



Testamento vital: Estamos preparados? ¹

¹ Reflexões surgidas do Workshop organizado pelo OLHE – Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (março de 2015), em parceria com a Congregação Israelita Paulista – CIP. O evento contou com a presença do Dr. Reinaldo Ayer de Oliveira - Coordenador do Centro de Bioética do CREMESP e docente de Bioética da Faculdade da Medicina USP; da Dra. Pérola Melissa Vianna Braga, advogada, mestre em Direito das Relações Sociais pela PUC/SP, especializada em Direito do Idoso; com depoimento de Elca Rubinstein, e mediação de Vera Brandão NEPE-PUC/SP.

Reflexões



Vera Brandão

O que é Testamento Vital?

Testamento vital é um documento, redigido por uma pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade. (Luciana Dadalto)²

Abordar o tema Testamento Vital, a ser realizado quando se está com saúde controlada e lucidez, é um desafio. Para que pensar neste assunto “mórbido”?, questionam alguns. Temos a experiência profissional ou familiar que nos indica que a crescente longevidade leva à fragilização, que vai se instalando em diferentes idades cronológicas, mas é inevitável no período da longevidade avançada, considerando o grupo de 80 anos e mais, em direção a terminalidade da vida.

Este tema, mesmo considerando a recusa de muitos, deve ser abordado e refletido pela sociedade para que o desafio de “viver muito e bem” possa ser uma possibilidade, bem como o direito à terminalidade assistida. Habitualmente ao abordar o termo “testamento” vem associado outro do qual não se quer falar - a morte. Esses temas interligados são tabus na sociedade do progresso científico e tecnológico, ao qual devemos o bônus da longevidade, entre outros fatores, e o ônus do prolongamento artificial da vida.

² A pesquisadora Luciana Dadalto criou um portal (<http://testamentovital.com.br/>) com o objetivo de disponibilizar informações sobre o tema no Brasil, o que indica sua importância e a necessidade de esclarecimentos buscada pela sociedade.

O testamento que envolve a disposição dos bens materiais parece ser mais fácil, pois envolve coisas concretas – casas, terrenos, dinheiro e mais. Parece que se projeta nessa concretude a ideia do imperecível que, legado aos descendentes, transmitiria uma espécie de poder e continuidade, criando aura de segurança por meio desse ato legal e burocrático.

No testamento vital a questão é outra. Deve-se encarar, conscientemente, a possível fragilidade maior - a perda da autonomia física e, frequentemente, a lucidez. Realmente, não é um assunto fácil a ser discutido e nem sua posterior concretização. Existe em primeiro lugar uma recusa pessoal, que quando superada encontra a resistência de familiares e mesmo dos médicos, corresponsáveis no atendimento a essas disposições.

“todo ser humano de idade adulta e com plena consciência,
tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio
corpo”

Mas qual a cronologia da construção desses direitos? Alves; Fernandes; Goldim (2012) apontam essa direção, indicando o percurso:

- ✓ 1914 - Marco relevante na participação dos pacientes foi o voto do juiz Benjamin Cardozo no caso Schloendorff: “todo ser humano de idade adulta e com plena consciência, tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio corpo” que introduz a noção de autonomia na perspectiva do paciente.
- ✓ 1973 - As repercussões dos transplantes de órgãos, das diferentes formas de morrer, das novas tecnologias de diagnóstico e tratamento sobre a relação médico-paciente foram objeto de reflexão de Paul Ramsey. A publicação do seu livro – *The Patient as Person* – retomou a discussão sobre o papel do paciente, refletindo sobre a dimensão do conceito de pessoa na perspectiva do paciente.
- ✓ Década de 1970 - A discussão de aspectos bioéticos associados a estas duas áreas foi proposta pelo Relatório Belmont (1978)³, e pelo livro *Princípios de Ética Biomédica* de Beauchamp e Childress (1978). O Princípio do Respeito às Pessoas, contido no Relatório Belmont, e o Princípio da Autonomia (Beauchamp e Childress), caracteriza o dever de considerar a autodeterminação dos participantes de pesquisa e dos pacientes no processo de tomada de decisão. A principal consequência foi no processo de consentimento informado, em que o pesquisador ou o médico informam o participante ou o paciente sobre os procedimentos, riscos e benefícios associados, e estes últimos manifestam a sua

³ O Relatório de Belmont apresenta os princípios éticos, considerados básicos, que deveriam nortear a pesquisa biomédica com seres humanos: a) o princípio do respeito às pessoas; b) o princípio da beneficência; c) o princípio da justiça.

autorização ou não de forma voluntária. Nesta perspectiva o profissional propõe os procedimentos e o paciente pode aceitar ou não.

- ✓ Década de 1990 - Duas propostas de regulamentação de uma nova perspectiva surgiram paralelamente, uma na Europa e outra nos Estados Unidos. Nos Estados Unidos foi a aprovação da Lei de Autodeterminação do Paciente (1990) e na Europa (1997) foi proposta a Convenção de Oviedo sobre Direitos Humanos e Biomedicina, que já vinha sendo discutida desde 1990.
- ✓ Janeiro de 2012 - O Conselho da Europa reiterou esta posição na Resolução 1859 de janeiro de 2012.
- ✓ Brasil 2002 - O Código Civil estabeleceu, em seu artigo 15, que: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. Da mesma forma, o novo Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, aprovado em 2009, também estabelece em muitos de seus artigos a necessidade de reconhecer a autonomia do paciente. Esse processo teve continuidade com a proposta de garantir a manifestação dos pacientes, por meio das Diretivas Antecipadas de Vontade, na Resolução 1955/2012, do Conselho Federal de Medicina. Esta resolução apresenta uma posição clara para o processo de tomada de decisão em situações em que o paciente esteja incapacitado de participar ativamente nesse processo, garantindo a possibilidade de que seus desejos possam, ainda assim, ser levados em consideração.
- ✓ 2011 – Na Itália surge um debate sobre a validade do registro de vontades antecipadas por meio de redes sociais na internet, outra forma encontrada, naquele contexto, para publicizar essa vontade (ALVES; FERNANDES; GOLDIM, 2012, pp. 358-59).
- ✓ Já em 2006 a Associação Portuguesa de Bioética efetuou uma proposta à Assembleia da República de legalização desta prática, suscitando intenso debate nacional sobre a importância e a legitimidade do Testamento Vital. Em Portugal, apesar da generalização desta expressão, têm sido propostas outras construções linguísticas, nomeadamente “testamento de vida”, “testamento em vida”, “testamento biológico”, “testamento de paciente”, ou simplesmente “cláusulas testamentárias sobre a vida”.

É oportuno lembrar que a expressão “*living will*” – da qual surgiu a tradução portuguesa “testamento vital” – parece ter sido utilizada pela primeira vez por Luis Kutner em artigo publicado no *Indiana Law Journal*, em 1969 (NUNES, 2012, p. 250).

Entre outras, são utilizadas também as denominações: Diretivas Antecipadas de Vontade (no Brasil); Manifestação explícita da própria vontade; Testamento

vital; Biotestamento; Testamento biológico; Diretivas avançadas; Vontades antecipadas.

Assim, desenvolvido ao longo do tempo, o conceito filosófico, ético e legal sobre o que é o testamento vital, ou diretivas antecipadas de vontade, entre outras denominações, expressa a possibilidade de uma tomada de “poder sobre si”, baseada na “consciência de si”, e não pela força de bens materiais, ou disposições externas. Seria essa uma forma de empoderamento que preconiza a abertura de espaço à participação plena dos idosos, junto a toda sociedade, no estabelecimento de políticas públicas e estratégias de ação para um melhor longeviver? (ONU, 2002)⁴.

Nessa perspectiva, pode-se considerar o envelhecer e longeviver como um processo de tornar-se velho, com diferentes marcas únicas, resultado das aprendizagens e experiências vividas em todas as idades da vida. Nesse processo construímos histórias de “nós mesmos”, marcadas pela alegria, o reconhecimento e superação ou pela tristeza, amargura e ressentimentos.

Essa clareza da individualidade, e das inter-relações entre a objetividade dos fatos e a subjetividade da construção da trajetória é que confere um lugar único no tempo-espaço de vida. Apoderar-se da própria história, ter consciência da trajetória e reapoderar-se de si e de seu lugar social - trabalho de empoderamento – é processo a ser vivido, conquista diária que necessita, entre outras, de espaços de escuta e partilha solidária.

Não poderíamos considerar esta “re-apropriação de si” e dos direitos conquistados como um dos desafios pessoais a ser enfrentado para melhor longeviver no século XXI? Devemos pensar o empoderamento como conceito cidadão, pois implica responsabilidade, solidariedade, respeito a si mesmo e aos outros, em todas as idades da vida mas, como o próprio nome indica, deve ser conquistado.

No entanto, devemos refletir sobre o espaço que a população mais carente, incluindo os idosos e aqueles que vivem a longevidade avançada, tem na sociedade. Em que sociedade vivemos? Qual é o “espaço” de cidadania que temos ao longo da vida? Tornar-se “cidadão de deveres e direitos” é um sonho, uma utopia? Decidir sobre a própria vida em um país com tamanha desigualdade social é possível? Quem nunca viveu a cidadania pode resgatá-la na velhice? Qual o espaço do diálogo, acolhimento e suporte aos idosos, especialmente os de alta fragilidade, e aos familiares, nos momentos finais? Poder escolher como “viver e morrer” não é um “luxo” para poucos? Questões que nos intrigam e para as quais ainda não temos resposta.

“não quero pensar nisto...” ou “mas que assunto deprimente...”

⁴ <https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>

Voltando ao testamento vital, poderíamos afirmar que essa é ainda uma opção para poucos. Porém, conversando informalmente com pessoas de nível médio e superior, na faixa de 60 e mais, notamos certo constrangimento e expressão de espanto quando indagamos: conhece este instrumento legal? Pensam em utilizá-lo? Constatamos que esse “estranhamento” se traduz em desconhecimento ou resistência em abordar o assunto, e se procuramos esclarecer o tema a conversa não progride, ou é interrompida com frases como: “não quero pensar nisto...” ou “mas que assunto deprimente...”

Esse exemplo fortalece a certeza de que os assuntos que circundam os temas – envelhecimento, fragilidade, doenças, morte – ainda são tabu, mesmo para quem tem o poder de exercer o direito cidadão de escolha, como uma negação desse “poder sobre si”. É ambígua a posição de quem acredita e luta pela liberdade de escolhas, mas quando as tem se recusa a concretizá-las em um ato de vontade.

Muitas são as questões de cunho filosófico-existencial que desafiam o entendimento da delicada questão que nos leva a pensar na morte enquanto pulsa a vida plena e a lucidez. Todas as diretrizes médicas e legais reafirmam a preservação da dignidade humana nas diferentes etapas da vida, mas o que, e quem “define” o que ela seja?

Qual o papel do Estado e da religião? Essas diretivas podem ser consideradas, por alguns, como uma “interferência” do meio social, ou um pecado no âmbito das religiões organizadas? Qual é a possibilidade de elaborar e fazer seguir essas diretivas, que dependem de apoio médico e jurídico, para a população em geral ante a falência do sistema de saúde no Brasil? A proposta é que o(s) médico(s) que acompanha(m) o paciente tenha (m) uma cópia do documento que registra as Diretivas Antecipadas de Vontade, assim como os familiares, mas onde entra a figura deste médico nas atuais condições do atendimento à saúde?

Poderia a informação e debate social, o aperfeiçoamento das políticas públicas de assistência, mais a educação continuada humanizada aos profissionais da área, colaborar na conquista de um viver bem e morrer melhor? Muitas são as questões a respeito do tema aqui proposto à discussão – o Testamento Vital.

Convidamos nossos leitores à reflexão e debate dessa importante questão, inserindo-a, por seu abrangente significado, como uma das apostas na construção da “cultura da longevidade” - o longeviver com qualidade e segurança.

Todas as diretrizes médicas e legais reafirmam a preservação da dignidade humana nas diferentes etapas da vida, mas o que, e quem “define” o que ela seja?

Referências

ALVES, C.A; FERNANDES, M.S; GOLDIM, J.R. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Rev HCPA* 2012; 32(3) <http://seer.ufrgs.br/hcpa>

BEAUCHAMP, TL. CHILDRESS, JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 1st ed. New York: Oxford; 1978.

NUNES, R. Testamento Vital. Perspectivas atuais em bioética. *NASCER E CRESCER- revista de pediatria do centro hospitalar do Porto*, ano 2012, vol XXI, n.º 4. pp.250-55.

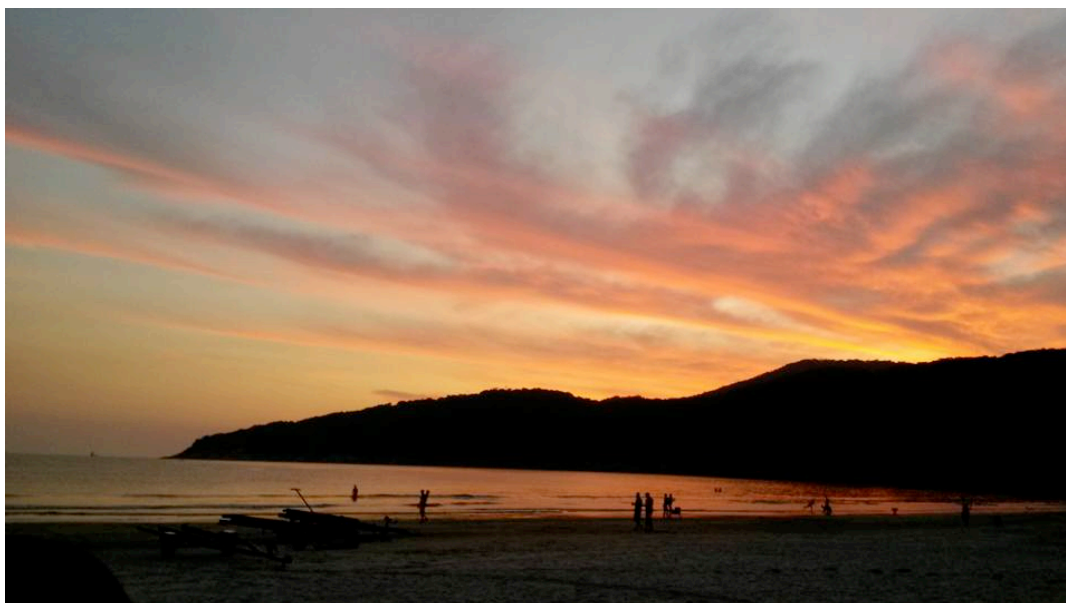
RAMSEY, P. *The Patient as Person*. New Haven: Yale UPress; 1973.

USGovernment. The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: *DHEW Publications (OS) 78-0012*; 1978.

Data de recebimento: 22/04/2015; Data de aceite: 25/05/2015.

Vera Brandão - Pós-doutoranda em Gerontologia Social (PUCSP). Doutora em Ciências Sociais – Antropologia (PUCSP). Pedagoga (USP). Pesquisadora CNPq. Coeditora da Revista Portal de Divulgação e colaboradora do Portal do Envelhecimento. Email: veratordinobrandao@hotmail.com. Site: www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova

A ética médica e a terminalidade de vida*



Reinaldo Ayer de Oliveira

Entre todos os que de alguma forma preocupam-se ou dedicam-se aos cuidados de saúde de seres humanos, há uma grande dificuldade em definir quando a vida termina.

Como vivemos em um ambiente social e cultural de pluralidade, no qual as pessoas podem não compartilhar da mesma ideia sobre a vida e a morte, a questão suscita conflitos.

Quando queremos nos referir sobre os aspectos da ética médica envolvidos com o processo da morte e do morrer - a terminalidade de vida - partimos do seguinte pressuposto: a prática médica está sujeita ao que determina a legislação do país e o código de ética médica.

O ponto de referência maior é a Constituição da República Federativa do Brasil, que consagra o Estado Democrático de Direito e tem como fundamento a dignidade da pessoa humana. (1)

O Código de Ética Médica expressa, em Princípio Fundamental que: “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. (2)

Considerando essas duas referências, entendemos que a ação do médico – o ato médico – tem como objetivo o benefício do doente. O benefício é a expressão do princípio da beneficência da Bioética. (3)

Na relação ética entre o médico e a pessoa doente deve ser sempre levado em consideração que conflitos poderão surgir quando se considera que o médico pode ter “sua ética” e o doente “sua ética”.

Das diferenças e semelhanças entre elas é que surgirá a ética nas relações humanas.

Nos últimos tempos tem havido uma dificuldade de entender o fenômeno da morte em diversas situações, especialmente, quando se reconhece que o doente encontra-se em fase terminal de vida, dificuldade que tem gerado grande debate envolvendo as pessoas do meio científico ou não.

Por vezes transformadas em tragédias pessoais e familiares as questões relacionadas com a terminalidade da vida ultrapassam os limites da confidencialidade, invadindo terreno movediço entre um coletivo sensacionalista manipulado pela mídia ou interesse de grupos e a privacidade discreta das pessoas.

No caso da morte encefálica, que é constatada através de um diagnóstico preciso, com vários testes e exames, não existindo nenhuma atividade do córtex cerebral e nenhuma atividade do tronco cerebral, ou seja, dos órgãos responsáveis pela respiração do indivíduo, a aceitação da morte nos parece clara.

No caso de vida vegetativa, permanente, pode haver uma atividade do tronco cerebral e o paciente pode respirar espontaneamente. O nível de consciência na morte encefálica ou na vida vegetativa permanente pode ser considerado zero. Há sempre a dúvida se essa pessoa pode pensar. É preciso entender que o pensar é mais profundo.

Ao se concluir o diagnóstico de morte encefálica pode-se afirmar que não há nenhum tipo de atividade da célula ou do tecido cerebral. Se não existe esta atividade, evidenciada por testes, não haverá qualquer tipo de atividade para o lado do pensamento.

O pensamento é a condição mais complexa do cérebro. Deve existir uma integridade muito grande das células do sistema nervoso central para que haja o pensamento.

É razoável lembrar que: naturalmente, decorre que ao conceituarmos vida é preciso levar em consideração a integridade das células e, sobretudo, como essa integridade das células, a integridade do indivíduo permite que ele se relacione com o seu meio qualificando sua vida.

Ao retirarmos ou suspendermos os tratamentos chamados fúteis, dispendiosos, dolorosos, o médico admite que o paciente morra, inclusive se possível no seio de sua família, com apoio de seus familiares, e, sobretudo recebendo medicamentos para aliviar seu sofrimento.

Promovido pelo Conselho Federal de Medicina, órgão que disciplina e fiscaliza a prática médica no Brasil, houve, no ano de 2006, uma grande mobilização de diferentes especialistas da área dos cuidados com doentes em fase terminal da vida, que culminou na elaboração de um dispositivo ético que permite o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que

prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

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

Essa resolução do Conselho Federal de Medicina apoia-se na Constituição da República Federativa do Brasil que consagra o Estado Democrático de Direito e tem como fundamento a dignidade da pessoa humana (1)

A Resolução CFM nº 1.805, de 9 de Novembro de 2006, prescreve:

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

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

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

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

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.”(4)

Na aplicação do referido dispositivo ético é fundamental que se considere o conceito de “Distanásia: a palavra significa: obstinação diagnóstica e terapêutica e tem uma forte conotação de autoritarismo”. De origem grega significa: "morte difícil e penosa".

O conceito de distanásia indica o prolongamento do processo da morte, por meio de tratamentos (extraordinários) que apenas têm o objetivo de prolongar a vida biológica do doente.

As condutas distanásicas podem estar relacionadas com:

1. A convicção acrítica de que a vida é um bem pelo qual se deve "lutar" até ao limite, não levando em consideração a qualidade da vida;
2. O desprezo e a ignorância pela vontade do doente e de seus familiares;
3. A angústia do médico diante do insucesso terapêutico e a resistência em aceitar a morte do doente. (5)

A Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006 foi incorporada pelo atual Código de Ética Médica no Capítulo V – Relação com Pacientes e Familiares:

“É vedado ao médico:

(...)

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.” (6)

Esses dispositivos éticos – a Resolução nº 1805 e o Código de Ética Médica - procuram dar ao médico resposta para a seguinte indagação: não havendo vida humana com qualidade, pergunta-se: que alternativa existe?

Frente à morte, em geral, o médico assume uma posição de enfrentamento, considerando-a sua “maior adversária”. Desse posicionamento pode decorrer uma luta desigual pela manutenção da vida a qualquer custo, indiferentemente da vontade do doente e de seus familiares.

Pode também ser estabelecida uma condição de intransigência do médico quanto à real possibilidade de morte do doente. Tal conduta pode trazer como consequência a agonia prolongada, dor e sofrimento ao doente e seus familiares. (7)

Alternativas discutidas entre profissionais de saúde e a sociedade dizem respeito a um conjunto de atitudes e procedimentos que, levando em consideração a integridade da pessoa, respeita seus direitos e sua autonomia de decidir sobre a sua morte.

Nesses casos, considera-se que a retirada e suspensão de tratamentos dolorosos, inúteis e dispendiosos de manutenção de vida, possibilitam que o doente em fase terminal de doença grave e incurável e seus familiares compartilhem da decisão sobre o seu destino.

A manifestação prévia do doente aos acontecimentos da fase terminal de vida levou o Conselho Federal de Medicina a elaborar as **Diretivas Antecipadas de Vontade dos Pacientes**, abaixo em sua íntegra:

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

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

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

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

CONSIDERANDO que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo;

CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 9 de agosto de 2012, resolve:

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

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente. (8)

A Resolução: *Diretivas Antecipadas de Vontade dos Pacientes* tem o objetivo de estimular médicos e pacientes a conversarem sobre os futuros desdobramentos quando de um agravo de saúde, que põem em risco a saúde de uma pessoa, especialmente quando do diagnóstico e tratamento de doenças graves e incuráveis.

Esta conversa deverá acontecer em qualquer momento e não só na fase terminal destas doenças, por isso: diretivas antecipadas.

Com relação aos saudáveis, penso que na consulta médica, quando se estabelece um vínculo de empatia e confiança entre médico e paciente, as questões relacionadas ao fim da vida podem ser conversadas.

Referências

- 1- Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Ed. Saraiva, 2005. (Coleção Saraiva de Legislação)
- 2- Brasil. Conselho Federal de Medicina (2009). *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- 3- Beauchamp, T.L.; Childress, J. T. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press. 2001
- 4- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.805, de 9 de novembro de 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. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169.
- 5- Leone S, Privitera S, Cunha JT da (coords). *Dicionário de bioética*. Aparecida, SP: Editora Santuário. 2001.
- 6- Brasil. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009*. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 2009
- 7- Pessini L. *Distanásia: até quando prolongar a vida*. São Paulo: Loyola; 2001.
- 8- Brasil. Resolução CFM nº 1.995, 9 De Agosto De 2012. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo; Brasília, 31 ago. 2012, Seção 1, p.269.

Data de recebimento: 22/04/2015; Data de aceite: 25/05/2015.

*Texto elaborado a partir da apresentação realizada no Seminário: *Longevidade e Testamento Vital: estamos preparados?*, realizado pelo Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento – OLHE, em 18/03/2015 em São Paulo.

Reinaldo Ayer de Oliveira - Médico. Professor de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenador do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Email: rayer@usp.br



O Testamento Vital e seus aspectos jurídicos e gerontológicos

Pérola Melissa Vianna Braga

O Testamento Vital é um documento público, uma declaração de vontade, redigido por uma pessoa totalmente capaz, que tem por objetivo dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que esta pessoa deseja ou não para si quando estiver com uma doença ameaçadora de sua vida, fora de possibilidades terapêutica e impossibilitada de manifestar livremente sua vontade.

A capacidade civil necessária para a declaração do testamento vital é a chamada capacidade de exercício, que é a aptidão de exercer por si os atos da vida civil, dependendo, portanto, do discernimento, que significa ter critério, prudência, juízo, tino e inteligência para manifestar sua vontade.

A capacidade civil é tratada no ordenamento jurídico brasileiro pelo artigo 5º Caput do Código Civil: *Art. 5º A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.* E é regida pelo Princípio da Presunção da Capacidade, onde a capacidade é a regra e a incapacidade deve ser comprovada judicialmente.

Assim, a partir da maioridade civil, aos 18 anos, toda pessoa, brasileiros ou estrangeiros residentes no Brasil, passam a ter capacidade civil que, como colocado, é a aptidão genérica de exercício, por si, de direitos e deveres, ou seja, de gestão da própria vida. Essa capacidade somente cessa através de um processo legal de Interdição de Incapaz, conforme determina o artigo 1.767 do Código Civil que segue o procedimento previsto nos artigos 1.177 a 1.191 do Código de Processo Civil, como objetivo duplo: a interdição do incapaz e a nomeação de um curador.

Portanto, o testamento vital é faculdade exclusiva de pessoas totalmente lúcidas. Pessoas que querem dispor sobre situação futura cujo objetivo é definir

critérios a respeito do chamado *Processo de Morrer* ou *Processo de Morte*, definindo os limites acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que esta pessoa deseja ou não deseja para si quando estiver no estado terminal da vida.

Elizabeth Kübler-Ross (2000) foi pioneira em descrever o processo de morte em cinco estágios: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. A autora descreve como pacientes terminais vivem o processo de morrer ou de terminalidade.

A *negação*, primeira fase do *Processo de Morrer* pode ser uma defesa temporária ou, em alguns casos, pode sustentar-se até o fim. O paciente desconfia do resultado de exames ou da competência dos médicos e das equipes de saúde. Geralmente o pensamento que traduz essa defesa é: "não, isso não é verdade". Para essas pessoas, a busca pela vida ou por uma *sobrevida* será intensa, e seus familiares provavelmente seguirão o mesmo padrão comportamental, o que, por fim, é mais fácil que aceitar a morte e as disposições de um Testamento Vital.

Justamente por isso, defendo que o Testamento Vital deva ser um documento público, registrado como Escritura Pública em Tabelionato de Notas, e que seu conteúdo seja de conhecimento da família e dos amigos próximos. E mesmo que a lei estabeleça a presunção da capacidade civil, como demonstrado anteriormente, também defendo que os declarantes juntem dois relatórios médicos comprovando sua capacidade plena para todos os atos da vida civil, de forma que o Testamento Vital fica tão fortalecido e perene que dificilmente seu conteúdo será contestado por familiares do paciente-declarante.

A verdade é que o *Processo de Morrer* não ocorre só com a própria pessoa, mas também com seus familiares e pessoas muito próximas. Este processo é individual e personalíssimo, ou seja, cada um vive este momento de maneira própria, mas também é coletivo, no que tange à família e aos amigos muitos próximos. Afirma Elizabeth Kübler-Ross (2000) que o padrão provável dos cinco estágios - negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – não é vivenciada por todos e, mais complexo, é o fato de que muitas vezes a própria pessoa aceita a sua morte, mas seus familiares ficam estagnados na *negação*.

Assim, mesmo que o declarante esteja alinhado com seu médico a respeito dos cuidados, tratamentos e procedimentos desejados, o Testamento Vital é um registro de vontade importante que pode evitar conflitos entre os familiares e os médicos e suas equipes, evitando inclusive a Distanásia que, como afirma Diniz (2001), trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou a adoção de tratamentos inúteis, que não visa prolongar a vida, mas sim prolongar o processo de morte.

Ressalta-se que o direito de morrer dignamente deve ser considerado em toda sua importância, especialmente em casos nos quais os pacientes se encontram em fase terminal da vida e ou sendo submetidos a tratamentos muito invasivos e com muito sofrimento. Se o paciente estiver lúcido e capaz, ele deve decidir

se quer ser submetido a esses tratamentos ou se prefere as medidas de conforto e os cuidados paliativos. Segundo Figueiredo (2005):

CUIDADOS PALIATIVOS são um conjunto de atos multiprofissionais que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude, isto é, quando a morte dele se aproxima. Na maioria das vezes, a família é também abraçada pela equipe multiprofissional, pois ela compartilha do sofrimento do paciente, momento este importante e decisivo de haver esgotado todos os recursos terapêuticos de que se dispõem na atualidade antes de etiquetar um enfermo como terminal, pois este cuidado prolonga-se após a morte sob a forma de atendimento ao luto dos familiares. (FIGUEIREDO, 2005 p. 28)

Mas e se o paciente não estiver lúcido? Neste caso, havendo o Testamento Vital, ele deve ser seguido como diretriz para a equipe de saúde. Não havendo a referida manifestação de vontade, os familiares devem ser consultados e o médico pessoal do paciente também, se ele existir.

Ocorre que, na realidade econômica-social atual, poucos doentes podem realmente afirmar que possuem um médico particular ou pessoal, um médico acompanhante, também chamado de médico de família. A maioria das pessoas utiliza o sistema público de saúde ou convênios médicos, nos quais a relação médico-paciente é menos estreita, e os registros das consultas pouco detalhados.

Na maior parte dos casos, se o paciente não estiver lúcido, a decisão caberá ao médico responsável pela internação e ou pelo tratamento ou pelo plantão (em casos emergenciais), além dos familiares ou ao curador. Por todas essas características, o Testamento Vital tem se tornado uma realidade e uma prática em crescimento, uma vez que registra de forma indubitável a vontade do próprio paciente.

Embora não exista ainda no Brasil uma legislação específica que trate do assunto, a validade do Testamento Vital está garantida por legislações importantes: Na Constituição Federal de 1988: Artigo 1º, III, que trata do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, Artigo 5º, que trata do Princípio da Autonomia Privada e no Artigo 5º, III que trata da Proibição constitucional de tratamento desumano.

Especificamente em relação aos idosos, no Brasil os maiores de 60 anos, há legislação que trata do direito de escolha, onde está implícito o direito de escolher o não tratamento.

O Estatuto do Idoso (Lei 10741/03):

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

No mesmo sentido, ainda no Estatuto do Idoso declara:

Art. 10

(...) § 2º: O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.

Saindo da especificidade do envelhecimento e voltando para a generalidade de toda e qualquer pessoa, as resoluções do **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM)** também são fontes de direito:

RESOLUÇÃO nº 1.805/2006: Ementa: 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.

RESOLUÇÃO nº 1.995/2012: Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

O Conselho Federal de Medicina preferiu usar a expressão *diretivas antecipadas de vontade*, conceito mais amplo que o do Testamento Vital, pois abrange, além do Testamento Vital, a declaração de vontade indireta, ou seja, abrange as vontades do paciente registradas pelo próprio médico no prontuário ou ficha médica daquele e até mesmo as conversas entre os dois, onde a vontade do assistido ficou clara para o profissional que lhe assiste.

Importante informar que a Resolução nº 1.995/2012 já foi objeto de ação que questionava sua inconstitucionalidade e foi considerada constitucional e tal reconhecimento vale em todo o território nacional conforme a sentença na Ação Civil Pública n.1039.86.2013.4.01.3500/classe710. Justiça Federal de Goiás. No mesmo sentido de morte com dignidade, tem-se a Resolução 1480/97, que estabelece parâmetros de constatação de morte encefálica.

Também é importante fonte de direito, o **Código de Ética Médica** (Resolução 1931/2009 – Conselho Federal de Medicina) que afirma:

Capítulo I - Princípios Fundamentais:

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

(...)

Art. 41 - parágrafo único: “nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”

O Testamento Vital busca garantir o respeito à vontade do paciente, de forma a evitar o prolongamento demorado de sua morte, primando pela Ortotanásia, em detrimento da Distanásia (DINIZ, 2007).

O termo Ortotanásia vem de orto = certo + thanatos = morte e significa morte correta, ou seja, a morte pelo seu processo natural. Neste caso o doente já está em processo natural da morte e recebe uma contribuição do médico para que este estado siga seu curso natural. Assim, ao invés de se prolongar artificialmente o processo de morte (Distanásia), deixa-se que este se desenvolva naturalmente (Ortotanásia).

Somente o médico pode realizar a Ortotanásia, e mais que isso, enquanto médico, não está obrigado a prolongar a vida do paciente contra a vontade deste e contra suas próprias convicções (vide Resolução do CRM 1805/2006) ainda que os familiares assim o requeiram.

Uma vez conceituada a Distanásia e a Ortotanásia, importante também conceituar a Eutanásia.

O termo Eutanásia do grego: eu = bom, bem + thanatos = morte, é a morte provocada em paciente vítima de forte sofrimento e doença incurável. Contudo, enquanto a Ortotanásia é conduta atípica frente ao Código Penal, pois não é causa de morte da pessoa, uma vez que o processo de morte já está instalado, a Eutanásia é caracterizada como ilícito penal, ou seja, crime tipificado, conforme a situação, em três possibilidades: Homicídio Tipificado, Auxílio ao Suicídio, ou Homicídio Privilegiado (por motivo de relevante valor social),

tipificados respectivamente nos artigos 121, 122 e 133 do Código Penal Brasileiro.

A legalização da Eutanásia ainda é motivo de enorme polêmica, mas em relação à Ortotanásia existe mais aceitação social, tanto que tramita pelo Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 6.715/2000, que visa alterar o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 e que regulamenta a matéria.

Em termos de legislação comparada, Diniz (2007) afirma que:

O direito de morrer com dignidade não é novidade na literatura ou na legislação alienígena. O Papa Pio XII já afirmava em 1957 que ninguém é obrigado a curar-se com terapias arriscadas, excepcionais, onerosas, repulsivas, temíveis ou dolorosas. Muito antes dele, Hipócrates questionou o valor da vida diante do sofrimento insuportável. (DINIZ, 2007, p. 357)

Há dispositivos legais em tudo o mundo que normatizam a autodeterminação do paciente e, a título de ilustração, o PSDA – The Patient Self-Determination Act, lei norte-americana de 1991, que inclui a manifestação explícita da própria vontade relativa às providências a serem tomadas, por meio de um testamento de vida - *living will* (DINIZ, 2007 p. 370).

Concluiu-se que o Testamento Vital é um importante passo na conquista do direito à morte digna, e pode significar um elemento de segurança para o declarante-paciente, e para a equipe de saúde assistente, especialmente quando houver conflito ou resistência da família em aceitar o *processo de morte* de um ente querido e a implementação de medidas de conforto e um plano de cuidados paliativos, visando proporcionar uma morte tranquila, no tempo certo, sem dor e sem sofrimentos, quando a finitude for previsível e inevitável, conforme convicção médica.



O Testamento Vital pode ter este título ou não. O que importa é o seu conteúdo, e não necessariamente sua nomenclatura. Todos os documentos e entendimentos técnicos convergem para o respeito à vontade do paciente, e na falta deste, da vontade de sua família ou de seu representante legal. Mas existem pessoas sem família e sem representantes legais.

E existem pessoas que têm família, mas não possuem vínculos de afeto com tais parentes e, nestes casos, o Testamento Vital é um importante instrumento para que o paciente sinta certa segurança sobre os caminhos a serem enfrentados no seu processo de finitude ou terminalidade de vida.

Referências

DINIZ, M. H.. *O estado atual do biodireito. Conforme a Lei n. 11.105/2005.* (4ª. ed. rev. e atual) São Paulo: Saraiva, 2007.

FIGUEIREDO MTA. Humanização da finitude do homem – cuidados paliativos. *Prática Hospitalar.* 2005 Out

ROSS, E. K. *Sobre a Morte-Morrer.* 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

Data de recebimento: 22/04/2015; Data de aceite: 25/05/2015.

Pérola Melissa Vianna Braga - Advogada especializada em Direitos do Idoso, Direitos das Minorias e Políticas Públicas de Proteção e Inserção Social. Mestre em Direito das Relações Sociais pela PUC/SP, professora universitária, coordenadora do curso de Pós Graduação Lato Sensu em Gerontologia da UNIVAP – Universidade do Vale do Paraíba e autora dos livros: *Direitos do Idoso.* São Paulo: Quartier Latin, 2005 e *Manual de Direitos do Idoso.* São Paulo: Atlas, 2012. Email perola.braga@uol.com.br



Depoimento

Testamento vital: eu fiz o meu!

Elca Rubinstein

Testamento vital está na moda! Até alguns anos atrás, ninguém pensaria em fazer um testamento vital: não se fazia necessário. As pessoas ficavam doentes e morriam e, portanto, não precisavam de intérpretes que tomassem decisões importantes quando o doente não estivesse mais em condições de comunicar suas diretivas às equipes de cuidados médicos. Isso era antes. Hoje, com o desenvolvimento da medicina e da tecnologia, pessoas doentes permanecem vivas por muito mais tempo, muitas vezes em condições bastante fragilizadas, e frequentemente com dificuldades de comunicação, seja por terem perdido a consciência da realidade, seja por problemas de audição, visão ou fala. Numa situação como essa, sem ter preparado o seu texto vital, você ficará à mercê das decisões dos seus herdeiros e dos seus médicos, sem a possibilidade de fazer escolhas mais condizentes com o que você gostaria que acontecesse.

Foi pensando nisso que decidi fazer meu testamento vital. Fiz, e estou muito satisfeita com o resultado. E decidi compartilhar o meu processo, explicando as razões por trás da minha decisão e elaborando sobre as rodas de conversas que se abriram ao longo do caminho.

AS RAZÕES: Eu identifico quatro razões principais:

- 1) Razões físicas: para poder fazer meu testamento vital, eu fiz uma análise cuidadosa de vários cenários, identificados com diferentes tipos de doença que podem surgir, e identifiquei critérios sobre o que eu quero e o que eu não quero que façam comigo. Se a doença não alterar minha lucidez e consciência, essa análise tornará mais fácil minha tomada de decisão num momento difícil entre a vida e a morte. E caso eu não esteja lúcida e consciente, já deixo tudo por escrito para que meus filhos e meus médicos possam nortear suas decisões.
- 2) Razões filosóficas: muitas pessoas não querem tomar contato com assuntos difíceis, relacionados com a morte. Preferem deixar para resolver depois, quando for a hora, enfrentando o risco de acabar não dando tempo para fazer nada na hora H. Outros alegam que não vale sequer a pena pensar no assunto com antecedência porque, quando chegar a hora, tanto faz o que vai acontecer. Minha filosofia é outra. Eu acho que vale a pena estar preparada para situações difíceis que possam estar à minha espera. E quero poupar-me de um fim de vida sem dignidade. Estou empenhada

em quebrar um tabu, em mudar o paradigma, de forma a poder falar da minha morte sem medo.

- 3) Razões logísticas: existe hoje no Brasil um instrumento e uma legislação que permitem a qualquer pessoa deixar por escrito as diretrizes sobre os últimos momentos de sua vida. Na Europa e nos Estados Unidos, onde a conversa sobre morte está mais avançada, existem vários instrumentos para a elaboração de um testamento vital. No Brasil, o assunto é recente e o instrumento disponível é relativamente vago e desarticulado. O testamento vital brasileiro é uma descrição do que o paciente quer, ou não quer, que pode ser escrita pelo paciente ou pelos seus médicos, e que fica arquivada no prontuário do paciente. Eu optei por um instrumento diferente, disponível nos Estados Unidos, muito mais detalhado, e que fica em poder do paciente e daqueles que o paciente nomeia como seus interlocutores, incluindo seus médicos. Esse documento chama-se *Five Wishes*⁵, e tem valor legal na maior parte daquele país. Por ser um documento com muitas perguntas bem claras e específicas, pareceu-me mais fácil usá-lo para articular minhas ideias do que se eu tivesse que partir de uma página em branco.
- 4) Razões motivadas pelo impulso: talvez a razão mais importante que me levou a preparar meu testamento vital tenha sido o fato de essa tarefa ter sido lição de casa obrigatória no curso de Gerontologia que fiz nos Estados Unidos há três anos. No início, fiquei bloqueada. Eu não tinha respostas para o que era perguntado no documento. O tempo passava e eu não me animava a completar a tarefa. Mas, pouco a pouco, fui criando coragem de enfrentar o monstro imaginário e, diligentemente, ganhei a batalha.

AS CONVERSAS

À medida que me dedicava a responder as perguntas difíceis que estavam no documento dos *Five Wishes* fui derrubando barreiras, abrindo portas e estabelecendo rodas de conversa.

A primeira conversa foi comigo mesma. Precisei enfrentar o tabu de que falar da minha morte poderia me trazer um mau agouro. Toda vez que eu tentava falar desse assunto com outras pessoas, a resposta era um sonoro “Deus que me livre”. Foi só no diálogo comigo mesma que comecei a visualizar os cenários e pude definir o que queria, o que não queria, e o que não precisava ser definido antecipadamente. Percebi que, assim como faço seguro do meu carro, tomando todas as providências para o caso de um acidente, assim vou identificar as providências para o caso de um acidente com a minha saúde ou a minha vida.

A segunda roda de conversa que se estabeleceu foi com meus filhos, nomeados meus interlocutores caso eu não tenha consciência, lucidez ou meios para expressar minhas vontades. Tenho uma filha e dois filhos e tive

⁵ Para mais informações sobre o instrumento, vide <http://agingwithdignity.org/forms/5wishes.pdf>

que fazer as conversas separadamente já que as reações dos três foram bastante diferentes. Um deles se abriu para essa discussão e achou tudo muito interessante; outro resistiu muito até conseguir estabelecer o diálogo; e o terceiro aceitou minhas decisões sem achar necessário entabular uma conversação sobre o assunto. Ao cabo de alguns meses, todos se disponibilizaram e assinaram o documento e, para minha surpresa, continuaram a conversa levando a discussão para tópicos não explicitados no testamento vital.

Paralelamente às conversas comigo e com os filhos, estabeleci um diálogo com alguns de meus médicos. Eu precisava entender melhor os cenários e saber quais seriam as situações onde valeria a pena estabelecer minhas diretivas antecipadas. Fui aprender sobre doenças e tratamentos e sobre ética médica para identificar as situações que mereceriam ser incluídas no testamento vital.

E, finalmente, iniciei recentemente minha última roda de conversas, com minha advogada, que contratei para me ajudar a obter uma autorização judicial para fazer valer as diretivas que compõem meu testamento vital. Ela conseguiu isso para o testamento e estamos confiantes de que vai conseguir para o meu também.

O processo, iniciado em 2012, não foi fácil nem foi rápido: mas valeu a pena! Pus tudo por escrito e sinto-me com o dever cumprido de ter tomado as devidas providências: entreguei uma cópia do documento a cada um dos meus filhos, coloquei uma cópia no meu prontuário no consultório de cada um dos médicos que me ajudaram no processo, e guardei o original no meu congelador, num saquinho plástico lacrado, caso a empregada tenha que chamar uma ambulância de urgência. Aproveitei o embalo para fazer um rol de *dos and donts* sobre outras questões relacionadas com os momentos finais da minha vida, assim como uma lista com as informações mais importantes, com o intuito de facilitar as coisas para meus filhos quando chegar a minha vez.

E agora posso viver minha vida e dormir sossegada, e construir o futuro que tenho pela frente.

Aleluia!

Data de recebimento: 22/04/2015; Data de aceite: 25/05/2015.

Elca Rubinstein - PhD em economia por Vanderbilt University, ex professora da UnB e da FEA/USP, ex senior economist no Banco Mundial em Washington, atual coordenadora do Death Café Sampa. Email: elcarubi@yahoo.com.br