom ou ruim para si próprio, como optar ou não por tratamentos médicos no fim da vida (Brasil, 1988; Gomes, 2018).

O estabelecimento das DAVs implica, portanto, na autonomia individual, corolário da liberdade e da dignidade da pessoa humana, princípio que foi concebido de várias maneiras pelo nosso ordenamento jurídico no decorrer dos anos. Por isso, mostra-se fundamental uma abordagem prévia sobre o conteúdo da autonomia e de como essa prerrogativa necessita imperiosa de regulação de um documento de disposições prévias de vontade do paciente terminal no Brasil (Brasil, 1988; Pona, 2015).

3.3.1 Autonomia do paciente para o direito

Para a visão kantiana é a razão que distingue o homem de outras espécies. Tal afirmação traz consigo uma incerteza sobre como fica o mentalmente incapaz. O médico Eduardo Almeida diz que, na verdade, o pré-requisito da consciência, assim como a dignidade, são características biológicas do *homo sapiens*, isto é, intrínsecos ao potencial humano, ainda que, por motivos importantes, tais atributos não se encontrem em plenitude (Almeida, 2010).

Contudo, que a assertiva acima não se opõe à noção de autonomia, “que não pode ser considerada apenas como possibilidade inerente, mas somente como capacidade efetiva, materializada nas escolhas morais da vida social”. É que, para Almeida (2010), “uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir em direção a esta deliberação, considerando os valores morais do contexto no qual está inserido”. Nesses termos, pactua Barroso (2012) ao asseverar que a autonomia pressupõe o preenchimento de algumas condições, das quais avulta “a razão (a capacidade mental de tomar decisões informadas), a independência (a ausência de coerção, de manipulação e de privações essenciais), e a escolha (a existência real de alternativas)”. Logo, Almeida e Barroso colocam a razão (consciência) como um requisito essencial ao exercício da autonomia, não se podendo conceber autonomia, segundo essa linha de pensamento, uma pessoa que nasceu sem ou perdeu suas capacidades cognitivas, temporária ou permanentemente (Almeida 2010; Barroso, 2012).

3.3.2 Autonomia do paciente para a medicina

Já na parte médica, considera-se a autonomia do paciente para que tome ciência e participe de todo o processo decisório de seu tratamento – princípio que guia o consentimento informado – somente se dotado de aptidão cognitiva para perceber as informações que lhe são repassadas e emitir suas preferências. Caso contrário, adota o tratamento por meio da vontade da família ou, na carência dessa, da própria equipe médica (Almeida 2010).

Sendo assim, fica manifesto que a incapacidade mental de um indivíduo para exercer sua autonomia diante das suas possibilidades terapêuticas pode torna-lo vulnerável às injustiças, entretanto, nas palavras de Eduardo Almeida (2010) “deve haver, portanto deve-se buscar, uma forma de garantir o direito à autodeterminação na ausência de capacidade para a tomada de decisão”. De mais a mais, as DAV, no ponto, mostram-se como importantes instrumentos jurídicos, que garantem a expressão de suas escolhas, registradas previamente, sobre o tratamento a ser recebido ao fim da vida (Almeida, 2010; Echeverría, 2020).

3.4 Confidencialidade

No nosso direito pátrio, o direito à confidencialidade dos dados pessoais tem abrigo na Constituição Federal de 1988, onde o art. 5º, inciso X, aduz que: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas”. Já a confidencialidade dos dados médicos está regulamentada na “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” de 2011, que em seu artigo 4º, inciso III, dispõe que é direito da pessoa um atendimento humanizado e acolhedor, livre de qualquer discriminação, realizado por profissionais qualificados com garantia nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações a privacidade e o conforto, tal como a segurança e confidencialidade de quaisquer informações pessoais fornecidas (Carvalho *et al*, 2017).

De mais a mais, a confidencialidade na saúde é um instrumento necessário à proteção da intimidade do paciente e de sua individualidade, e a quebra desse direito pode ensejar violação de direitos fundamentais e também de direitos humanos (Albuquerque 2016).

Por isso, Albuquerque (2016) aponta que a jurisprudência internacional firmou entendimento no sentido de que as informações acerca das condições de saúde ou do tratamento de uma paciente são confidenciais, não podendo revelar nada sem o consentimento do titular dessa informação (paciente). Desse modo, o respeito à confidencialidade da informação da saúde decorre do direito à vida privada do paciente, como também preserva a confiança na relação profissional/paciente (Albuquerque 2016).

Portanto, a confidencialidade é um direito individual, porém, não é um direito absoluto, pois pode ser mitigado, por exemplo, quando o próprio paciente autoriza, de forma escrita, a divulgação da informação, nos casos previsto em lei e na proteção de direitos de terceiros entre outros (Albuquerque 2016).

3.5 Dados do paciente e sua proteção

Em relação à proteção do sigilo dos dados pessoais, da privacidade dos pacientes, bem como a responsabilização dos atores envolvidos nessas relações, existem inúmeras legislações no Brasil que regulam essas questões (Brasil, 2002).

Mas aqui é importante destacar que há uma evidente ligação entre a privacidade e a confidencialidade das informações relativas aos dados sensíveis na medida em que a confidencialidade afiança a não apresentação dos dados ou informações que firmam a privacidade dos pacientes ou usuários relativos as questões de saúde. E, certamente uma das principais formas de externar as informações ou dados é por meio dos prontuários médicos, sejam eles físicos ou eletrônicos. Para regular a proteção de tais dados existe a resolução n.º1.638/2002, do Conselho Federal de Medicina que, já em seu art. 1º traz o sigilo das informações, sendo que a confidencialidade busca proteger a privacidade dos pacientes e garantir que aquelas informações não sejam conhecidas ou compartilhadas com pessoas não autorizadas, uma vez que tais informações são de propriedade do paciente (CFM, 2002).

Sem olvidar ainda que o código de ética médica prevê o dever de sigilo entre médico e paciente, pondo um parâmetro legal para esse tipo de relação que envolve a circulação de uma série de informações sobre o paciente, forma de tratamento, tipo de doença, dentre outros, atribuindo obrigação legal àqueles que manuseiam e recebem essas informações, além do próprio dever moral que envolve as possibilidades de informação nesse tipo de ambiente, a manutenção desse sigilo garante a gestão desses dados pessoais, que fica a cargo da própria pessoa que fará o juízo de valor sobre a conveniência e oportunidade de compartilhamento ou revelação desses dados (CFM, 2018).

A proteção do sigilo das informações dos pacientes é tão forte que, até mesmo, não podem ser expostas nem mesmo ao Judiciário sem a autorização do paciente, conforme explanado no código de ética médica. Vejamos:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de

suspeita de crime o médico estar á impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal (CFM, 2018).

Fato é que há outros diplomas legais ligados à área da saúde que também tratam da questão do sigilo em relação à proteção dos dados dos pacientes e não apenas o código de ética médica, que fora citado apenas como um dos exemplos de regulação (Brasil, 2002; Echeverría, 2020).

4 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO INSTRUMENTO DE EFETIVAÇÃO DA AUTONOMIA DO PACIENTE

As diretivas antecipadas de vontade constituem negócios biojurídicos, nos quais o indivíduo deixa exarada a sua vontade no que se refere ao seu corpo e sua saúde para que seja respeitada quando estiver impossibilitado de manifestar seus anseios. Logo, através das diretivas tem o conhecimento dos desejos da pessoa, podendo ser sobre negativa a determinado tratamento ou autorização. As DAV são alcançadas com base no princípio da autonomia dos particulares, é constituída na forma de negócios biojurídicos, uma vez que envolvem o sujeito e seu corpo (Dadalto; Tupinambás; Greco, 2013).

De acordo com Everton Willian Pona as características desse negócio são: unilateral, gratuito, revogável e personalíssimo. A unilateralidade acontece porque deve ser feito só pelo paciente, norteado pelo médico sobre todas as consequências dos procedimentos médicos. Dada a complexidade dos tratamentos médicos, é fundamental que haja elucidação por um profissional da saúde quanto aos riscos e benefícios, porém, ele não configura como parte integrante do negócio, apenas um auxiliary (Pona, 2015).

A gratuidade é obrigatória, tendo em vista que o objeto é o próprio indivíduo e o seu corpo. Logo, pela legislação nacional é proibido qualquer estipulação pecuniária sobre a integridade física do ser humano (Brasil, 1988).

Já o ato em si deve ser realizado pelo próprio paciente, não cabendo a utilização de um procurador, isso porque trata-se de um mecanismo de concretização da autonomia do paciente. De mais a mais, o negócio é personalíssimo. Logo, é cabível a revogação a qualquer momento pelo indivíduo (Dadalto; Tupinambás; Greco, 2013).

No Brasil não existe legislação civil vigente sobre as diretivas. Mas, no âmbito jurídico, há o Enunciado nº 37 do Conselho Nacional de Justiça, vejamos:

ENUNCIADO Nº 37 As diretivas ou declarações antecipadas de vontade, que especificam os tratamentos médicos que o declarante deseja ou não se submeter quando incapacitado de expressar-se autonomamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito (Conselho Nacional de Justiça, 2019).

O enunciado supramencionado foi apresentado na Jornada de Direito da Saúde, assinalando uma preocupação jurídica com a regulamentação da questão. Não obstante, infelizmente não existe nenhum dispositivo civil em vigor no país, havendo regulamentação pelo órgão de classe médico (CNJ, 2019).

Portanto, o Conselho Federal de Medicina traz a questão por meio da Resolução nº 1.995/2012. De acordo com a Resolução as diretivas são “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.” (CFM, 2012).

Para mais, a Resolução prevê que as diretivas devem ser sobrepostas quando o paciente estiver incapaz de se comunicar “ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades.” Tanto é que no parágrafo terceiro do artigo segundo da Resolução deixa claro que as diretivas devem sempre prevalecer no tocante aos tratamentos médicos sobre o paciente, até mesmo sobre os desejos dos familiares. Mas, a Resolução declara que caso o documento disponha de forma contrária aos preceitos do Código de Ética Médica, o médico não poderá considerá-la (CFM, 2012).

Fato é que, no Brasil o debate sobre a questão das diretivas antecipadas de vontade iniciou faz pouco tempo. Existe, inclusive, uma carência legislativa sobre o assunto. Diante da regulação e existência do direito à vida no âmbito constitucional, bem como ao princípio da autonomia para a confecção da diretiva, os médicos encontram-se em uma situação muito precária sobre a atitude a ser realizada, na medida em que não há uma resposta legislativa sobre a adoção da diretiva (IBDFAM, 2021).

Nesse diapasão, quando tem a recusa do paciente sobre um tratamento, manifestando de forma escrita ou verbal, o hospital bate às portas do Judiciário para sanar a questão, uma vez que há o entendimento da classe médica que a vida deve ser preservada, ao passo do princípio constitucional (Mota, 2007).

Cabe analisar, por ora a jurisprudência brasileira, dois julgados que trataram sobre a manifestação do paciente de recusa do tratamento, realizando para isso uma diretiva antecipada de vontade.

O primeiro caso corresponde ao de um indivíduo que contrapôs-se à amputação de seu pé necrosado. Quando da negativa o paciente estava consciente e esclarecido sobre os riscos da não realização do procedimento. Apesar da decisão clara do paciente, o hospital ingressou com o pedido para a realização do procedimento, sendo indeferido, observemos:

APELAÇÃO CÍVEL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. BIODIREITO. ORTOTANÁSIA. TESTAMENTO VITAL. 1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico, morrer para “aliviar o sofrimento”; e, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória

contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida. 2. O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. 3. O direito à vida garantido no art. 5º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal. 4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado testamento vital, que figura na resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina. 5. Apelação desprovida (TJRS, 2013).

Enquanto no segundo exemplo que trazemos já ocorrido, a vontade do paciente felizmente prevaleceu na decisão final do Tribunal. Esse, o paciente negou a realização de um tratamento médico e sua madrasta, conhecendo a vontade do enteado, assinou o termo de recusa do tratamento. Apesar da nítida vontade do paciente, houve o pedido de autorização judicial para a realização do procedimento. Felizmente, a vontade do paciente preponderou na decisão do Tribunal:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. DIREITO À SAÚDE. autorização para realização de procedimento cirúrgico. NEGATIVA DO PACIENTE. necessidade de ser respeitada a vontade do PACIENTE. 1. O direito à vida previsto no artigo 5º da Constituição Federal não é absoluto, razão por que ninguém pode ser obrigado a se submeter a tratamento médico ou intervenção cirúrgica contra a sua vontade, não cabendo ao Poder Judiciário intervir contra esta decisão, mesmo para assegurar direito garantido constitucionalmente. 2. Ademais, considerando que “não se justifica prolongar um sofrimento desnecessário, em detrimento à qualidade de vida do ser humano”, o Conselho Federal de Medicina (CFM), publicou a Resolução nº 1.995/2012, ao efeito de dispor sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente, devendo sempre ser considerada a sua autonomia no contexto da relação médico-paciente. 3. Hipótese em que o paciente está lúcido, orientado e consciente, e mesmo após lhe ser explicado os riscos da não realização do procedimento cirúrgico, este se nega a realizar o procedimento, tendo a madrasta do paciente, a seu pedido, assinado termo de recusa de realização do procedimento em questão, embora sua esposa concorde com a indicação médica. 4. Por essas razões, deve ser respeitada a vontade consciente do paciente, assegurando-lhe o direito de modificar o seu posicionamento a qualquer tempo, sendo totalmente responsável pelas consequências que esta decisão pode lhe causar. NEGADO SEGUIMENTO AO RECURSO (TJRS, 2013).

Na conjuntura dessa inconstância quanto ao cumprimento das diretivas dá-se em grande parte a falta de discussão e regulamentação da questão é que gera incerteza para os profissionais da saúde. Dito isso, é competência do Estado regulamentar a questão para que os direitos do paciente e o respeito ao princípio da autonomia sejam preservados (Brasil, 1988).



Nesse sentido, encontra-se no Senado Federal o Projeto de Lei nº 149 de 2018, o qual dispõe acerca das diretivas antecipadas de vontade diante dos tratamentos de saúde. Atualmente, o projeto está arquivado (Brasil, 2018).

4.1 Do mandato duradouro

Trata-se de um negócio jurídico, contrato bilateral, consensual, que pode ser gratuito ou remunerado pelo meio do qual alguém outorga a outro, o poder de conduzir seus interesses (Dadalto; Tupinambás; Greco, 2013).

O mandato duradouro nada mais é do que uma diretiva antecipada de vontade, organizada por meio de um documento, onde o indivíduo pode nomear uma pessoa de confiança que irá deliberar os cuidados, procedimentos médicos, tratamentos e tudo que submerge a pessoa do paciente, quando não for mais possível realiza-lo devido às suas limitações e incoerências psíquicas. Tudo deverá decorrer conforme com a vontade do paciente (Gomes, 2018).

Como não existe uma forma prescrita em lei, quanto ao modo de escritura de tal documento, este poderá ser tanto de instrumento público/cartório, como particular. O documento somente terá efeito quando houver incapacidade do mandante (Gomes, 2018).

É essencial ressaltar a sua diferença em relação ao testamento vital, uma vez que o testamento vital é o documento no qual o paciente manifesta suas vontades póstumas quando ainda em plenas condições de deliberar acerca de cuidados, tratamentos ou procedimentos médicos a que deseja se expor ou se recusa a receber quando em situação que o aflija e possa tirar-lhe a vida. Tal documento deve ser feito com subsídio de um médico de confiança, que agirá como orientador para termos técnicos, sendo imprescindível um advogado para que, em tal contrato não haja nenhum tipo de vício (Mota, 2007).

4.2 O testamento vital

Trata-se de um documento organizado por uma pessoa em pleno gozo de suas faculdades mentais, com a escopo de determinar que espécie de tratamento deseja ou recusa, caso venha a ser diagnosticada com uma doença terminal ou irreversível, de tal maneira que a impossibilite de se manifestar sua vontade (Mota, 2007).

Portanto, Leo Pessini (2004) rotula o testamento vital como “disposições dadas em vida por uma pessoa a respeito das escolhas terapêuticas que serão executadas na fase final de sua vida”. Enquanto Mota declara-o como:



Instrumento jurídico no qual os indivíduos capazes para tal, em sua consciência, declarem sua vontade acerca das atenções médicas que deseja receber, ou não, no caso de padecer de uma enfermidade irreversível ou terminal que haja conduzido a um estado em que seja impossível expressar-se por si mesmo (Mota, 2007).

A despeito de ser denominado como testamento, suas qualidades não são as mesmas das pertencentes ao testamento na forma ordinária. Aqui vale ressaltar que a semelhança entre ambos é a natureza de declaração de última vontade. Todavia, a designação “testamento” pode causar certa inexatidão, uma vez que, seu objetivo é o de prevalecer sua vontade enquanto vivo, mesmo que alguns testamentos ordinários produzam efeito antes da morte do testador como no caso, o reconhecimento de filiação e a designação de tutor ou curador. Assim, vejamos as ponderações de Diniz (2002) sobre o testamento:

Ato personalíssimo, unilateral, gratuito, solene e revogável, pelo qual alguém, segundo norma jurídica, dispõe, no todo ou em parte, de seu patrimônio para depois de sua morte, ou determina providências de caráter pessoal ou familiar (Diniz, 2002).

Tanto é que o desejo do paciente e o papel dos profissionais de saúde, surgiu com avanço das ciências médicas tratando sobre os limites da vida. Os alcances do corpo humano passaram a ser cada vez mais estudados, fazendo com que o homem se tornasse instrumento do incremento da tecnologia. A dissensão entre a vida e a morte tornou-se mais tênue, havendo alteração de opiniões (PESSINI, 2007).

Assim, o testamento vital nasceu a partir dos conflitos suscitados pelo encontro entre as novas possibilidades terapêuticas e as garantias individuais preservadas pela Constituição Federal, já que diante de transformações sociais se faz cogente que a ciência jurídica acompanhe e se articule sobre tal. Tal instituto tem o condão de assegurar ao paciente o exercício de sua liberdade, lhe oferecendo o poder de decisão diante das inúmeras opções médicas (Diniz, 2002).

O testamento vital tem por finalidade interferir sobre o atendimento médico e produzir limitações à atuação da família, caso fique o doente incapaz de manifestar sua vontade em implicação da nuança da doença (MOTA, 2007).

O Código de Ética Médica em seu art. 41, proíbe expressamente a abreviação da vida do paciente por parte dos médicos, mesmo a requerimento deste ou algum familiar. Apesar disso, no seu parágrafo único adorna que diante de situações de doença incurável e terminal, o médico deve oferecer todo tipo de cuidado disponível, sem, contudo, utilizar-se de procedimentos diagnósticos ou terapias insignificantes ou obstinadas, considerando sempre o desejo expresso do paciente ou, na impossibilidade, de seu representante legal (CFM, 2018).



5 CONCLUSÃO

Esta revisão referendou que a autonomia da vontade é a base na relação jurídica médico-paciente, trata-se do fundamento de constituição das DAV, visando inteira autodeterminação do paciente. Assim sendo, trata-se da expressão da liberdade de um sujeito de direito ter o poder de criar regras próprias que afetem sua esfera jurídica, bem como seu corpo.

Conclui-se que as diretivas se equiparam aos negócios jurídicos, o que permite analisar seus requisitos de validade à luz do artigo 104, do Código Civil. Como é cediço, tal dispositivo da codificação civilista estipula que são pressupostos para a celebração de um negócio jurídico válido: a capacidade, a forma e o objeto.

As proeminências admitem concluir que mesmo se reconhecendo o potencial das DAV para garantir a autonomia do paciente, a constituição e documentação desse mecanismo pelos pacientes ainda é restrita; seja por ignorarem esse direito ou não entenderem a sua definição, sejam pelas filosofias religiosas, ou ainda em função da isenção ou do receio dos profissionais de saúde em relação a temática e sua ratificação jurídico-legal. De mais a mais, é essencial que os médicos tenham pleno conhecimento do assunto para guiar e informar perfeitamente seus pacientes. Assim sendo, é imperioso abrir discussões acerca da temática, com destaque na realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

AITH, F. Morte digna: direito natural do ser humano. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 173-187, 2007.

ALBUQUERQUE, A. **Direitos humanos dos pacientes**. Juruá Editora. Paraná. 2016.

ALMEIDA, E. H. R. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. **Revista Bioética**, 18 (2) 381-395, 2010.

BARROSO, L. R. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 05 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 149, de 2018. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7653326&ts=1674177492179&disposition=inline>. Acesso em: 15 mar. 2024.

CARVALHAL, E. R.; ANDRADE, G. M.; ARAÚJO, J. V. A.; KNUST, M. Negociação e Administração de Conflitos nas DAV. 2. ed. São Paulo: FGV, 2017

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.638, de 09 de agosto de 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 17 mar. 2024.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº.1.805, de 28 de novembro de 2006. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Acesso em: 10 set. 2023.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.995, de 31 de Agosto de 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 15 mar. 2024.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. **Código de ética médica**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2024.

CNJ. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Enunciado nº 37. 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/06/todos-os-enunciados-consolidados-jornada-saude.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2024.

DADALTO, L.; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioét (Impr.)**, v. 21, n. 3, p. 463-76, 2013.

DANTAS, J. B.; BERGE, J. E. R.; DUTRA, A. B. Entre a morte e a experiência da finitude: histórias e diálogos com o contemporâneo. **Revista NUFEN**, Belém, v.13, n.1, p. 41-55, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 16 mar. 2024.

DINIZ, M. H. **Código Civil anotado**. São Paulo, editora Saraiva, 8 ed., p. 31 e 1204, 2002.

DWORKIN, R. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. Tradução Jefferson Luiz Camargo. 2 Ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

ECHEVERRÍA, B. C.; SERANI, M. A.; ARRIAGADA, U. A.; GOIC, A.; ROJAS, A. O.; RUIZ-ESQUIDE, G.; *et al.* Objeción de conciencia y acciones de salud. **Rev Med Chile** 2020; 148: 252-257. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n2/0717-6163-rmc-148-02-0252.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2024.

IBDFAM- Instituto Brasileiro de Direito de Família. Registros de Diretivas Antecipadas de Vontade cresceram nos últimos anos; pandemia deu nova importância à discussão. 2021. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/8170/Registros+de+Diretivas+Antecipadas+de+Vontade+cresceram+nos+%C3%BAltimos+anos%3B+pandemia+deu+nova+import%C3%A2ncia+%C3%A0+discuss%C3%A3o>. Acesso em: 02 dez. 2023.

GOMES, B. M. M.; SALOMÃO, L. A.; SIMÕES, A. C.; REBOUÇAS, B. O.; DADALTO, L.; BARBOSA, M. T. **Diretivas antecipadas de vontade em geriatria**. *Revista Bioét (Impr.)*, v. 26, n. 3, p. 429–439, 2018.

MARQUES, C. L. **Confiança no comércio eletrônico e a proteção do consumidor**. Editora RT, São Paulo, 2004.

MELO, A. C. P. A polêmica da legalização da eutanásia no Brasil: o dever ético de respeito às vontades antecipadas dos pacientes terminais. **Jus Navegandi**, 2015. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/42873/a-polemica-dalegalizacao-da-eutanasia-no-brasil-o-dever-etico-de-respeito-as-vontadesantecipadas-dos-pacientes-terminais>>. Acesso em: 04 set. 2023.

MOTA, S. *et al.* (Organização GOULART, Gomes). **Bioética e biodireito: uma introdução crítica**. Testamento vital. Rio de Janeiro. América jurídica. 2007.

NASCIMENTO, B. G.; HENRIQUES, R. S. P. The exclusion of the subject from the medical practices in the hospital context. **Rev. SPAGE SP**, Ribeirão Preto, vol.16, n.2, 2015.

NILO, A. T. **A relação paciente-médico para além da perspectiva consumerista: uma proposta para o contrato de tratamento**. Dissertação Mestrado. Curso de Direito. 2019. 168 folhas. Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2019.

NUNES, M. I.; ANJOS, M. F. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Revista Bioét (Impr.)**, 22, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222005>. Acesso em: 05 mar. 2024.

PEGORARO, O. A. **Ética é justiça**. Editora Vozes, Petrópolis, 1995.

PESSINI, L. **Eutanásia: Até quando prolongar a vida?** Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2 ed., São Paulo, 2007.

PINTO, L. F. **A representação da morte: desde o medo dos Povos primitivos até a negação na atualidade**. Faculdade de Ciências Humanas – ESUDA. Recife. 2013

PONA, E. W. **Testamento vital e autonomia privada: fundamentos das diretivas antecipadas de vontade**. Curitiba: Juruá, 2015

SANTOS, J. R.; DUARTE, H. G. Eutanásia: o direito de morrer à luz do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. **Âmbito Jurídico**. Rio Grande, n.48, 2016. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=17150&revista_caderno=27>. Acesso em: 08 set. 2023.

SCHREIBER, A. **A proibição de comportamento contraditório: tutela da confiança e venire contra factum proprium**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

TJRS. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL. Apelação Cível nº 70054988266. 2013 Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprud>>. Acesso em: 15 mar 2024.