



# **CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

*Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016*  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Nilda Belo de Moraes

## **“ CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES TERMINAIS E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE JUNTO AOS FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE EQUIPE”**

Palmas – TO

2018

Nilda Belo de Moraes

**“CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES TERMINAIS  
E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE JUNTO AOS FAMILIARES E  
PROFISSIONAIS DE EQUIPE”**

Monografia elaborada e apresentada como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso TCC II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me Izabela Almeida Querido

Palmas – TO

2018

Nilda Belo de Moraes

**“ CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES TERMINAIS  
E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE JUNTO AOS FAMILIARES E  
PROFISSIONAIS DE EQUIPE”**

Monografia elaborada e apresentada como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso TCC II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA)  
Orientador: Prof.<sup>a</sup>. Me Izabela Almeida Querido

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Me Izabela Almeida Querido

Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

---

Prof.<sup>a</sup>. Me Carolina Santin Cótica

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

---

Prof.<sup>a</sup>. Me Ruth do Prado Cabral

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Palmas – TO

2018

## RESUMO

MORAIS, Nilda Belo. “ **Cuidados Paliativos com pacientes terminais e diretivas antecipadas de vontade junto aos familiares e profissionais de equipe**” 2018. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2018.

Atualmente existe um grande esforço em modificar a cultura dos cuidados em fase terminal de vida. Esse esforço tem sido explanado como uma área de estudo emergente denominada cuidados paliativos, ou seja, cuidados necessários na fase final de vida. Com isso, propomos neste projeto estudar os Cuidados Paliativos com pacientes terminais e diretivas antecipadas de vontade. Tendo como a situação problema: Quais os desafios no cumprimento de diretivas antecipadas de vontade com pacientes terminais onde a morte é esperada em dias ou semanas? Os Cuidados Paliativos constituem-se uma área de conhecimento cujo modelo de intervenção é baseado no processo de cuidar. O ato de cuidar é compreendido como resultado de uma combinação de responsabilidade e ética. Baseia-se no respeito à existência como um direito. O objetivo geral deste estudo é observar os desafios que as famílias e profissionais de saúde enfrentam no cumprimento de diretivas antecipadas de vontade com pacientes terminais onde a morte é esperada em dias ou semanas. A metodologia a ser utilizada para este estudo será a revisão bibliográfica, narrativa, fará uso de materiais já publicados tais como: livros, revistas, periódicos que tratem do assunto abordado, entre outros. Pode-se afirmar que este estudo obteve os resultados esperados. Finaliza-se destacando a importância de realiza-se estudos no Brasil que venham explicar os diversos aspectos desse tema abordado, de modo a contribuir para uma proposta mais ampla e para uma cultura que encare o processo da morte e do morrer de maneira mais construtiva, e a morte digna não seja somente um conceito, mas se torne realidade.

**Palavras chave:** Cuidados Paliativos, Diretivas Antecipadas de Vontade

## ABSTRAT

MORAIS, Nilda Belo. "**Palliative care with terminally ill patients and early will directives with family members and team professionals**" 2018. 58 f. Course Conclusion Work - Psychology Course, Lutheran University Center of Palmas, Palmas/ TO, 2018

Currently there is a great effort to modify the culture of end-of-life care. This effort has been explained as an emerging area of study called palliative care, that is, care needed in the final stage of life. With this, we propose in this project to study the Palliative Care with terminal patients and anticipated directives of will. Having as problem situation: What are the challenges in meeting early will directives with terminally ill patients where death is expected in days or weeks? Palliative care is an area of knowledge whose intervention model is based on the caring process. The act of caring is understood as the result of a combination of responsibility and ethics. It is based on respect for existence as a right. The general objective of this study is to observe the challenges that families and health professionals face in complying with early will directives with terminal patients where death is expected in days or weeks. The methodology to be used for this study will be the bibliographic review, narrative, will make use of already published materials such as: books, magazines, periodicals that deal with the subject addressed, among others. It can be said that this study obtained the expected results. It ends by emphasizing the importance of conducting studies in Brazil that will explain the various aspects of this topic addressed, in order to contribute to a broader proposal and to a culture that faces the process of death and dying in a more constructive way, and worthy death is not just a concept, but a reality.

**Keywords:** Palliative Care, Advance Directives

## LISTA DE QUADROS

Quadro I: Os princípios éticos que norteiam os cuidados paliativos.....	31
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
CP	Cuidados Paliativos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
DAV	Diretivas Antecipadas de Vontade
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 OS CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES TERMINAIS E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE JUNTO AOS FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE EQUIPE.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 CONCEITOS ENVOLVENDO OS CUIDADOS COM PACIENTES TERMINAIS</b>	<b>10</b>
<b>2.1.1 O conceito de diretivas antecipadas de vontade .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 O PACIENTE EM ESTADO TERMINAL E SEUS DIREITOS .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2.1 Direito de decisão e a recusa do tratamento médico.....</b>	<b>18</b>
<b>3 RELAÇÃO FAMÍLIA E PACIENTE E TODA EQUIPE ENVOLVIDA NO CUMPRIMENTO Á VONTADE DO PACIENTE.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 O PSICÓLOGO NO ATENDIMENTO DE PESSOAS EM ESTADO TERMINAL .</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Bioética e os cuidados paliativos em pacientes terminais: algumas ponderações éticas em torno dos Códigos e da distanásia .....</b>	<b>30</b>
<b>4 DILEMAS BIOÉTICOS EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE DIANTE DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1 O IMPASSE DA FAMÍLIA DIANTE DA VONTADE DO PACIENTE NO FIM DA VIDA E A LEGALIDADE DENTRO DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO DIANTE DA VONTADE ANTECIPADA DO PACIENTE TERMINAL .....</b>	<b>38</b>
<b>4.2 DECORRÊNCIAS ACERCA DO CONFLITO DE INTERESSES NA ÁREA DA SAÚDE .....</b>	<b>45</b>
<b>5 MORTE DIGNA: ALICERCE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV) .....</b>	<b>49</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>



# 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da vida humana há uma fase de deterioração da existência que antecede o fim natural e universal para todos nós, como é para qualquer outro ser vivo. Para que esta fase de vida seja menos dolorida, tanto para o paciente como para seus familiares é que surgiram os Cuidados Paliativos, é uma palavra latina que vem de *Palliun*, com significado manto que sugeri acolhimento. Reconhecendo a importância da vida promovendo o alívio da dor e sintomas, mas também, reconhece a morte como processo natural (Santos, 2009).

Onde propõe-se intervenções de proximidades, de valorização, de dignidade para com a vida. Propõem, ainda, a abertura de uma forma de educação para a morte, transmitindo conhecimento fidedigno do processo de morte e morrer, e como intervir em cada fase desse processo, afim de atingirmos o objetivo maior de dar qualidade de vida ao paciente, à sua família e para a equipe que o assiste.

Apesar de ser uma prática relativamente recente, pois seus primeiros feitos surgiram nos anos 1980. Todo conhecimento sobre o cuidar nas etapas finais da vida está consolidado e disponível sob diversas formas para aqueles que desejam trabalhar de acordo com o que é preconizado por tal abordagem. Todavia, ainda assim, pouco se tem avançado se consideramos os países em desenvolvimento, entre eles o Brasil.

A WHO (OMS), define cuidado paliativo:

Como uma abordagem que visa a melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças incuráveis e que ameaçam a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual (WHO, 2015, p. 33).

Atualmente existe um grande esforço em modificar a cultura dos cuidados em fase terminal de vida. Esse esforço tem sido explanado como uma área de estudo emergente denominada cuidados paliativos, ou seja, cuidados necessários na fase final de vida. E tais cuidados necessitam de uma equipe de multiprofissionais e entre eles em especial o psicólogo que além de trabalhar o estado emocional do paciente o mesmo tem a tarefa de acolher as necessidades dos familiares e de toda a equipe de profissionais que esteja ligado ao paciente.

O trabalho em equipe é um deles e pressupõe que o psicólogo desenvolva a habilidade de comunicar-se com profissionais de outras áreas do conhecimento. Parece consensual, na bibliografia referente ao tema, a ideia de que a interdisciplinaridade requer flexibilidade, mas não o apagamento das especificidades. Essas últimas são fundamentais para que necessidades distintas (médicas, sociais, psicológicas, espirituais etc.) do doente, da família e da equipe possam ser reconhecidas e atendidas pela articulação entre ações de diferentes áreas.

Para se colocar em condição de participar de trocas efetivas com profissionais de outros saberes, é necessário que o psicólogo procure ter clareza sobre as possibilidades e os limites do seu campo de trabalho, evitando tomar para si modelos estranhos à sua prática (o modelo médico ou o religioso, por exemplo). É desejável, então, que o psicólogo identifique o seu objeto de estudo e intervenção, reconhecendo o campo epistemológico em que se situa sua prática.

Abordara-se também as diretivas antecipadas de vontade, onde o paciente em fase terminal tem seus direitos de decisão garantidos e os mesmos vem sendo discutidos pela doutrina civilista e bioética, onde se limita a destacar aspectos muito específicos de dois desses direitos, a saber: consentir de forma livre e esclarecida e recusar tratamento médico.

Tendo assim, como situação problema, quais os desafios no cumprimento de diretivas antecipadas de vontade com pacientes terminais onde a morte é esperada em dias ou semanas?

O objetivo geral deste estudo é observar os desafios que as famílias e profissionais de saúde enfrentam no cumprimento de diretivas antecipadas de vontade com pacientes terminais onde a morte é esperada em dias ou semanas.

Os Cuidados Paliativos constituem-se uma área de conhecimento cujo modelo de intervenção é baseado na humanização do processo de cuidar. O ato de cuidar é compreendido como resultado de uma combinação de responsabilidade e ética. Baseia-se no respeito à existência como um direito.

O interesse por este estudo foi despertado para que a sociedade e o meio acadêmico tenham maior visibilidade acerca dos cuidados paliativos em pacientes terminais e suas diretivas antecipadas de vontade, onde os cuidados paliativos são essenciais para que se possa alcançar o controle dos sintomas, principalmente a dor e outros sintomas devastadores de origem física, psicológica e emocional que se

avolumam no cliente com doença terminal. É nesse contexto que se faz necessária a adoção precoce de cuidados paliativos.

A morte é o fim da vida, e na maioria das vezes essa fase tem sido enfrentada tanto em hospitais, quanto em domicílios. Sendo assim, cabe a equipe de multiprofissionais que está próximo do paciente no dia a dia, demonstrar assistência em especial aqui se tratando do psicólogo, no que diz respeito aos cuidados com o doente na fase terminal, entendendo e lidando com os sintomas e emoções do mesmo.

A metodologia a ser utilizada para este estudo será de pesquisas de revisão bibliográfica, narrativa onde fará uso de materiais já publicados tais como: livros, revistas, periódicos que tratem do assunto abordado, entre outros. As Bases de Dados Bibliográficas são conjuntos de dados que se relacionam entre si, recursos ideais para conhecer as publicações da comunidade científica, por meio de informação bibliográfica de vários tipos de documento provenientes de diversas editoras, em áreas distintas do conhecimento, sendo atualizadas com muita regularidade.

A revisão da literatura é um elemento essencial no processo de elaboração de monografias, dissertações e teses. A revisão da literatura deve referenciar os estudos anteriormente publicados, buscando posicionar-se sobre a evolução do assunto; restringir a revisão da literatura às contribuições mais significativas relacionadas ao tema da pesquisa, bem como preocupar-se em fazer a citação dos autores – no texto e/ou em notas – e, de forma obrigatória, nas referências bibliográficas.

No primeiro capítulo abordar-se-á o conceito envolvendo os cuidados com pacientes terminais, no segundo capítulo abordar-se-á Relação família e paciente e toda equipe envolvida no cumprimento à vontade do paciente; no terceiro capítulo abordar-se-á Dilemas bioéticos em relação aos profissionais envolvidos na assistência ao paciente diante de diretivas antecipadas de vontade; no quarto e último capítulo abordar-se-á Morte digna: alicerce das DAV.

## **2 OS CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES TERMINAIS E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE JUNTO AOS FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE EQUIPE**

### **2.1 CONCEITOS ENVOLVENDO OS CUIDADOS COM PACIENTES TERMINAIS**

O conceito de Cuidado Paliativo teve origem no movimento *hospice* na década de 60, por Cecily Saunders e seus colegas que inclui a assistência, o ensino e a pesquisa, que difundiu pelo mundo uma filosofia sobre o cuidar com dois elementos fundamentais: o controle efetivo da dor e de outros sintomas, presentes na fase avançada da doença, e o cuidado com as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias. A esse modelo incorporou-se a necessidade de treinamento de profissionais como, por exemplo, para a utilização de morfina, e de voluntários, para oferecerem maior suporte aos pacientes e seus familiares no período final dos tratamentos e na fase de luto (PIMENTA, 2006).

Baseado na fala da dr<sup>a</sup> citada acima pode-se concluir que cuidados paliativos é o ato de cuidar e não curar, mas sim de manter-se focado às necessidades do paciente, até o final de sua vida.

Os Cuidados Paliativos foram determinados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, e redefinidos em 2002, como sendo uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial.

Surgiu em 1967 em Londres St. Christophers *Hospice*<sup>1</sup> sendo um marco na trajetória de Cuidados Paliativos, já em 1970 Elizabeth Kubler Ross uma psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos teve contato com o trabalho sobre Cuidados Paliativos da Dra. Saunders, onde a mesma os trouxe para América.

Em 1990 a Organização Mundial de Saúde definiu o conceito de CP e seus princípios para noventa países em quinze idiomas.

Segundo Pimenta:

---

<sup>1</sup> A palavra "Hospice" deriva de "hospedagem", conceito muito utilizado na Europa e América do Norte para designar instituições as quais aplicam os cuidados paliativos, que consistem em aliviar a dor e sofrimento, além de controlar os sintomas em pacientes que estão na fase final da vida.

A Organização Mundial de Saúde, em 1990, conceituou cuidados paliativos como cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controle da dor e outros sintomas (psicológico, social e espirituais) são prioridade e cujo objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para os pacientes. Os cuidados paliativos utilizam de uma abordagem multidisciplinar; abrangem o cuidado com o paciente, a família e a comunidade. Muitos desses cuidados são ministrados durante a doença e visam reduzir o sofrimento, oferecendo cuidado total (PIMENTA, 2006, p. 18).

Em 1997, foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), composta por um grupo de profissionais interessados no assunto, que propunham prática de divulgação da filosofia dos cuidados paliativos no Brasil.

Em fevereiro de 2005 foi criada a Academia Nacional de Cuidados paliativos (ANCP). A importância da mesma para o Brasil transcende os benefícios para a medicina brasileira. Para os “paliativistas” a fundação da academia é um marco não só para os cuidados paliativos no Brasil como para a medicina que é praticada no país. A academia foi fundada com o objetivo de contribuir para o ensino, pesquisa e otimização dos cuidados paliativos no Brasil (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2009).

Atualmente os Cuidados Paliativos vêm obtendo uma crescente valorização por parte dos familiares e dos profissionais de saúde, além dos gestores de instituições hospitalares e até mesmo as universidades vêm intensificando mais os estudos quando se trata de cuidados paliativos voltados para doentes em estados terminais.

Apesar dos CP estarem conexos ao tratamento do câncer, os mesmos aplicam-se, de forma geral, aos doentes com qualquer tipo de doença progressiva que constitua risco de vida.

Segundo Pereira:

As pessoas com doença grave, incurável e progressiva, sobretudo quando em fase avançada e terminal, vivenciam uma multiplicidade de problemas: de cariz físico, psicológico, emocional e espiritual. Efetivamente, todas as dimensões da pessoa são afetadas pela irreversibilidade da doença e pela morte iminente, fazendo emergir a necessidade de desenvolvimento de uma lógica de cuidados, que vise preservar a dignidade da pessoa e garantir-lhe o máximo de bem-estar durante o tempo que lhe resta viver (PEREIRA, 2010, p. 12).

Os cuidados paliativos vêm proporcionar uma qualidade de vida melhor e mais eficaz ao paciente em estado grave e de progressão rápida de doença, onde não há mais perspectiva de cura ou apresenta uma expectativa de vida limitada.

No entanto, cuidados paliativos não se baseiam apenas em prática e improvisação, constituem-se num conjunto de saberes científicos inerentes a diversas áreas de conhecimento e a inúmeros protocolos de intervenção clínica e terapêutica da ciência médica. Embora tenham que se amoldar à situação do paciente e às circunstâncias do momento terapêutico, possuem princípios claros, disponíveis em todo o repertório de atividades desenvolvidas, definidos desde 1986 pela OMS e reafirmados pela OMS em 2002.

No ano de 2004, a OMS inclui assistência completa a saúde, no tratamento de todas doenças crônicas, incluindo programas de atenção aos idosos (SANTOS, 2009).

### **2.1.1 O conceito de diretivas antecipadas de vontade**

Embora a terminologia “testamento” no ordenamento jurídico brasileiro e o âmbito internacional remeta ao instituto do Direito Civil, o que representaria o testamento vital no Brasil não se completa com essa prévia noção. Dentre as diferenças, está o campo em que se processam os efeitos da disposição de vontade, já que o testamento se faz eficaz “*causa mortis*” e o testamento vital, ainda durante a vida do indivíduo.

Definido como ato pessoal, unilateral e não solene, a declaração prévia de vontade do paciente terminal consiste em um exercício da autonomia privada, aliada ao princípio da dignidade humana (DADALTO, 2008). Tal declaração é, assim, uma declaração prévia de vontade realizada pelo paciente a respeito de quais tratamentos se submeterá ou não, podendo conter ainda nomeação de procurador, em casos de impossibilidade de manifestação de vontade do paciente em estado terminal. Neste sentido, a declaração prévia do paciente terminal nada mais é do que um meio de assegurar uma morte digna.

A denominação Diretivas Antecipadas de Vontade caracteriza adequadamente o seu propósito:

- a) Diretiva, por ser um indicador, uma instrução, uma orientação, e não uma obrigação;
- b) Antecipada, pois é dita de antemão, fora do conjunto das circunstâncias do momento atual da decisão;

c) Vontade, ao caracterizar uma manifestação de desejos, com base na capacidade de tomar decisão no seu melhor interesse (GOLDIN,2012).

A Resolução do CFM 2012 estabelece normas para os profissionais médicos e justifica esta proposta com base nos princípios contidos no próprio Código de Ética Médica de 1995, que coloca como um de seus fundamentos a questão da autonomia do paciente. Reconhecer a vontade do paciente não é destituir a autonomia do médico, mas sim distinguir a alteridade presente nesta relação, onde as decisões devem ser compartilhadas.

O mesmo deixa claro o que são as Diretivas Antecipadas de Vontade, onde o manifesto do ocorra de forma prévia, livre e autônoma, esta manifestação pode ocorrer no sentido de desejar receber ou não determinados tratamentos.

Quando o paciente demonstrar incapaz de manifestar a sua vontade, estes desejos podem ser antecipações que devem orientar a tomada de decisão no caso de incapacidade do paciente, é o que diz o artigo 2º:

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 (ART. 2º da RESOLUÇÃO CFM 1995/12).

Segundo a Resolução em questão, a declaração prévia de vontade do paciente terminal produz efeitos *erga omnes*, <sup>2</sup>prevalecendo à vontade previamente manifestada do paciente diante de outras, como a da família e a dos médicos. A

---

<sup>2</sup> Erga Omnes

É uma expressão em latim que significa "contra todos", "frente a todos" ou "relativamente à". Costuma ser usada no âmbito jurídico para se referir a uma lei ou norma que vale para todos os indivíduos (efeito vinculante).

vontade do paciente é soberana, desde que não contrarie o Código de Ética Médica, e pode sofrer modificações enquanto o paciente estiver em posse do discernimento. Deverá então o médico responsável pelo tratamento, ciente da vontade declarada, registrá-la no prontuário, para que se possa valer a vontade do moribundo (CFM, 2012).

Nos casos em que não houver uma manifestação prévia de vontade, não se tenha nomeado um procurador, não haja familiares ou estes estejam em discordância, a Resolução determina que os médicos devem recorrer ao Comitê de Bioética do hospital em que se encontra o paciente, ou, se esse inexistente, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina, para que uma solução seja dada a problemática de ordem ética e principiológica (CFM, 2012).

Indo além da Resolução, verifica-se que essa declaração prévia de vontade não é absoluta, sendo limitada pela “objeção de consciência do médico, a proibição de disposições contrárias ao ordenamento jurídico, e disposições que sejam contraindicadas a patologia do paciente ou tratamento que já estejam superados pela medicina” (DADALTO, 2008).

No que tange as diretrizes que sejam contraindicadas à patologia do paciente ou que prevejam tratamentos já defasados na Medicina, estas são consideradas nulas, numa tentativa de fazer com que o documento da declaração prévia de vontade do paciente terminal, diante de uma evolução nos tratamentos médicos e avanços na medicina, não fique defasado, representando um perigo aos interesses do paciente. Diante disso, tal limite visa proteger principalmente o melhor interesse do paciente, concretizando o princípio da beneficência (SÁ e NAVES, 2011).

## 2.2 O PACIENTE EM ESTADO TERMINAL E SEUS DIREITOS

As pessoas têm direito à vida. Discute-se, porém, que a vida não seria um direito subjetivo de cada pessoa. O direito à vida é tido por um bem jurídico da sociedade, e protegido pelo direito até mesmo contra a vontade do indivíduo, que não poderia renunciar ou dispor livremente desse direito.

Todos os doentes terminais têm o direito de:

- ✓ Serem tratados como pessoas até ao momento da morte.

Se for diagnosticada uma doença em fase terminal a uma pessoa, essa mesma deve ser tratada e cuidada como pessoa até à sua morte, pois não o deixará de o ser.

- ✓ Expressar os sentimentos e emoções relacionados com a proximidade da morte.



Todos os doentes em fase terminal têm o direito de se expressar e aliviar os seus sentimentos e emoções que se criaram devido à descoberta de uma breve morte, além de serem acompanhados por um psicólogo para que encarem a morte como um processo natural e não com raiva e angústia.

- ✓ Manter um sentimento de esperança.

Deve-se manter um sentimento de esperança no doente, pois, assim, o doente encontra um motivo para continuar a viver, e não como o seu fim. Assim o doente continuará a sentir que ainda pode ser útil ao mundo.

- ✓ Manter e expressar a sua fé.

Todo o doente tem o direito de manter e expressar a sua fé, através da religião em que acredita, pois esta lhe dará forças, e encara a doença como o que o seu Deus quis para ele, podendo assim, confiar no transcendente que lhe determina todos os momentos da sua vida.

- ✓ Ser cuidado por pessoas competentes e sensíveis.

Tal como tem o direito de ser tratado como pessoa, tem o direito de ser bem tratado e acompanhado por bons profissionais, tanto a nível físico como psicológico, para que o doente se sinta bem consigo mesmo e não maltratado pelos que o acompanham.

- ✓ Não sofrer indevidamente.

Ninguém tem o dever de sofrer, muito menos alguém a quem foi diagnosticado uma doença terminal, pois, muitas das doenças, na sua fase terminal, provocam imensas dores. Portanto, todo o doente terminal tem o direito de não sofrer na sua última fase de vida, fazendo uso de, na maior parte dos casos, opioides.

- ✓ Receber respostas adequadas e honestas.

Todos os doentes têm o direito de receber respostas honestas e verdadeiras, pois muitas vezes o doente interiormente já sabe que irá morrer, contudo ainda não sabe decifrar, ficando confuso. Portanto, não contar a verdade, significa alimentar uma ansiedade e cultivar um estado aflitivo de dúvida.

- ✓ Participar em todas as decisões.

Qualquer decisão deve ter o consentimento e a participação do doente, pois a compreensão do que é mais forte do que o doente e que transcende pela força e pelo determinismo confere-lhe a liberdade de situar o doente no que ele não pode mudar, assim, se o doente participar em todas as decisões dentro das suas condicionantes,

não transforma as coisas, mas transforma o próprio doente na medida de ainda poder escolher a sua forma de ser tratado, modificando a maneira de ver o mundo.

- ✓ Manter a sua hierarquia de valores e não ser discriminado.

Não é por ser diagnosticada uma doença terminal que o doente não tem o direito de continuar a hierarquizar os valores, como sempre o fez. Se um doente hierarquiza os valores de uma determinada forma, tem o direito de o continuar a fazer para além de não poder ser discriminado por isso.

- ✓ Ter conforto e a companhia dos seus familiares.

Para um doente morrer com tranquilidade, terá, nos últimos momentos da sua vida, de ter conforto, para se sentir bem, num espaço acolhedor, para além de estar acompanhado pelos mais próximos, para que se sinta acarinhado por todos aqueles que ama.

- ✓ Morrer em paz e com dignidade.

Todo o doente tem o direito de morrer em paz e dignidade, tal como é o principal objetivo dos Cuidados Paliativos, ou seja, o doente deve morrer confortável, sem dor, acompanhado pelos seus próximos, com a sensação que fez tudo o que queria fazer. Este direito, é no fundo, a conclusão de todos os Direitos acima referidos. (CARREIRA, NETO, RBEIRO, RODRIGUES, 2018).

O contexto é amplo e traz consequências de natureza ética e jurídica a depender do país em que as investigações sejam realizadas. Contudo, trouxe de volta às discussões o tema do direito a saber e à não saber, (ANDRADE, 2008), o que nos casos dos pacientes terminais havia sido relegado à deontologia e à filosofia moral, em um cenário de decisões casuísticas valorado por médicos e familiares à luz dos princípios da ética média (PRATTA, 2017).

De qualquer forma, existe um direito à não querer ser informado, que também é tutelado pela ética médica e que pode ser previsto em diretivas antecipadas de vontade. Muitas vezes, a ansiedade que um diagnóstico fatal gera no paciente pode ser afastada por uma previsão à não querer saber.

Sobre a qualidade da Informação, esclarece BERGSTEIN:

[...] quantitativamente, a Informação a ser transmitida não deve sofrer variações; com efeito, as nuances que atingem os mais diversos “tipos” de pacientes não podem engendrar modificações na quantidade de informação passada. Por exemplo, a quantidade de Informação a ser transferida a um indivíduo que não teve educação formal e a uma pessoa que possui nível sociocultural mais elevado deverá ser, rigorosamente, a mesma, modulando-

se o conteúdo, a forma de transmissão dessa informação, de acordo com as características de cada um (BERGSTEIN, 2012, p. 187).

Com a expansão dos direitos humanos pela sociedade atual, em especial, o da dignidade da pessoa humana, inerente a todo e qualquer indivíduo, é de grande importância que a relação, médico - paciente seja palpada no respeito, na transparência e, principalmente, na confiança entre as partes.

O consentimento informado, constitui o dever que o profissional médico tem de informar ao paciente, de forma clara e em linguagem compatível, o seu diagnóstico e os tratamentos disponíveis, explicando todos os riscos e benefícios, de modo que o paciente possa, autonomamente, optar ou não por realizar este tratamento. Já o termo de consentimento informado, consiste na instrumentalização escrita desta comunicação entre o médico, detentor do conhecimento técnico, e o paciente (MENEZES, 2015).

A dignidade humana foi consagrada nas Constituições do século XX, dentre as quais a brasileira, e dela deriva o Consentimento, sendo que:

O princípio do consentimento (...) decorre diretamente dos princípios da dignidade da pessoa humana e da liberdade. O princípio do consentimento é válido tanto para os médicos (ou para os agentes de saúde em geral) quanto para os pacientes. A Constituição Federal de 1988 dispõe que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei. Dessa forma, a não ser em hipóteses extremas, previstas expressamente em lei, poderá o princípio do consentimento ser violado (AITH, 2006, p.65).

Percebe-se que o mundo da vida é mais amplo do que o mundo científico, porquanto, enquanto pessoas humanas, somos dotados de sentimentos, não somos somente razão instrumental. Continuamos sendo seres racionais quando exprimimos ou reconhecemos nossos próprios sentimentos. O reconhecimento dos valores e sentimentos do paciente por parte do médico implica o respeito por sua dignidade humana.

O Consentimento consiste, destarte, numa das “defesas do paciente contra possíveis atitudes arbitrárias do médico ou de quaisquer agentes de saúde, sejam eles públicos ou privados” (AITH, 2006).

O consentimento informado, ou *informed consent*, também chamado de consentimento livre e esclarecido (Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), é termo cada vez mais utilizado na assistência à saúde em geral e na pesquisa biomédica. Ao ser submetido às inovações da tecnologia experimental, na

busca da cura de doença, na correção de um problema físico ou psíquico, ou a uma melhora estética e sempre que houver necessidade de intervenção no corpo ou na psique do paciente ou de seu dependente legal, ele deverá ser informado, ouvido e, só então, prestar o seu consentimento (BAÚ, 2009).

O Consentimento Informado, de forma resumida, como a anuência de uma pessoa a um procedimento médico diagnóstico, terapêutico ou a participação em pesquisa após informações de possíveis benefícios, riscos e outras consequências. O Consentimento cumpre, assim, papel muito importante, devendo ser levado a sério, e não ser tido como mera formalidade.

Com efeito, o novo Código de Ética Médica, que entrou em vigor em 2010, em seu artigo 34 diz que é vedado ao médico: “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal” (BRASIL, 2009).

O consentimento informado, além de ser uma segurança para o médico, de que ele repassou todas as informações necessárias, constitui também um direito fundamental do paciente em participar de todo o processo terapêutico, que envolve a sua integridade física e/ou psíquica.

O professor Clotet, conceitua consentimento informado como:

[...] uma decisão voluntária, verbal ou escrita, protagonizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo, para a aceitação de um tratamento específico ou experimentação, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências (CLOTET, 2000, p. 11).

É importante ressaltar-se, que no consentimento informado, deve-se sempre respeitar a autonomia da vontade na conduta do paciente, cabendo a ele, uma vez esclarecido sobre o diagnóstico e tratamento, decidir de forma livre e autônoma sobre aceitar ou não a terapia proposta.

### **2.2.1 Direito de decisão e a recusa do tratamento médico**

Os direitos de decisão formam uma ampla gama de direitos vastamente discutida pela doutrina Civil e Bioética, motivo pelo qual nos limita a destacar aspectos muito específicos de dois desses direitos, a saber: consentir de forma livre e esclarecida e recusar tratamento médico.

Existe uma relação especial entre o profissional da área da Medicina, e o paciente, e que, baseando-se na decisão conjunta, se revela no processo de Consentimento Informado. Assim sendo, estando o paciente adequadamente informado ele está apto a tomar decisões que dizem respeito à sua vida e à sua saúde, podendo consentir ou dissentir com o que lhe seja proposto em termos de procedimento, intervenção ou tratamento médico.

Acerca disso, temos dispositivo do Código Civil, mais precisamente o seu artigo 15, que estabelece que: “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2009). Portanto, tem autonomia, o paciente, para expressar seu livre Consentimento ou sua divergência em se submeter a um ato médico.

Sem sombra de dúvida, é exigência, na assistência médica, a colheita do Consentimento Informado, e se encontra ele presente em normas jurídicas e deontológicas (ROMERO, 2009). Porém, incorretamente, é muitas vezes encarado prioritariamente por uma perspectiva legalista (GOLDIM, 2002).

Podemos entender o Consentimento Informado, de forma resumida, como a anuência de uma pessoa a um procedimento médico diagnóstico, terapêutico ou a participação em pesquisa após informações de possíveis benefícios, riscos e outras consequências (PITHAN, 2009). O Consentimento cumpre, assim, papel muito importante, devendo ser levado a sério, e não ser tido como mera formalidade a fim de, caso venha a ser ajuizada demanda judicial contra o médico, já ter ele uma prova pré-formada.

Abre-se, dessa maneira, o debate acerca da melhor hora de encerrar a própria vida ou de simplesmente não permitir que se procedam com os meios necessários para retardá-la. No Brasil, não temos legislação dispondo acerca do tema. Temos, apenas, uma Resolução do CFM, a saber, a Resolução nº 1995/2012 que prevê as Diretivas Antecipadas de Vontade.

O Conselho de Ética Médica prescreve em seu capítulo V, artigo 31, que é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

O paciente tem autonomia para receber todas as informações e documentos referentes ao seu estado de saúde e, com base nas suas faculdades mentais, decidir livremente acerca de seu tratamento médico desde que seja plenamente capaz nos

termos da lei. Os direitos de decisão são, em sua essência, direitos da personalidade, dos quais extraem-se consequências diversas, como se atesta na construção alemã de se garantir a liberdade de escolhas para o livre desenvolvimento da personalidade.

Segundo Fernando Scaff:

[...] protegendo, em especial, a sua liberdade e o respeito à sua intimidade, identificadas na possibilidade de que, eventualmente, seja por ele recusada a realização de uma intervenção de natureza médica proposta e com a qual não concorde – por razões éticas, religiosas, pelo receio das consequências do risco de sequelas ou por qualquer outro motivo, declarado ou não –, mesmo que exista efetiva e real recomendação técnica para que se realize o tratamento proposto pelo especialista (SCAFF, 2006, p. 36).

O consentimento informado do paciente dos cuidados médicos significa que lhe sejam garantidos todos os recursos médicos disponíveis, dentre essa autonomia de decisão o paciente tem o direito de saber qual o tratamento lhe será aplicado e os riscos que venham ocorrer, estando o mesmo hábito a responder por si tem o direito de decidir ou recusar o tratamento.

Sobre a recusa do tratamento, partilhamos a opinião de Alfredo Jorge Kraut, que afirma a possibilidade de o paciente lúcido e autônomo recusar o tratamento mesmo quando afeta o seu interesse e de terceiros. O autor ressalta, ainda, que não é cabível neutralizar sua oposição pela força ou por autorização judicial (PRATTA, 2017).

O paciente em estado terminal, pode recusar o tratamento médico ou optar em ficar em seu lar, desde que este esteja lúcido para a tomada de decisão.

Segundo KRAUT:

A negativa do paciente tira legitimidade do ato médico: o ato compulsivo frente à postura negativa implica antijuridicidade. O tema raras vezes acaba por estar claramente definido, senão que se bifurca pelos sinuosos campos da complexa realidade própria da enfermidade e dos valores pessoais. Em síntese, a questão pode ser analisada a partir destes dois pontos de vista de fato diferentes: a) o enfermo lúcido com grave risco de afetação de sua saúde e perigos de morte: o direito a recusar é inquestionável, e b) os pacientes impossibilitados de expressar sua vontade ou cuja aptidão psíquica possa ser questionada ou é inexistente: a negativa é irrelevante, deve recorrer-se a uma decisão substituta (KRAUT, 1997, p. 180).

Além da proteção a liberdade de recusa aferida pelo Código Civil, há a proteção aferida constitucionalmente no art. 5º, inc. II. Conforme análise anterior tal artigo constitui a liberdade-matriz de todas as liberdades e assegura ao indivíduo a

possibilidade de fazer ou não fazer o que bem entender desde que não seja contrário a lei. Deste modo não havendo nenhuma previsão legal que impeça o indivíduo, em condição para tal, de decidir pela recusa a tratamento médico que considere invasivo, desfavorável ou mesmo contrário ao seu interesse, não há que se falar na restrição de tal direito quando em situações de suposto conflito entre este e o bem da vida.

Isto porque, como já exposto anteriormente, o direito à vida não é apenas a garantia de manutenção do corpo físico, mas abarca também o direito à liberdade, à integridade física e psíquica, à integridade moral e à dignidade. Desta forma o respeito à vida implica também no direito de proteção e respeito à liberdade do indivíduo.

Para Ligiera:

O direito de recusa de um procedimento médico só encontra um limite: os direitos de terceiro. Assim o ser humano pode recusar um tratamento que afete apenas a sua saúde, mas não uma intervenção que seja imprescindível para salvaguardar a saúde da população como um todo. Nesse sentido não é lícito a pessoa recusar, por exemplo, uma vacina cuja falta pode desencadear uma epidemia, atingindo direitos de terceiros (LIGIERA, 2009, p. 121).

A questão quanto aceitação desta prática, entretanto está intimamente ligada a questões culturais, sociais e religiosas, sendo desta forma diferente o posicionamento adotado pelos diversos países na atualidade.

O Uruguai, talvez, tenha sido o primeiro país do mundo a legislar sobre a possibilidade de ser realizada eutanásia no mundo. Em 1 de agosto de 1934, quando entrou em vigor atual Código Penal uruguaio, foi caracterizado o "homicídio piedoso", no artigo 37 do capítulo III, que aborda a questão das causas de impunidade (GOLDIM, 2000). De acordo com a legislação uruguaia, é facultado ao juiz a exoneração do castigo a quem realizou este tipo de procedimento, desde que preencha três condições básicas:

- ✓ Ter antecedentes honráveis;
- ✓ Ser realizado por motivo piedoso, e
- ✓ A vítima ter feito reiteradas súplicas.

A proposta uruguaia, elaborada em 1933, é muito semelhante a utilizado na Holanda, a partir de 1993. Em ambos os casos, não há uma autorização para a realização da eutanásia, mas sim uma possibilidade do indivíduo que for o agente do procedimento ficar impune, desde que cumpridas as condições básicas estabelecidas.

Esta legislação foi baseada na doutrina estabelecida pelo penalista espanhol Jiménez de Asúa.

Vale destacar que, de acordo com o artigo 315 deste mesmo Código, isto não se aplica ao suicídio assistido, isto é, quando uma pessoa auxilia outra a se suicidar. Nesta situação há a caracterização de um delito, sem a possibilidade de perdão judicial (GOLDIM, 2000). Do mesmo modo, o Código Colombiano dispõe ser a eutanásia “homicídio piedoso” (NOGUEIRA, 1995). Portanto, “não há uma autorização para a realização da eutanásia. O que pode ocorrer é a não aplicação da pena” (BORGES, 2001)

Na Holanda, por exemplo, desde 2002 a eutanásia é prática legalizada, desde que realizada de acordo com a “Lei sobre a cessão da vida a pedido e o suicídio assistido”. Tal lei afirma que a eutanásia não será punida pela lei, desde que praticada por médico que reporta o caso e prova que agiu de acordo com as diretrizes de cuidado adequado, estabelecendo a lei requisitos que deverão ser seguidos e comprovados. (PESSINI, 2004).

Também a Bélgica institui em 2002 lei sobre a eutanásia definindo está como “o ato realizado por terceiros, que faz cessar intencionalmente a vida de uma pessoa a seu pedido” e estabelecendo também requisitos para que esta não seja ilegal. (PESSINI, 2004).

Atualmente no Brasil a eutanásia é considerada crime podendo ser classificada como homicídio ou omissão de socorro dependendo do modo como é concebida e praticada.

#### Segundo Goldim:

A eutanásia, pode ser classificada de várias formas, dependendo do critério considerado, entre elas as seguintes:

Quanto ao tipo de ação

**Eutanásia ativa:** o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins misericordiosos.

**Eutanásia passiva ou indireta:** a morte do paciente ocorre dentro de um quadro terminal, ou porque não se inicia uma ação médica ou porque há interrupção de uma medida extraordinária, com o objetivo de minorar o sofrimento.

**Eutanásia de duplo efeito:** a morte é acelerada como uma consequência indireta das ações médicas que são executadas visando ao alívio do sofrimento de um paciente terminal.

Quanto ao consentimento do paciente

**Eutanásia voluntária:** quando a morte é provocada atendendo a uma vontade do paciente.

**Eutanásia involuntária:** quando a morte é provocada contra a vontade do paciente.



**Eutanásia não-voluntária:** quando a morte é provocada sem que o paciente tivesse manifestado sua posição em relação a ela (GOLDIM, 2010; p. 168).

A questão da eutanásia, entretanto gera atualmente grandes discussões tanto nos países em que é legalizada, quanto naqueles em que é considerada crime. Se de um lado há aqueles que defendem a liberdade de escolha consciente e o direito da pessoa a uma morte digna (sendo a dignidade uma compreensão pessoal), do outro há os que entendem ser a vida, bem supremo e indisponível em qualquer circunstância. Há ainda a questão relacionada ao consentimento, pois muitas vezes o indivíduo opta por tal prática em circunstâncias muito delicadas.

No Brasil não há crime com o nome *juris*<sup>3</sup> de eutanásia, o Código Penal não lhe faz nenhuma referência, mas é tida pelo nosso ordenamento como conduta penalmente imputável. É considerada, então, homicídio ou, dependendo do caso, auxílio ao suicídio. No primeiro caso, aplica-se, via de regra, o disposto no art. 121, § 1º, que diminui a pena se o crime tiver sido cometido por motivo de relevante valor moral, *in casu*<sup>4</sup>, a piedade, compaixão ou simples respeito à vontade da pessoa.

Portanto, o Código Penal brasileiro não cuida explicitamente da eutanásia, mas esta pode ser acolhida à sombra da atenuante geral do motivo de relevante valor moral (SANTOS, 1998). O art. 122 trata do auxílio ao suicídio, também considerado crime, com pena de reclusão de dois a seis anos se for consumado. Aqui, por exemplo, comete o crime quem fornece à suicida substância letal, para que ele próprio a utilize.

A Ortotanásia, diferentemente, não se encaixa em nenhuma previsão do Código Penal, não configurando ilícito penal. No entanto, o anteprojeto de reforma da parte especial do Código Penal de 1984 previa-a expressamente, dispondo, em seu art. 121,

§ 3º, que não constitui crime deixar de manter a vida de alguém, por meio artificial, se previamente atestada, por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do doente ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge ou irmão. A parte especial, contudo, diferentemente da parte geral, não foi reformada.

---

<sup>3</sup> *Juris* significa direito, justiça, e é um termo oriundo do latim. Existem diversas palavras utilizados no meio jurídico que utilizam o termo *juris*, uma vez que o seu significado está em todos os lugares.

<sup>4</sup> No caso; sobre o que está em julgamento; na espécie sob deliberação judicial: *in casu*,

Ademais, é importante citar algumas normas do Código de Ética Médica aplicáveis ao tratamento de doentes terminais, embora aqui não se analise a responsabilidade do médico na prática da eutanásia. O art. 6º dispõe que o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente.

Já o art. 48 proíbe o médico de exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar. Há quem ache que o art. 66, que aqui também incide, está ultrapassado, pois veda ao médico utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

O Código de Ética Médica demonstra, por fim, que o objetivo da medicina não é mais apenas prolongar o tempo de vida. Como visto, deve ser respeitada a vontade e a dignidade do paciente, embora haja disposição expressa vedando a prática da eutanásia. Atualmente, contudo, é preciso analisar essas normas à luz dos demais direitos das pessoas, para que esses sejam respeitados acima de certos deveres impostos aos médicos. O alvo da atenção do médico é a saúde da pessoa e o critério para avaliar seus procedimentos é se eles vão beneficiá-la ou não (artigo 2º) (MARTIN, 1996).

O paciente que ao recusar tratamento, o faz com a intenção de buscar voluntária e conscientemente a morte pois deseja abreviar sua vida, quer por razões de fundo emocionais – suicídio – quer por razões de sofrível estado de vegetatividade clínica sem esperança de recuperação – eutanásia (GAUDERER, 1998).

### **3 RELAÇÃO FAMÍLIA E PACIENTE E TODA EQUIPE ENVOLVIDA NO CUMPRIMENTO À VONTADE DO PACIENTE**

A função do médico esteve revestida de caráter religioso e mágico, atribuindo-se aos desígnios dos deuses a saúde e a morte. Nesse contexto, desarrazoado seria responsabilizar o médico, que apenas participava de um ritual, talvez útil, mas exclusivamente dependente das vontades divinas (AGUIAR JUNIOR, 2000).

Tradicionalmente, a medicina limitou a participação dos pacientes no processo de tomada de decisões. É emblemático o parágrafo do Código de Ética da American Medical Association de 1847, que estabelecia que “ a obediência do paciente as prescrições do seu médico devem ser prontas e implícitas. O paciente não deve permitir que suas opiniões influenciem a atenção de seu médico” (CARRESE, J. A. 2006).

Cabia ao paciente ser obediente, evitando contradizer ou mesmo expressar suas opiniões. Ao médico, cabia a responsabilidade unilateral de tomar as melhores decisões para seus pacientes, guiando-se pela beneficência e não maleficência, e definindo assim o modelo paternalista de relação médico- paciente.

Porém a partir da década de 70, acompanhando as profundas mudanças socioculturais do período, o conceito de autonomia passou a ter um referencial ético para a boa prática da saúde (COOK, RODRIGUEZ-OSRIO, 2008). Autonomia refere-se à capacidade de fazer escolhas por si mesmo, e requer que o paciente esteja adequadamente informado, competente e livre de pressões indevidas (COOK, 2001).

Com essa nova variável surgiram os modelos de relação médico- paciente: os modelos informativos e os modelos deliberativos/compartilhados. Atualmente são reconhecidos vários modelos de relacionamento, onde variam os papéis do paciente, da família e do médico na tomada de decisões. Neste quesito, um ponto a ser observado é o respeito às diferenças culturais. (COOK, 2001).

Cabe ao médico explorar tais diferenças e encontrar o modelo mais adequado a cada família e paciente. Mas ainda, dentro de uma mesma cultura, as famílias de pacientes internados em uma mesma UTI apresentam preferências diferentes sobre qual modelo consideram o mais apropriado para diferentes situações.

O médico tem sua formação acadêmica toda voltada para o diagnóstico e tratamento de doenças. Quando defronte de um paciente necessitado de Cuidados Paliativos, onde o foco deixa de ser a doença e passa a ser a pessoa doente nas suas

dimensões biológica, psicológica, familiar, social e espiritual, ele obrigatoriamente tem que rever seus conceitos de saber e aprender a trabalhar em equipe (PEDUZZI, 2001).

Talvez a principal tarefa do médico em uma Equipe de Cuidados Paliativos seja a de coordenar a comunicação entre a equipe, o paciente e sua família. O paciente e a família esperam ouvir do médico sobre o diagnóstico, sobre a proposta terapêutica e sobre o prognóstico da doença. Não devendo o profissional da medicina passar para outros integrantes da equipe a responsabilidade de conversar com o paciente e sua família sobre esses aspectos diretamente ligados com a doença. (CARVALHO; PARSONS, 2012)

É ainda, importante que o médico se comunique de forma eficaz com a equipe sobre esses mesmos aspectos, para que, ao serem questionados pelo paciente e por seus familiares, todos tenham a mesma postura e falem a “mesma língua”. Dessa forma, o planejamento terapêutico do paciente será uma construção conjunta de toda a equipe, com participação ativa do paciente e sua família. (CARVALHO; PARSONS, 2012)

Agindo assim, o médico exercerá o papel de facilitador para que toda a equipe trabalhe e ajude o paciente a exercer sua autonomia. Com isso, as escolhas e as decisões passam a ser partilhadas entre o paciente, sua família e a Equipe de Cuidados Paliativos. Tornando-se todos corresponsáveis pela produção de saúde e de vida, cumprindo assim os propósitos de cuidar do paciente de forma integral, individualizada, com foco no seu bem-estar e qualidade de vida, independentemente de quão avançado seja o estado de sua doença. (CARVALHO; PARSONS, 2012)

Segundo Rodriguez-Osrio:

É bastante difícil prever de antemão qual paciente ou família prefeririam quais modelos de decisão. As heterogeneidades existem em todas as sociedades, e estudos mostram que mesmo em países que valorizam autonomia, um número significativo de pacientes e famílias preferem modelos paternalistas (RODRIGUEZ-OSRIO, 2008, p. 708).

A visão médica sobre o assunto pode estar significativamente enviesada, conforme sugere um recente estudo brasileiro. Neste estudo, o número de médicos que poupariam informações sobre terminalidade da vida por paternalismo é muito maior do que o número de pacientes que gostariam de ser poupados desta informação (FUMIS, DE CAMARGO, DEL GIGLIO, 2011), desta forma muito mais que assumir um modelo de decisão único, é necessário reconhecer a natureza dinâmica desta

relação, e assim, avaliar qual modelo de decisão adequado para aquele paciente e sua família, naquele determinado momento.

É responsabilidade de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros profissionais da área de saúde proporcionar esse cuidado; capacitados para lidar com os medos, angústias e sofrimentos do paciente e da família, agindo com respeito frente à realidade da finitude humana e às necessidades do doente (MACHADO, PESSINI & HOSSNE 2007).

A equipe multiprofissional deve unir esforços para oferecer um cuidado o mais abrangente possível, utilizando todos os recursos diagnósticos necessários para a melhor compreensão e manejo dos sintomas e tendo sempre em foco que a melhora da qualidade de vida pode influenciar positivamente no modo como o paciente lida com as questões relacionadas ao processo de adoecer (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2007; JUVER, 2007; SOUZA & CARPIGANI, 2010).

O oferecimento de um sistema de suporte à família que facilite a compreensão do processo da doença em todas as fases visa diminuir o impacto que os sintomas psicológicos do doente causam a mesma (MENEZES, PASSARELI, SANTOS & VALLE, 2007).

Segundo (Kohlsdorf; Rezende et al; Rodrigues & Zago):

Uma boa comunicação com a equipe de saúde e o máximo de informações sobre o tratamento e os cuidados específicos ao paciente, são aspectos inclusos nesse sistema de suporte à família oferecido pelo psicólogo, visto que a falta de informações sobre a condição do paciente é um dos fatores que causa maior estresse e desencadeia a ansiedade familiar (KOHLSDORF, 2010; REZENDE et al, 2010; RODRIGUES & ZAGO, 2009).

Da mesma forma que o paciente em fase terminal não suporta encarar a morte o tempo todo, o membro da família não pode, nem deve excluir todas as outras relações para ficar exclusivamente ao lado do paciente. As necessidades da família variarão desde o princípio da doença, e continuarão de formas diversas até muito tempo depois da morte.

Os familiares merecem um cuidado especial, desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre eles, que vê em seu mundo desabar após a descoberta de que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros.

Isso faz com que, em muitas circunstâncias, suas necessidades psicológicas excedam as do paciente e, dependendo da intensidade das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar torna-se um dos aspectos de mais difícil manejo (OLIVEIRA, VOLTARELLI, SANTOS e MASTROPIETRO, 2005).

### 3.1 O PSICÓLOGO NO ATENDIMENTO DE PESSOAS EM ESTADO TERMINAL

Para se definir a prática dos cuidados paliativos é fundamental que se tenha uma abordagem multidisciplinar que produza uma assistência harmônica, onde o foco é amenizar e controlar os sintomas de ordem física, psicológica, social e espiritual e não de buscar a cura de determinada doença. Trata-se de oferecer ao paciente, qualidade de vida, enquanto vida houver (Oliveira & Silva, 2010).

O questionamento sobre o que faz o psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos sustenta a ideia de articulação entre teoria e prática, definindo assim a identidade do psicólogo nesta equipe. De acordo com Nunes (2009) a atividade junto aos Cuidados Paliativos promove indagações e desafios, aos quais o psicólogo deve responder criativamente buscando fundamentar seu trabalho num referencial teórico consistente (psicanálise, psicologia analítica, psicologia social, análise do comportamento, fenomenologia, entre outros).

De acordo com OTHERO & COSTA:

O psicólogo deve estar atento em detectar os conteúdos envolvidos na queixa, no sintoma e na patologia, permitindo assim uma atenção integral e a identificação de desordens psíquicas que geram sofrimento, estresse e também aos mecanismos de defesa negativos que costumam surgir; isso favorece a reorganização da vivência de doença e o uso de recursos adaptativos no sentido de manter o paciente participativo no processo de tratamento (OTHERO & COSTA, 2007, p. 174).

Como parte dessa equipe que atua na área de Cuidados Paliativos, a contribuição do profissional de Psicologia se define a partir de uma visão da doença como pertencente ao campo da mente e das vivências e expressões da mesma, pelo corpo. Atuando nessa área, o psicólogo também necessita manter o equilíbrio nas suas relações com os outros profissionais e encontrar vias de comunicação que permitam a troca e o conhecimento, a partir de diferentes saberes (CRM/SP, 2008).

Breitbart (2009) ressalta que a maioria dos psicoterapeutas e clínicos utilizava-se de dois conceitos básicos universalmente aceitos como base da intervenção psicoterapêutica com pacientes terminais: Apoio e Não-Abandono, sendo o objetivo mais ousado da psicoterapia com pacientes terminais, a possibilidade de ajudá-los a

atingir um senso de aceitação da vida vivida e assim, de aceitação da morte. Além disso, Pérez-Ramos (2004) reflete que quando o paciente luta pela vida existe o desejo consciente e inconsciente de se obter do psicólogo a ajuda para ter as dificuldades internas de estar doente compreendidas e superadas.

Referente às funções ou intervenções do psicólogo em Cuidados Paliativos, ainda segundo a perspectiva de Pérez-Ramos (2004) são citadas: a compreensão dos fenômenos intrínsecos das relações; o conhecimento das reações do paciente; a orientação de familiares e profissionais; a escuta de várias pessoas da mesma família; a atuação promovendo o movimento de humanização hospitalar; a participação da comissão de bioética, entre outras atribuições.

Nesse sentido Comas, Schröder e Villaba (2003) também sugerem como intervenções desenvolvidas pelo psicólogo: a) a avaliação e diagnóstico do paciente; b) avaliação do contexto familiar que inclui o cuidador principal do paciente; c) o contato com a equipe para informar verbalmente o diagnóstico e o plano de ação previsto; d) enfatizar a utilidade das habilidades de enfrentamento trabalhando as mesmas; e) trabalhar a elaboração da informação sobre seu estado de saúde; f) manejar a aproximação sócio familiar.

Na avaliação psicológica do paciente é necessário manter contato direto e próximo a toda equipe da unidade de Cuidados Paliativos que é responsável pelo paciente (médicos, enfermeiros, assistente social, etc.), pois, este intercâmbio interdisciplinar permite ao psicólogo obter toda informação e dados necessários do paciente e da família de diversas perspectivas profissionais. Comas et al. (2003) referem a utilização de instrumentos como a Escala de Avaliação Psicossocial, denominada Full d'Avaluació Psicossocial desenvolvida por Comas e Schröder em 1994, que avalia fatores de risco e comportamentos indicadores de impacto emocional, auxiliando na distinção entre os pacientes que necessitam de intervenção psicológica específica dos que inicialmente ainda não precisam. Urch, Chamberlain e Field (1998) e Zigmond e Snaith (1983) citados em Comas et al. (2003) acrescentam o HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), que se trata de um questionário que favorece o diagnóstico clínico através da identificação de possíveis transtornos psicopatológicos.

A entrevista semiestruturada, também é citada como instrumento de avaliação em CP, sendo que o psicólogo deve transformá-la em um diálogo aberto com o paciente, para que, além de obter as informações expressadas verbalmente sobre a

própria doença e a interação com a equipe, seja possível avaliar o comportamento não-verbal.

O psicólogo, ao atuar com paciente em Cuidados Paliativos, acessa suas informações sobre sua saúde, possibilitando através de perguntas diretas sobre os significados de vida e de morte, a elaboração dos momentos chaves que deram significado à vida do mesmo (COMAS et al. 2003).

As intervenções psicológicas em CP também favorecem ao paciente a obtenção de pensamentos reconfortantes sobre o morrer, elaborando assuntos pendentes, despedidas, silêncios, etc. Tais ações favorecem a adequação da esperança e a regulação das expectativas do paciente. Mendes et al. (2009) afirmam também que o paciente muitas vezes prioriza esta atitude de denegação, a fim de deixar uma boa imagem antes de morrer, solicitando auxílio à equipe, que muitas vezes encontra dificuldades para prover este suporte, em função do despreparo profissional para lidar com a morte.

### 3.2 Bioética e os cuidados paliativos em pacientes terminais: algumas ponderações éticas em torno dos Códigos e da distanásia

A medicina atual atingiu um desenvolvimento tecnológico impressionante, que os médicos passaram a correr o risco de considerar a incorporação da tecnologia também uma exigência ética (TABOADA; BERTUCCI. 2000).

A evolução tecnológica da medicina se impôs tanto que fez surgir no médico certo desconforto ao não utilizar a tecnologia. Com isso, houve uma inversão da relação entre medicina e tecnologia, não mais está a serviço da primeira, mas, ao contrário, a medicina a serviço da tecnologia. Portanto, ao sentirem-se compelidos a usar uma técnica disponível, os médicos confundiriam, de fato, uma possibilidade de agir, propiciada pela técnica, com um dever de agir, que só pode tirar sua justificação dentro de um sistema de valores, não de uma mera relação pragmática de otimização entre meios e fins (FLORIANI, 2008).

Nesse sentido, a morte e o morrer deixaram de ser uma questão ética para se tornarem questão puramente técnica. O foco passou a estar mais na tecnologia e na capacidade de operacioná-la do que para quem o homem a desenvolveu (PESSINI, 2001).

O respeito aos princípios éticos que norteiam os cuidados paliativos está centrado, como não poderia deixar de ser, na capacidade decisória e autônoma do paciente de escolher. Entretanto, nas atividades e anseios do cuidador entram em



jogo outros princípios, os quais, se bem utilizados, certamente terão grande repercussão na qualidade dessas atividades (TABOADA, 2006).

É importante lembrar que, frente à impossibilidade de conseguir a cura, nem sempre o prolongamento da vida é a melhor conduta (BIFULCO; IOCHIDA, 2009, p.92-100). Nesse sentido, os cuidados paliativos surgem como uma resposta concreta e ativa na elucidação desse dilema que é a discussão ética sobre o processo de morte e de morrer (FLORIANI, 2004).

É preciso ter o cuidado de não ver na Bioética aquela que trará as respostas prontas, como se fosse capaz de dar soluções mágicas nas áreas de sua atuação. Ela trabalha com a legitimidade individualizada dos casos e obrigatoriamente nos remete a pensar com uma argumentação conceitual teóricas de aplicação prática (SILVA, 2004).

Diante dessa realidade os cuidados paliativos surgem como uma nova maneira de abordar o processo de morte e morrer, sem que seja desrespeitada a ética da vida em prol das novas tecnologias. Existem seis princípios éticos que norteiam os cuidados paliativos.

#### **Quadro I: Os Princípios Éticos que norteiam os Cuidados Paliativos**

<b>1. Inviolabilidade da vida humana:</b>	A vida é um bem extrínseco do ser humano, um valor fundamental do qual derivam os direitos dos seres humanos. A vida é uma precondição necessária para o exercício de qualquer outro direito. No debate bioéticos contemporâneo sobre o final da vida, afirma-se que ninguém tem o direito de impor a obrigação de viver a uma pessoa que, em razão de um sofrimento extremo, assim não o deseja.
<b>2. Princípio da proporcionalidade terapêutica:</b>	Uma parte integrante do imperativo ético de respeitar e promover a vida humana é o dever moral de proporcionar os recursos apropriados para a saúde, própria e dos outros.
<b>3. Princípio do duplo efeito no tratamento da dor e da abolição da consciência:</b>	O uso de drogas tem sido comum em medicina paliativa. Não é incomum que o uso de tais terapias gere dúvida na família e na própria equipe de saúde. Teme-se que os efeitos adversos dessas drogas possam representar uma forma de eutanásia.
<b>4. Princípio da veracidade:</b>	A veracidade é a base da confiança nas relações interpessoais. Portanto, em geral, informar a verdade aos pacientes e suas famílias é um benefício para eles, pois permite a sua participação ativa no processo de tomada de decisão (autonomia).
<b>5. O dever de prevenção:</b>	A antecipação de possíveis complicações ou sintomas ocorre mais frequentemente durante a evolução de uma dada condição clínica. Programar medidas necessárias para evitar essas complicações e aconselhamento a

	tempo aos familiares sobre o melhor curso de ação a seguir permite evitar o sofrimento desnecessário do paciente e de sua família.
<b>6.Princípio do não abandono:</b>	Seria condenável o abandono de um paciente que se recusa a tratamentos específicos, mesmo quando os profissionais de saúde consideram que essa rejeição é inadequada.

**FONTE:** SILVA, José Vitor da. **Bioética: visão multidimensional.** 2010

A Distanásia e a Eutanásia têm em comum provocar a morte “fora de hora”. A distanásia não consegue discernir quando intervenções terapêuticas são inúteis e quando se deve aceitar a morte em paz, como desfecho natural da vida. Neste comportamento, o grande valor que se procura proteger é a vida humana. Enquanto na eutanásia a preocupação maior é com a qualidade de vida remanescente, na distanásia a tendência é de fixar na qualidade dessa vida e investir todos os recursos possíveis em prolongá-la ao máximo (MARTIN, 1998).

A distanásia é um procedimento médico que visa a prolongar a vida dos pacientes em estado terminal. Segundo a definição do dicionário Houaiss, distanásia significa morte lenta, com grande sofrimento. Este conceito também é conhecido como “obstinação terapêutica” (L’acharnement thérapeutique) na Europa ou medical futility nos Estados Unidos

A questão técnica, sob esta óptica, é como prolongar os sinais vitais de uma pessoa em fase avançada de sua doença e cuja terminalidade se constata a partir de critérios objetivos como, por exemplo, a falência progressiva e múltipla de órgãos. A questão ética emergente, nada fácil de responder, é sobre o sentido de tudo isso e até quando se deve investir nesse empreendimento.

Outro desafio importante na discussão da distanásia é a definição do momento da morte. Atualmente, o conceito é o de morte cerebral (ou encefálica). Em muitos casos, não há nenhuma dúvida sobre o óbito do paciente e o fato é aceito sem contestação pela equipe médica e pela família. Há, porém, outros casos bastante polêmicos. A tecnologia sofisticada que permite suporte avançado de vida levanta a questão de quando iniciar e interromper o uso desses recursos. A crescente aceitação da constatação de morte encefálica como critério de morte humana e decisiva não somente em casos de liberação do corpo para enterro, mas também quando se pode utilizá-lo como fonte de órgãos para transplantes (LEPARGEUR, 1993).

A discussão ética da distanásia ser incipiente na medicina brasileira, já surgem alguns sinais positivos de profissionais médicos brasileiros, especialistas em terapia

intensiva, que se mostram sensíveis para discussão da questão. Não procuram simplesmente transplantar modelos de decisões éticas “alienígenas” (notadamente norte-americanas), mas refletir sobre a questão a partir da nossa realidade sociocultural (CFM, Resolução nº 1.480/97).

Olhando para realidade brasileira, o médico Délio Kipper aponta:

- a) Nos questionamos sobre decisões em relação ao fim da vida, porque temos a clara percepção de que ainda fazemos uso excessivo e inapropriado da tecnologia, prolongando inutilmente o sofrimento humano, gastando mal os finitos recursos destinados à saúde e ocupando mal os sempre insuficientes leitos de UTIs e emergências;
- b) Nos vemos desamparados, sob o ponto de vista legal, de tomar qualquer decisão de não oferta ou retirada do suporte vital;
- c) Sentimos falta de normas e diretrizes de como nos conduzirmos com esses pacientes (KIPPER, 1999, p. 66).

Em termos de propostas, Kipper expõe o seguinte em relação ao item a: constatada morte encefálica pelos critérios da Resolução do CFM nº 1480/97 (2000), os médicos devem comunicar aos familiares sua ocorrência e a total impotência da medicina em reverter tal condição, dando-lhes tempo para refletir e assimilar a situação, antes de suspender os meios artificiais de sustentação das funções vegetativas. Esse tempo não pode ser muito longo (menos de 24 horas), para não caracterizar obstinação terapêutica.

No caso de paciente terminal, cuidar do conforto, prover cuidados paliativos, controlar a dor e dar apoio aos familiares. Expressa-se a favor de ordens de não reanimação cardiopulmonar, de comum acordo com o desejo do paciente e / ou da família, não oferecendo tratamentos que possam ser caracterizados como fúteis ou desapropriados, para evitar a distanásia.

Na visão de Kipper:

O contexto de decisões médicas no final da vida é sempre um momento único, crítico e absolutamente individual, para o médico, o paciente e os familiares. Estas decisões são menos complicadas quando existe uma boa relação médico- paciente- família e quando se tem a convicção de que a conduta proposta é a melhor para aquele doente, naquele lugar e naquele momento (KIPPER, 1999, p. 68).

Para Vieira (2009), a distanásia também atenta contra a dignidade, devendo ser evitada, a não ser que o paciente manifeste sua vontade livremente, “pedindo que sejam aplicados todos os meios terapêuticos disponíveis para prolongar sua vida o

máximo possível, ainda que se trate de existência antinatural, totalmente mantida de forma mecânica”.

De acordo com Cabette (2009), O ato de prostrar o processo de falecimento iminente em que se encontra o paciente terminal, vez que implica um tratamento inútil. Trata-se, aqui da atitude médica que, visando o salvar a vida do moribundo, submete-o a grande sofrimento. Não se prolonga, destarte, a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. A distanásia está, portanto, ligada às chamadas ‘obstinação terapêutica’ e ‘futilidade médica’.

Em suma, conforme extraído do artigo “Quando a morte é um ato de cuidado”, Diniz (2007), fala que a distanásia ou obstinação terapêutica provoca “uma morte lenta e com intenso sofrimento”, pois o “avanço tecnológico tornou possível manter uma pessoa muito doente ou em estágio terminal indefinidamente viva, porém ligada a aparelhos de sustentação artificial de vida, como a ventilação mecânica”. Entretanto, conclui que essas medidas terapêuticas “impõem sofrimento e dor à pessoa doente, pois as ações médicas não são capazes de modificar o quadro mórbido”.

#### **4 DILEMAS BIOÉTICOS EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE DIANTE DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE**

O reconhecimento do momento adequado para abordar a finitude da vida com a família não ocorre em uma primeira nem em uma segunda conversa. É fundamental que a equipe de cuidadores saiba a maneira e o tempo certos de dar informações ou o momento de apenas ouvir e acolher o sofrimento e as dúvidas.

Ao se pensar sobre os dilemas emergentes no campo da ética e bioética, sabe-se que eles derivam de um contexto, originam dificuldades ao indivíduo/ coletividade e exigem uma tomada de decisão. Essa decisão demanda uma escolha entre alternativas de ação fundamentada em valores morais. (TAKA, PAVONE, 2017, p. 169).

A partir de meados do século XX tem-se presenciado um desenvolvimento inédito da biotecnociência incluindo a biotecnologia, o qual vem se constituindo em uma força transformadora da natureza, especialmente, da vida humana.

Os avanços biotecnológicos geram novos dilemas éticos e surgem ambiguidades morais relativas a esse fenômeno, o que exige estudos que analisem criticamente o que está ocorrendo, ou poderá ocorrer, sobretudo no que diz respeito à instrumentalização da vida humana (TAKA, PAVONE, 2017, p. 172).

O desenvolvimento tecnológico e científico apresentado sobre a biotecnologia, biossegurança e saúde na sua relação com os aspectos éticos/bioéticos nos põe frente aos dilemas éticos que podem existir na prática de cuidar em saúde.

O crescente uso da tecnologia na área das ciências da vida e da saúde vem despertando nos profissionais de saúde a atenção para os dilemas éticos e bioéticos que surgem nos cuidados em saúde, influenciando a prática dos profissionais que aí atuam. Nessa expectativa, é importante situar que os dilemas éticos vêm se multiplicando, promovendo a atenção desses profissionais.

Os Cuidados Paliativos pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente em estado terminal deve ser assistido integralmente, e isto requer complementação de saberes, partilha de responsabilidades, onde demandas diferenciadas se resolvem em conjunto.

A bioética supera a ética médica por não se limitar exclusivamente ao estabelecimento e à obediência de códigos e preceitos. Seu sentido amplo implica numa ação multidisciplinar que agrega, além das ciências médicas e biológicas, também a Filosofia, o Direito, a Antropologia, a Ciência Política, a Teologia, a Comunicação, a Sociologia, a Economia.

Trata-se, sim, da contemplação da questão da “manipulação da vida” através de uma prática interativa num contexto particular que movimenta, de modo concomitante, um saber, uma experiência e uma competência normativa em direção aos problemas que surgem na pesquisa e na clínica.

Por sua configuração, o corpo de princípios bioéticos apresentado adquire uma lógica própria, somente se for analisado desde o referencial lógico dos agentes a que se aplicam: a beneficência, e não maleficência, sob o ponto de vista dos provedores de cuidados de saúde; a autonomia pertinente ao paciente ou sujeito da experimentação e; a justiça quanto à sociedade e ao Estado (BARRETTO, 2009)

Entretanto, além de passíveis de contestação cada um deles se tomados separadamente, o seu conjunto também não parece funcionar adequadamente para orientar as decisões concretas que precisam ser tomadas. Há conflitos potenciais e reais entre eles, que parecem requerer o apelo a alguma instância outra de decisão para serem arbitrados.

O professor Vicente Barretto aponta os limites do entendimento da função e os conflitos provocados pela aplicação dos princípios bioéticos, ao asseverar que:

A aplicação dos princípios, por sua vez, leva a situações conflitantes, entre si, a partir da constatação de que tomados, separadamente, cada um deles pode ser considerado como superior ao outro. Logo, logicamente, a sua aplicação não pode ser feita de maneira conjunta e não diferenciada, pois implicaria num processo de paralisação mútua do processo decisório. A própria origem de cada um dos princípios da bioética mostra, em sua formulação restrita, que não atendem às demandas da ordem normativa, moral e jurídica, de uma sociedade pluralista e democrática. As condições mínimas para a construção de qualquer sistema normativo – i.e., ordem e unidade – supõem a coexistência de princípios, que sejam complementares e não, como é o caso dos princípios da bioética, princípios que partem de pressupostos e cujos objetivos são mutuamente excludentes (BARRETTO, 2009, p. 405-406)

Conseqüentemente, o paternalismo médico era considerado como decorrente de uma autoridade natural, daquele que detinha uma percepção privilegiada da verdade, e conseqüentemente do bem, a ser imposta ao paciente mesmo contra a

vontade dele. Essa postura paternalista do médico era decorrência do seu saber, que incluía o “saber o que é bom”: o bem do paciente, com certeza, porém não como indivíduo autônomo, mas sim como parte integrante do bem maior da sociedade. (HOGEMANN,2013).

Em sociedades democráticas e pluralistas, ninguém teria o direito de impor aos outros seus estilos de vida e suas concepções sobre bem e mal. Aplicado à prática médica, o princípio de respeito à autonomia vem trazendo dilemas éticos à prática médica paternalista. Com efeito, os pacientes, amparados por normas e legislações que buscam garantir o direito à autodeterminação, aceitam cada vez menos passivamente ordens médicas relacionadas à sua saúde. Nesse sentido, os princípios de respeito à autonomia e do consentimento livre e esclarecido são os princípios centrais na análise das mudanças da prática médica contemporânea (ALMEIDA, 1999).

Os profissionais e membros da família julgam que as decisões de interromper tratamentos são mais importantes e mais graves que as decisões de não os iniciar.

A ideia é que essas ações os tornam responsáveis e culpáveis pela morte do paciente, enquanto não são responsáveis se não derem início ao tratamento. Entretanto, os pacientes e os substitutos, muitas vezes, ficam menos estressados e sentem-se com mais controle se uma decisão pelo tratamento puder ser revertida ou modificada depois que houver sido iniciada (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A distinção entre a abstenção e a interrupção de um tratamento é moralmente insustentável, pois as duas opções podem causar a morte de um paciente, e ambas podem ser exemplos da ação de deixar morrer; contudo, interromper um tratamento particular, incluindo o de suporte de vida, não envolve necessariamente o abandono do paciente. A interrupção pode seguir diretrizes do paciente e ser acompanhada e seguida por outras formas de cuidado (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). As decisões sobre os tratamentos devem se basear em considerações a respeito dos direitos e do bem-estar do paciente, e, portanto, dos custos e benefícios do tratamento, conforme julgados pelo paciente.

#### 4.1 O IMPASSE DA FAMÍLIA DIANTE DA VONTADE DO PACIENTE NO FIM DA VIDA E A LEGALIDADE DENTRO DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO DIANTE DA VONTADE ANTECIPADA DO PACIENTE TERMINAL

O envolvimento da família é primordial na abordagem dos cuidados paliativos, retomando o sentido de que esta exerce um papel importante no crescimento e desenvolvimento dos indivíduos e na sua recuperação da saúde. Particularmente, quando um indivíduo recebe um diagnóstico de que a doença está fora de possibilidades de cura, sua família sofre com ele e o impacto é sempre muito doloroso para ambas as partes.

Estudos apontam que as diretivas contribuem no sentido de amenizar aflições dos familiares quanto à responsabilidade de decidir sobre as condutas nas questões relacionadas ao fim da vida. Assim, Seymour et al (2004), a partir da pesquisa realizada no Reino Unido com idosos ou acompanhantes, constataram que as declarações antecipadas foram entendidas, principalmente, em termos de seu potencial para ajudar a integridade pessoal e as pessoas mais velhas e familiares, reduzindo o percebido 'fardo' de sua tomada de decisão.

Além disso, outro dado corresponde ao fato de que familiares enlutados relataram que a conclusão de uma diretiva antecipada resultou em menos preocupações dos familiares, com relação às condutas a serem realizadas, sobre a comunicação com os pacientes, aumentando a utilização de cuidados paliativos (RONDEAU; SCHMIDT, 2009).

Frequentemente, as decisões no final da vida que envolvem os familiares são motivadas pela percepção da falta de dignidade, devido à deterioração progressiva, dor mal controlada, abandono do paciente crônico, crueldade terapêutica e uso desnecessário de medidas que adiam a morte (SARMIENTO-MEDINA et al., 2012).

Segundo Soares (2007), os familiares têm necessidades específicas e apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação, e que muitas vezes persiste após a morte de seu ente querido.

Se não se levar em conta a família do paciente em fase terminal, não se pode ajudá-los eficazmente. No processo da doença, os familiares desempenham papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente.

Da mesma forma que o paciente em fase terminal não suporta encarar a morte o tempo todo, o membro da família não pode, nem deve excluir todas as outras



relações para ficar exclusivamente ao lado do paciente. As necessidades da família variarão desde o princípio da doença, e continuarão de formas diversas até muito tempo depois da morte.

Os familiares merecem um cuidado especial, desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre eles, que veem seu mundo desabar após a descoberta de que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros. Isso faz com que, em muitas circunstâncias, suas necessidades psicológicas excedam as do paciente e, dependendo da intensidade das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar torna-se um dos aspectos de mais difícil manejo. (OLIVEIRA, VOLTARELLI, SANTOS e MASTROPIETRO, 2005).

Para Soares (2007), nas situações de terminalidade, os familiares de pacientes têm necessidades específicas: estar próximo ao paciente; sentir-se útil para o paciente; ter consciência das modificações do quadro clínico; compreender o que está sendo feito no cuidado e o motivo; ter garantias do controle do sofrimento e da dor; estar seguro de que a decisão quanto a limitação do tratamento curativo foi apropriada; poder expressar os seus sentimentos e angústias; se confrontado e consolado e encontrar um significado para a morte do paciente.

Por esses motivos, seria interessante se os hospitais, nas unidades de terapia intensiva, tivessem um espaço para acomodação dos familiares. Deveriam haver salas onde os pacientes pudessem sentar-se, descansar, comer, compartilhar a solidão, e talvez se consolar mutuamente nos intermináveis períodos de espera. Assistentes sociais e psicólogos deveriam estar disponíveis, com o tempo suficiente para cada um, e os médicos e as enfermeiras deveriam visitar estas salas com frequência, pondo-se à disposição para solucionar problemas e dúvidas relacionados a saúde dos pacientes.

É importante ressaltar, que os membros da família experimentam diferentes estágios de adaptação, semelhantes aos descritos com referência aos pacientes. A princípio, pode ser que neguem o fato de que haja aquela doença na família. No momento em que o paciente atravessa um estágio de raiva, os parentes próximos podem apresentar a mesma reação emocional

Os direitos fundamentais possuem diversas denominações como direitos humanos, direitos subjetivos públicos, direitos do homem, direitos individuais, liberdades fundamentais ou liberdades públicas. A própria Constituição Federal de

1988 apresenta diversidade terminológica na abordagem dos direitos fundamentais, utilizando expressões como direitos humanos, direitos e garantias fundamentais, direitos e liberdades constitucionais e direitos e garantias individuais<sup>4</sup>. (BRASIL, 1988)

Antes da Resolução nº. 1.995/2012, o CFM já havia abordado a questão da antecipação da vida envolvendo a autonomia de vontade de doentes terminais em duas outras oportunidades. A primeira em 2006, no preâmbulo da Resolução nº. 1.805/2006<sup>4</sup>, ao estabelecer que:

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.

Isso bem retrata a preocupação da classe médica em asseverar, para os doentes terminais, o cumprimento de dois axiomas constitucionais tutelados: o da dignidade da pessoa humana e o da não tortura, tratamento desumano ou degradante, dispostos, respectivamente, nos artigos 1º e 5º da CF/88.

A segunda foi em 2009, através do artigo 24 – que proíbe o médico de “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo” – e do já mencionado parágrafo único do artigo 41, ambos da Resolução nº. 1.931/2009, que aprovou o novo Código de Ética Médica e acenou para a possibilidade da prática da Ortotanásia no Brasil. Mais uma vez o CFM valoriza os princípios constitucionais do direito à autonomia privada, à liberdade e ao acesso à informação, somados aos princípios bioéticos, constantes no Código de Ética Médica, da beneficência, da não maleficência, do consentimento informado e de uma segunda opinião médica.

Contudo, até o presente momento não há norma reguladora positivada no ordenamento jurídico pátrio que discipline sobre o testamento vital, mas isso não impede que os doentes terminais possam dele se utilizar e, querendo, expressar sua vontade no que concerne às disposições sobre sua vida ou morte.

Foi com fulcro nesse entendimento que o CFM editou a Resolução nº. 1.995/2012, dispondo sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes e ensejando previsão legal para resguardar tanto a autonomia do paciente quanto a conduta do médico, isentando-o, assim, de eventuais imbróglios e problemas.

Com a Resolução nº. 1.995/2012, o CFM inovou e deixou claro, já nas considerações, as justificativas que o levou a deliberar sobre essa temática, a saber, a carência de regra jurídica no direito brasileiro que discipline o testamento vital, bem como a necessidade de normatizar o comportamento do profissional da saúde quando se deparar com as diretivas antecipadas de vontade de um doente terminal, mesmo contando com tecnologias avançadas que alongam a dor do paciente crônico e não contribuem para que haja melhora ou cura, podendo ser dispensadas e/ou recusadas. Isso tudo sem esquecer a importância da autonomia do enfermo na relação médico-paciente.

Além disso, o CRM considerou imprescindível para o emprego do testamento vital, a decisão do paciente ainda lúcido, antes da fase de terminalidade, e de maneira consciente sobre as possíveis medidas a serem ou não adotadas pelo médico que o assiste, sendo tal determinação preponderante sobre a vontade dos familiares e profissionais de saúde. Isso é dito textualmente logo no artigo 1º da Resolução nº. 1.995/2012, que define as “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”.

O artigo 2º abrange os procedimentos das diretivas antecipadas para pacientes, seus representantes e médicos: os parágrafos 1º e 3º, por exemplo, prescrevem que o profissional de saúde em comando deve considerar à vontade expressa antecipadamente pelo paciente – ou terceiro que o represente em caso de incapacidade – que prevalecerá sobre qualquer outra posição médica ou familiar. Já o parágrafo 2º traz uma ressalva: o médico pode se negar a atender o desejo manifestado pelo doente terminal ou seu representante, quando perceber que este não se coaduna com os preceitos éticos da medicina.

Outra negativa é também encontrada no inciso IX, do capítulo II, do Código de Ética Médica, ao determinar que o médico pode “recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Todavia, essa desobediência à vontade do paciente deve ser exteriorizada e baseada em motivos éticos, morais, religiosos ou de foro íntimo. Daí, cabe encaminhar o doente a outro profissional de saúde que irá assumir o caso.

O grande trunfo das diretivas antecipadas de vontade é que ela expressa o desejo do próprio indivíduo, traduzido como declaração de seu direito de

autodeterminação preventiva. Isso diminui consideravelmente o abalo emocional para os familiares e médicos na tomada de decisões, pois o que prevalecerá é a vontade do próprio paciente, que guiará a conduta clínica, excluindo-se as pretensões de outrem, doutores ou não (ROSA, 2013).

Outro ponto positivo é a ratificação da liberdade de expressão, bem como a salvaguarda da dignidade humana até o fim da vida. Há, sem sombra de dúvida, a humanização da morte, descartando-se a obstinação terapêutica ou distanásia, cujos procedimentos nada melhoram ou reverterem o estado do doente incurável, mas apenas estendem seu sofrimento ao máximo e a um tempo incerto (ROSA, 2013).

Diferentemente do princípio da dignidade da pessoa humana, a autonomia privada é um princípio previsto de forma implícita pelo texto constitucional, o qual concede ao indivíduo, em determinadas situações jurídicas, o direito dispor de acordo com os seus interesses, tanto na esfera patrimonial quanto na existencial.

A autonomia da vontade é a licença que a pessoa possui para tomar decisões particulares de acordo com seus próprios interesses, desde que não prejudique os interesses de outras pessoas. Cada um deve ser senhor de si, sendo responsável por suas próprias escolhas, principalmente por aquelas que não interferem na liberdade alheia (LIMA, 2008).

A proteção da autonomia da vontade tem como meta conceder ao indivíduo o direito de autodeterminação, permitindo que as pessoas façam as escolhas que digam respeito a sua vida e ao seu desenvolvimento. Para verificar a validade do ato, importante saber se o exercício da liberdade de escolha é autêntico, caso seja, o máximo que o Estado pode fazer é desenvolver mecanismos para que o indivíduo tenha perfeita consciência da consequência do seu ato, mas nunca poderá interferir na sua escolha, sobretudo quando a decisão não atingir a dignidade de outras pessoas. (LIMA, 2008)

Imprescindível destacar a inerente relação entre liberdade e vontade. Por meio do exercício da liberdade, o ser humano pratica sua autonomia da vontade, sendo capaz de exercer todos os direitos que integram sua esfera jurídica. (GOZZO, p.12)

Stuart Mill elucida sobre a liberdade e a independência da pessoa sobre si:

O único propósito com o qual se legitima o exercício do poder sobre algum membro de uma comunidade civilizada contra a sua vontade é impedir dano a outrem. O próprio bem do indivíduo, seja material seja moral, não constitui justificação suficiente. O indivíduo não pode legitimamente ser compelido a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, porque tal seja melhor para ele, porque

tal o faça mais feliz, porque na opinião dos outros tais seja sábio ou reto. Essas são boas razões para o admoestar, para com ele discutir, para o persuadir, para o aconselhar, mas não para o coagir, ou para lhe infligir um mal caso aja de outra forma. Para justificar a coação ou a penalidade, faz-se mister que a conduta de que se quer desviá-lo tenha em mira causar dano a outrem. A única parte da conduta por que alguém responde perante a sociedade é a que concerne aos outros. Na parte que diz respeito unicamente a ele próprio, a sua independência é, de direito, absoluta. Sobre si mesmo, sobre o seu próprio corpo e espírito, o indivíduo é soberano (STUART MILL, 1991. p. 33-34).

Assim, não há dúvidas de que a liberdade e autonomia estão interligadas. Com base na liberdade, o indivíduo é capaz de tomar decisões sobre sua própria vida, determinando seu destino, inclusive sobre o seu corpo, de acordo com suas convicções (GOZZO, p.12).

Ensina, por sua vez, Maria Garcia (2012p.73), que “o princípio da autonomia estabelece o respeito pela liberdade do outro e das decisões do paciente e legitima a obrigatoriedade do consentimento livre e informado para evitar que o enfermo possa representar um simples objeto. ”

O profissional responsável pelo tratamento da pessoa enferma tem o dever de seguir os termos do ordenamento jurídico, dentre estes o Código de Ética Médica, entretanto, o médico deverá respeitar também à vontade e decisões que vierem a ser tomadas pelo paciente. (GOZZO, 2012, p.13)

Portanto, o médico deve acatar a vontade do paciente, informando-lhe sobre seu diagnóstico, bem como as opções de tratamentos disponíveis. O princípio da autonomia assegura o respeito pela liberdade do outro e das decisões do paciente e legitima a obrigatoriedade do consentimento livre e informado.

O Código Civil, no art. 15, determina que ninguém pode ser constrangido a se submeter, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

No entanto, um dos princípios da bioética é o princípio da autonomia, cujo principal objetivo é fazer respeitar a liberdade individual da pessoa (do paciente), por se considerar, na bioética, que a própria pessoa sabe o que é melhor para si.

Portanto, sua decisão deve valer, inclusive, para afastar intervenções médicas. Some-se a esse o princípio da alteridade, também extraído da bioética, segundo o qual se deve buscar entender e respeitar as diferenças entre as pessoas, colocando-se no lugar do outro, experimentando um novo ponto de vista. Perante esses dois princípios, vê-se que a restrição da liberdade de uma pessoa pode configurar ofensa à sua dignidade.

Na verdade, o consentimento livre e esclarecido do paciente quanto ao tratamento só será dispensável se for impossível a tomada desse consentimento, como nos casos em que o paciente chega ao médico em estado de inconsciência ou sem condições de se manifestar. Se, nesse estado, o paciente corre risco de vida, o médico tem o dever de submetê-lo a tratamento.

O direito do paciente consentir, Elida Sá explica que o tratamento médico não pode ser imposto ao paciente que estiver física e mentalmente capaz, em pleno gozo de suas faculdades mentais. Se estiver nesse estado de consciência e nessa possibilidade física de se manifestar, ele pode recusar qualquer tipo de intervenção médica, desde a simples ingestão de medicamentos até procedimentos cirúrgicos.

É necessário reconhecer, como a autora mais adiante escreve, que “o paciente, capaz física e mentalmente, tem o arbítrio sobre sua pessoa. Estar doente não é obrigatoriamente sinônimo de ser incapaz. (...) Não tem o médico, em nome da obediência ao tratamento, o direito de tirar do doente sua autonomia de vontade”. Assim é que Maria Helena Diniz e Silvio Venosa, assim como Ricardo Lorenzetti, entendem que o paciente tem direito de recusa, podendo opor-se a tratamento ou não aceitar a continuidade de um tratamento se sua doença for incurável ou se ele estiver passando por sofrimento atroz, pois “ninguém pode ser constrangido a invasão de seu corpo contra sua vontade”.

Convém mencionar o Código de Ética Médica, que, em capítulo dedicado aos direitos humanos, proíbe o médico de efetuar qualquer procedimento sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável, salvo iminente perigo de vida (art. 22). O art. 24 veda ao médico “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”. E, no Capítulo V (“Relação com pacientes e familiares”), o art. 31 proíbe ao médico “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”.

O CFM, na Resolução n. 1.021/80, decidiu que, nenhum paciente em iminente perigo de vida, cujo salvamento dependa de transfusão de sangue, o médico deve fazê-la, mesmo com a oposição do paciente.

Maria Helena Diniz e Maria Celeste Cordeiro dos Santos propõem documentos pelos quais a pessoa poderia se posicionar sobre tratamentos médicos a que viesse se submeter, com ênfase para o respeito à autonomia do paciente,

independentemente das consequências de sua recusa ao tratamento e do posicionamento contrário de seus familiares.

#### 4.2 DECORRÊNCIAS ACERCA DO CONFLITO DE INTERESSES NA ÁREA DA SAÚDE

Abordar o tema da Mediação, como método de resolução de conflitos adequado, impõe previamente ter de falar sobre conflito, incluindo qual o seu significado, como o mesmo é definido pelos sujeitos, quais os elementos que o identificam, e em particular quais as particularidades e contexto que encontramos nos conflitos na área da saúde.

Durante a década de 70, até aos dias de hoje, constata-se uma evolução da teoria do conflito, resultando numa abordagem interacionista de cariz construtivista, segundo a qual se passou a defender que a sua inexistência equivale a monotonia (conformismo e passividade), sendo então o conflito considerado como inevitável e necessário para uma atuação eficaz nas interações humanas.

No vocabulário estruturado dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), o conflito de interesses é relacionado ao descritor “má conduta profissional”, que é tido como violação de leis, regulamentos ou padrões profissionais (OMS).

Sem qualquer margem para dúvidas, portanto, o contexto da área da saúde, quer pela existência de múltiplas partes envolvidas, com diferentes necessidades, quer pelo próprio ambiente e cenários onde ocorrem, quer pelas particularidades éticas e negociais, potencializa o surgimento de situações conflitantes, acrescido das necessidades da sua resolução de forma consensual, nomeadamente atendendo ao desgaste das relações.

Levando em consideração que cada envolvido no conflito terá um discurso diferenciado (discurso técnico, discurso emocional e discurso financeiro), um terceiro facilitador com as características do mediador, tem condições de potencializar, de forma notória, a possibilidade de diálogo, a gestão do conflito e a construção de soluções que possam ser acolhidas por todos os intervenientes, satisfazendo os interesses e necessidades dos envolvidos.

Dentre outros fatores, o sucesso da mediação e da conciliação técnica, como métodos que podem ser efetivamente escolhidos pela área da saúde para gerir e resolver conflitos (LAMA,2000), resulta o fato de que grande parte das situações

pressupõem questões relacionais implícitas, que não são normalmente resolvidas em um processo comum (judicial ou arbitragem).

Além disso, o diálogo passa a fazer parte do tratamento e da prestação de serviços oferecida ao paciente e à sua família, potencializando assim a qualidade do serviço prestado.

Em uma ótica preventiva do conflito ou em uma ótica de resolução em tempo real *just in time resolution*, os profissionais da área da saúde têm todo o interesse e necessidade de conhecer e desenvolver técnicas que facilitem o seu trabalho diário, minimizando, assim, o número de situações de conflito que têm de gerenciar e resolver.

Com isso, ganha-se, entre outros benefícios, a pacificação e satisfação, bem como a salvaguarda das expectativas no futuro e redução do tempo gasto com questões que são estranhas à sua área de atuação: a saúde.

Conversar sobre, saúde, relações com direitos e deveres que se criam, conflitos que daí decorrem e procedimento para os resolver, impõe também proceder a uma prévia separação de possíveis situações com necessidade de resolução, designadamente, por um lado os casos relativos à prestação de serviços e cuidados de saúde, como internação, execução de procedimentos cirúrgicos, exames e consultas. E por outro, questões relacionadas com tratamentos e medicamentos.

Esta divisão permite, nomeadamente, separar e identificar os diversos sujeitos intervenientes na multiplicidade de conflitos que encontramos nesta área específica do Direito. Assim, podemos colocar, a título exemplificativo, em termos de sujeitos intervenientes: pacientes, hospitais, clínicas, entes públicos, seguradoras, pessoas jurídicas de direito público, Estado, Município, entre outros.

A descrição apresentada visa permitir identificar os conflitos que mais frequentemente buscam encontrar uma solução por via da esfera do judiciário, por forma a que, respeitando o princípio da separação de poderes, verificar a disponibilidade de tratamento adequado a esta área, extraordinariamente sensível dos direitos fundamentais, que é a Saúde, possibilitando igualmente uma maior eficiência do judiciário.

A complexidade das relações na área da saúde são também verificáveis na diversidade de diálogo entre as múltiplas partes que se relacionam, identificando nos conflitos mais comuns, pelo menos, três tipos de linguagens, de acordo com os intervenientes:



- ✓ Médicos; Staff - linguagem ética e técnica;
- ✓ Famílias; Pacientes; Acompanhantes - linguagem emocional;
- ✓ Empresas; Operadoras e Seguradoras - linguagem financeira.

Atendendo a esta particularidade de múltiplas partes com diálogos distintos, atendendo a funções e objetivos absolutamente diversos, resulta verificado que na grande maioria dos processos judiciais e arbitrais, na área da saúde, as questões relacionais são citadas e implicadas no conflito, não sendo esta situação resolvida pela litigância.

Neste ponto, é importante passar a considerar que o diálogo deve ser parte do tratamento e prestação do serviço dado. Assim, importa referir, relativamente ao paciente e seu acompanhante, a grande maioria dos conflitos na área da saúde referem-se a uma necessidade de compreensão do que aconteceu (pelo não domínio de questões técnicas); um reconhecimento ou responsabilidade sobre o acontecimento (financeiro); confiança de não repetição com mais ninguém (emocional).

Quando se fala em conflito de interesses, vem se tornando uma exigência e uma constante preocupação entre os que se dedicam à questão. Para Marques Filho (2010), “a atual legislação ética e legal em vigor no Brasil é bastante tímida” (p. 153).

As Resoluções que vêm sendo criadas no Brasil no sentido de colaborar para o manejo desses conflitos são do Conselho Federal de Medicina (CFM) – Resolução CFM 1.595/200023 – e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – as Resoluções ANVISA 102/200024 e 96/200825. No âmbito da pesquisa científica envolvendo seres humanos, também se identificou orientações acerca dos conflitos de interesse nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/199626 e 466/201227.

O CFM, em sua resolução, proíbe a prescrição médica vinculada ao recebimento de vantagens materiais oferecidos por agentes econômicos interessados na comercialização de seus produtos, além de exigir a declaração de patrocínio em pesquisas ou apresentações realizadas por médicos, os quais devem ainda indicar toda a metodologia e fontes utilizadas em suas pesquisas.

Basicamente, a Resolução 96/2008 da ANVISA pouco difere da Resolução 102/2000 (revogada) a respeito dos limites e normas impostos acerca das relações que possam gerar conflito de interesses. Ela exige a transparência quando houver patrocínio de profissionais para a realização de palestras, em documentos de

divulgação de eventos ou apoio para a participação de encontros, nacionais ou internacionais, não devendo estar condicionado à promoção de medicamentos ou instituições.

## **5 MORTE DIGNA: ALICERCE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV)**

Os avanços científicos e tecnológicos das várias áreas do saber trouxeram muitos benefícios, principalmente na área da saúde, para salvar mais vidas, melhorar a qualidade de vida e a longevidade humana. Estes avanços, entretanto, contribuíram para estigmatizar a morte, que, longe de ser vista como algo natural, passou a ser classificada como inimiga a ser vencida a qualquer preço (ESSLINGER, 2004, p. 156).

Kovacs (2003, p. 115-7) nos alerta que “este desenvolvimento pode levar a um impasse quando se trata de buscar a cura e salvar uma vida, com todo empenho possível, num contexto de missão impossível: manter uma vida na qual a morte já está presente”. Nossa cultura recusa a morte e, assim, a contrapeso dessa obstinação terapêutica atual acaba por destituir muitas pessoas de uma morte digna.

Esse aumento da tecnologia, por vezes, adia o momento da partida. Essa realidade existe para muitas pessoas com doenças degenerativas cujas aptidões intelectuais estão intactas, mas com o físico desgastado; é possível que já tivessem morrido naturalmente, mas com novos tratamentos e intervenções existentes se quer fazer tudo o que é possível para essa pessoa.

Nesse contexto, humanizar a morte é o que permeia as DAV. Morrer dignamente significa que o final da vida não deve nos privar de uma atenção humanizada: acompanhamento na solidão perante os medos e interrogações espirituais; ao mesmo tempo, o alívio da dor e dos sintomas. Que na medida do possível possamos morrer como vivemos.

Que na medida do possível sejamos donos de nós mesmos. Morrer dignamente não significa isolamento, mentira, testes diagnósticos desnecessários ou tratamento que prolongue o momento final. Não significa dor, angústia, mal-estar ou sofrimento de qualquer índole. Significa sentir-se cuidado e querido, ser único também diante da morte (BERMEJO, BELDA, 2011, p. 121)

Nesse marco de respeito à morte digna, as DAV auxiliam o paciente a refletir sobre sua enfermidade e o processo de morrer. Esse apontamento quando usado perfeitamente é um mecanismo de evitar o medo do paciente de ser desamparado à tecnologia empregada de maneira fútil.

Apesar de a desenvolvimento da tecnologia e as probabilidades técnicas oferecerem grande benefício ao doente, tem efeito num distanciamento médico do paciente.

Assim, a proposta da elaboração das DAV é uma preocupação saudável com aqueles que podem encontrar-se em situações muito complexas para tomada de decisões no mundo da saúde com tantos meios que aumentaram a expectativa de vida, mas a que preço? É uma maneira de registrar, enquanto em pleno uso das nossas faculdades mentais, como queremos ser cuidados, a preferência em relação a possíveis intervenções clínicas, tal como suporte de vida quando não existe expectativa de recuperação. As DAV ajudam o paciente a conversar com o médico, a equipe de saúde e familiares sobre seus desejos, apreensões relacionadas ao final de vida. Permitem também que o paciente indique se deseja receber cuidados e tratamentos que irão paliar a dor e os sintomas (MARTINEZ, 2007, p.67-102).

A comunicação entre as partes é essencial neste processo e cabe aos profissionais de saúde informar e aconselhar o paciente de maneira adequada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Cuidados Paliativos preconizam humanizar a relação equipe de saúde-paciente-família, e proporcionar uma resposta razoável para as pessoas portadoras de doenças que ameaçam a continuidade da vida, desde o diagnóstico dessa doença até seus momentos finais.

A medicina paliativa busca o seu espaço, para que não somente o paciente com possibilidades de cura seja atendido, mas também os que sofrem com doenças em que a morte é fatal, pois a medicina científica não deve ser antagônica da medicina paliativa, mas devem ser simbióticas.

A morte digna é de grande significado para o doente e também para o profissional que é compreensivo e solidário. Assim, muito se tem a caminhar quando se trata de cuidados paliativos, E os profissionais de saúde em geral precisam conhecer e explorar essa temática que é tão rica, porém pouco discutida.

Mas, deve igualmente salientar-se que os direitos dos doentes, principalmente, não se limitam à legalização das diretivas antecipadas de vontade. Medidas tal como a generalização dos cuidados paliativos, o combate à dor crônica, à solidão e à exclusão social e familiar e a humanização dos serviços de saúde são fatores igualmente relevantes para uma adequada prestação de cuidados aos doentes terminais ou a outros doentes com doenças crônicas incapacitantes, que por alguma razão não estão em condições de se manifestar.

Assim, portanto, no futuro as demandas por ações em cuidados paliativos crescerão e a psicologia tem uma responsabilidade na produção de conhecimento que fundamente sua atuação. A revisão da literatura realizada neste estudo demonstrou o estágio inicial em que se encontra a produção da psicologia sobre cuidados paliativos.

Sobre o produto do estudo propriamente, são muitos os questionamentos que surgem diante da terminalidade. Cumpre-nos refletir sobre isso, pois, apesar de existirem propostas para o morrer melhor, especialmente os cuidados paliativos, essa via se enfraquecerá se as realidades não forem contextualizadas, se os pacientes e cuidadores familiares que reconhecem um saber prático não forem legitimados ou não se permitirem dialogar com a equipe técnica, que, por outro lado, deve estar aberta para ouvir e partilhar com o paciente e a família.

Os cuidados paliativos estabelecem um novo lugar para o familiar, que podemos considerar como localizado entre o profissional e familiar: aquele da experiência do cuidado e da humanização como reconhecimento do exercício da autonomia e do diálogo.

Faz-se urgente capacitar os profissionais de saúde para lidar com questões relativas à pessoa humana integral, com uma visão das perdas por morte que abarque não somente os aspectos biológicos, mas também sua dimensão socioafetiva.

Os cuidados paliativos, apesar de terem como ideal a promoção da Ortotanásia, não podem ser considerados como um sinônimo da morte digna, pois a dignidade humana implica no respeito a alteridade e a liberdade do exercício da personalidade. Isso significa dizer que para que os cuidados paliativos sejam efetivamente um modelo de atenção promotor de dignidade, é necessário que este seja um modelo que permita a pluralidade de opiniões e expressões de toda ordem, incluindo aí o posicionamento ético dos pacientes e familiares.

Os ideais da morte digna não podem se constituir em um absolutismo, pois dessa forma não será possível promover e proteger dignidade humana mesmo que se efetue todo o controle de sintomas. Assim, o debate sobre eutanásia não pode ser encerrado, devendo ser amplamente debatido com a sociedade e as classes profissionais a partir de uma maior participação destes nas comissões de bioética.

Percebeu-se que os cuidados paliativos para serem efetivos na promoção de uma morte digna serão sempre objeto de reflexão ética e moral, principalmente no que tange ao princípio da dignidade humana. Este princípio deve ser o princípio norteador das ações paliativistas de forma a garantir sua proteção e promoção. Dessa forma, os cuidados paliativos devem ser entendidos como resultado da individualização do cuidado, em respeito à dignidade de cada indivíduo.

Finaliza-se destacando a importância de realiza-se estudos no Brasil que venham explicar os diversos aspectos desse tema abordado, de modo a contribuir para uma proposta mais ampla e para uma cultura que encare o processo da morte e do morrer de maneira mais construtiva, e a morte digna não seja somente um conceito, mas se torne realidade.

## REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra, **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. v. 1. (Tese) Doutorado em Direito Sanitário pela Universidade de São Paulo - USP. São Paulo, 2006. p. 65

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.

\_\_\_\_\_. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2007.

ANDRADE, Manuel da Costa. **Direito penal médio: SIDA: testes arbitrários, confidencialidade e segredo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

BAÚ, Marilise Kostelnaki. **Capacidade jurídica e consentimento informado**. Disponível in <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio2v8/simpo6.pdf> acesso em 20/ 4/ 2018

BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS Rosana Righetto. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

BRASIL. **Resolução CFM nº 1.931. Aprova o novo Código de Ética Médica**. Conselho Federal de Medicina, em 17 set. 2009. Publicado no Diário Oficial da União, em 24 set. 2009. p. 90-92

BRASIL. O Código Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm). Acesso em: 03 /04/2018

BERGSTEIN, Gilberto. **Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova**. 2012. 271 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2012.

BERMEJO JC, BELDA RM. **Testamento vital: diálogo sobre la vida, la muerte y la libertad**. Madrid: PPC, 2011. 121p.

BIFULCO, Vera Anita. Caponero, Ricardo. **Cuidados paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde**. Barueri, SP: Minha Editora, 2016.

\_\_\_\_\_, V. A.; IOCHIDA, L. C. **A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura**. Rev. bras. educ. méd. 2009. 33 (1) 92-100.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional**

**e penal e direito comparado.** In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Org.). **Biodireito: ciência da vida, os novos desafios.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

CABETTE, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e Ortotanásia: Comentários à Resolução 1.805/06CFM. Aspectos éticos e jurídicos.** Curitiba: Juruá, 2009.

CALDEIRA, Emira de Penha, [www.ucv.edu.br/fotos/files/cuidados\\_paliativos\\_em\\_pacientes\\_terminais.pdf](http://www.ucv.edu.br/fotos/files/cuidados_paliativos_em_pacientes_terminais.pdf); acesso em 12/03/2018.

CAMPBELL, Margaret L. **Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem.** Porto Alegre: AMGH, 2011.

CARREIRA, Patrícia; NETO, Vera; RIBEIRO, Daniela; RODRIGUES, Vânia. **DIREITOS DO DOENTE TERMINAL - Cuidados Paliativos - Dar vida aos Dias** [www.darvidaaosdias.weebly.com/direitos-do-doente-terminal.html](http://www.darvidaaosdias.weebly.com/direitos-do-doente-terminal.html) Acesso em 29 de abril de 2018

CARVALHO Ricardo Tavares de; PARSONS. Henrique A Fonseca. **O Manual de Cuidados Paliativos ANCP.** Ampliado e atualizado. 2ª edição. 2012

CF/88. **Constituição Federal de 1988.** Art. 5º.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012 Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.** Diário Oficial da União. 2012; Seção I (170):269–270.

CRM. Conselho Regional de Medicina. **RESOLUÇÃO nº 1.480/97.** Disponível em <<http://www.cfm.org.br/97.htm>> acesso em 29 de abril de 2018.  
CRM/SP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Cuidado Paliativo.** São Paulo: CREMESP. 2008.

DADALTO, Luciana. **Testamento Vital.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

DE SÁ. Maria de Fátima Freire. NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Curso de Biodireito.** 2ª ed. Belo Horizonte, Del Rey, 2011.

ESSLINGER I. **O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal?** In: PESSINI L, Bertachini L. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2004.

FERREIRA, Ana Paula de Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira; MELO, Mônica Cristina Batista de. **O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer.** Rev. SBPH vol. 14 nº 2, Rio de Janeiro - Jul/Dez. - 2011 <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a07.pdf>. Acesso em 12/03/2018.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades.** *Cienc. Saúde coletiva.* Rio de Janeiro, 2008. Dez. (13) 2123-32.



FLORIANI, C. A. **Cuidador do idoso com câncer avançado: uma abordagem bioética**. [Dissertação] Rio de Janeiro (RJ); Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

GARCIA, Maria. **Bioética e o princípio da autonomia: a maioria kantiana e a condição do autoconhecimento humano**. In: GOZZO, Débora. LIGIERA, Wilson Ricardo. **Bioética e Direitos Fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 63 - 89

GOLDIM, José Roberto. **Diretivas Antecipadas de Vontade Comentários sobre a Resolução 1955/2012 do Conselho Federal de Medicina**. Publicado em 23 de setembro de 2012. <https://www.ufrgs.br/bioetica/diretivas2012.pdf>, acesso em 20/4/2018.

GOLDIM, José Roberto; Franciscone, Carlos Fernando. **Tipos de Eutanásia**. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/eutantip.htm> , Acesso em: 28 /04/2018

\_\_\_\_\_, José Roberto. Texto atualizado em 30/11/2000 ©Goldim/1997-2000 Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/eutanuru.htm> Acesso em: 10 abr. 2018.

GOZZO, Débora. **Bioética e direitos fundamentais**. São Paulo : Saraiva, 2012.

HOGEMANN, Edna Raquel **Conflitos bioéticos: clonagem humana**. 2ª ed. rev. e atual. – São Paulo: Saraiva, 2013.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**, Editora Objetiva, Rio de Janeiro, 2001.

JUVER, J. (2007). **Cuidados Paliativos no hospital geral**. *Revista Prática Hospitalar*, Ano IX (53), 192-194, Set/Out.

KOVÁCS, MJ. **Bioética nas questões da vida e da morte**. *Psicol. USP*. 2003;14(2):115-7.

KRAUT, Alfredo Jorge. **Los derechos de los pacientes**. Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1997, p. 180.

KIPPER, D. **O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para a nossa realidade**. *Bioética*, v. 7, nº 1, p. 59-70. 1999.

KRUSE, M. H. L.; Vieira, R. W.; AMBROSINI, L.; Niemeyer, F.; Silva, F. P. **Cuidados paliativos: uma experiência**. *Revista HCPA*, 27 2), 49-52. 2007.

LAMA, D e Cutler, HC., **A Arte da Felicidade**, Livraria Martins Fontes Editora, São Paulo, 1.ª Edição, 2000.

LEPARGEUR, H. **Morte cerebral e morte celebral**. ver. *Eclesiást. Bras*, fasc. 209, p. 87- 98. 1993.

LIGIERA, Wilson Ricardo. **Responsabilidade médica: diante da recusa se transfusão de Sangue**. São Paulo: Nelpa, 2009

LINGERFELT, David; etal. **Terminalidade da vida e diretivas antecipadas de vontade do paciente**. Artigo elaborado durante o curso da disciplina Biodireito, Curso de Direito, Universidade Salvador – UNIFACS [www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/viewFile/2470/1813](http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/viewFile/2470/1813) acesso em 20/04/2018.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. (2007). **A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética**. BIOTHIKOS - Centro Universitário São Camilo.

MARCO, De Mario Alfredo (et al). **Psicologia medica: abordagem integral do processo saúde-doença**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARTIN, Leonard M. **O código brasileiro de ética médica e os direitos do doente na fase final da AIDS**. In: PESSINI, Léo (Coord.); BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

MARTIN, L. **Eutanásia e Distanásia**. In: COSTA, S.I.F; GARRAFA, V; OSELKA, G (org.) **Iniciação à bioética**. Brasília: conselho federal de medicina, 1998

MARTINEZ K. **Los documentos de voluntades anticipadas**. Anales del Sistema Sanitario Navarra. 2007;30(suppl 3):87-102.

MARQUES, Filho J. **A dimensão bioética dos conflitos de interesses na relação entre médico e indústria farmacêutica**. Rev Bras Clin Méd. 2010;8(2):148-53.

MENEZES, C. N. B.; PASSARELI, P. M.; SANTOS, M. A. dos.; VALLE, E. R. M. do. **Câncer infantil: organização familiar e doença**. Revista Mal-estar e Subjetividade, vol. VII (1), 191-210 Fortaleza, mar. 2007

NOGUEIRA, Paulo Lúcio. **Em defesa da vida: aborto, eutanásia, pena de morte, suicídio, violência, linchamento**. São Paulo: Saraiva, 1995.

OMS, **Organização Mundial de Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde / Biblioteca Regional de Medicina**. Descritores em Ciências da Saúde DeCS. São Paulo: Bireme (Brasil); 2012

OLIVEIRA, A. C. de; SILVA, M. J. P. **Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde**. Acta Paul Enferm, 23(2), 212-217, São Paulo.2010

OLIVEIRA, R. A. **Cuidado Paliativo** (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), São Paulo: 2008. p. 689.

OTHERO, M. B.; COSTA, D. G. **Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um hospital amparador – terapia ocupacional e psicologia.** Revista prática Hospitalar, Ano IX (52), 157-160, jul. / ago.2007.

PEDUZZI M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia.** Rev. Saúde Pública 2001; 35(1):103-9.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: São Camilo, 2001.

PESSINI, Leo. **Eutanásia: porque abreviar a vida?** São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2004, p. 105

PEREIRA, Sandra Martins. **Cuidados paliativos: confrontar a morte.** Lisboa: Universidade Católica, 2010.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. **Dor e Cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia.** Barueri, SP: Manole, 2006.

PRATA, Henrique Moraes. **Cuidados paliativos e direitos do paciente terminal.** Barueri, SP: Manole, 2017.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **Equilíbrio de um pêndulo: bioética e a lei: implicações médico-legais.** São Paulo: Icone, 1998.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer.** São Paulo. Ed Atheneu, 2009.

SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (Coords.). **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

SCAFF, Fernando Campos. **As relações jurídicas privadas no direito à saúde.** 2006. Tese (Livre-docência) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

SOUZA, K. C.; Carpigiani, B. (2010). **Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos.** Psicologia: Teoria e Prática, 12(1), 97-108.

SILVA, C.H.D. **A moralidade dos cuidados paliativos.** Rev. bras. Cancerol, 2004. out./dez. 50(4)330-333.

SILVA, José Vitor da. **Bioética: visão multidimensional.** 1ª ed. São Paulo: Iátria, 2010.

TABOADA, P.; UGARTE, A.R.; BERTUCCI, M.V. **Dimension ética del morir.** ARS médica, 2000. 2(2)31-44.

TABOADA RP. **Princípios éticos relevantes en la atención de pacientes**. Rev. ARS Méd. 2006;12(12)31-8.

TAKA, Oguisso Elma; PAVONE, Zoboli Lourdes Campos. **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. 2ª ed. – Barueri, SP: Manole, 2017.

VIEIRA, Mônica Silveira. **Eutanásia: humanizando a visão jurídica**. Curitiba: Juruá, 2009.

World Health Organization (WHO). Disponível em: [www.http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?](http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?); acessado em: 08 de março de 2018.