



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

CIDNÉA DE MACEDO PAPPONE

A AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA INTERNADA EM FIM DE VIDA

Rio de Janeiro

2023

CIDNÉA DE MACEDO PAPPONE

A AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA INTERNADA EM FIM DE VIDA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de instituições de ensino superior associadas, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Bioética orientado pelo Professor Doutor Rafael Esteves Frutuoso e coorientado pelo Professor Doutor Alexandre da Silva Costa.

Rio de Janeiro

2023

P218 Pappone, Cidnéa de Macedo.
A autonomia da pessoa idosa internada em fim de vida / Cidnéa de Macedo
Pappone. – Rio de Janeiro, 2023.
92 f.; 30 cm.

Orientador: Rafael Esteves Frutuoso.
Coorientador: Alexandre da Silva Costa.

Dissertação (Mestrado) - UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ. Programa de Pós-
Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2023.

Referências: f. 78-85.

1. Autonomia. 2. Idoso. 3. Morte. 4. Cuidados. 5. Bioética. I. Frutuoso, Rafael
Esteves. II. Costa, Alexandre da Silva. III. Universidade Federal do Rio de
Janeiro. IV. Título.

CDD 171.7

FOLHA DE APROVAÇÃO

CIDNÉA DE MACEDO PAPPONE

A AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA INTERNADA EM FIM DE VIDA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação UFRJ-FIOCRUZ-UERJ-UFF, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em: 04 de dezembro de 2023.

Prof. Dr. Rafael Esteves Frutuoso (Orientador)

UFRJ

Prof. Dr. Alexandre da Silva Costa (Coorientador)

UFRJ

Prof^a. Dra. Cristiane Maria Amorim Costa

UERJ

Prof^a. Dra. Maria Aglaé Tedesco Villardo

EMERJ

Prof. Dr. Dalmir Lopes Junior

UERJ

Aos meus pais Elza Luzia e Sidney (*in memoriam*); ao meu marido Renato; aos meus filhos Aline e Marcos Henrique; a minha neta Valentina; com todo meu carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela saúde e força que me deu para lutar por um sonho, por me enriquecer de coragem pelo que acredito.

Ao meu Orientador, Prof. Rafael Esteves, por ter me recebido e pela confiança no desenvolvimento deste trabalho, pelas nossas conversas que levarei para o resto da vida.

Ao meu Coorientador, Prof. Alexandre Costa, pelo exemplo de humanidade, com aulas enriquecedoras. Serei sempre grata.

Gratidão à Prof^a. Cristiane Amorim, um exemplo de pessoa e ao Prof. Dalmir Lopes, por todo ensinamento.

À Dra. Maria Aglaé Tedesco por toda colaboração que deu nesse trabalho. Jamais esquecerei suas dicas.

À amiga e Prof.^a Luciana Narciso pelo estímulo que me deu para entrar no Mestrado do PPGBIOS, demonstrando que embora difícil, a realização seria possível e conquistada.

À minha família, pelo incentivo e a compreensão pela minha ausência em momentos que precisei optar pelos estudos em detrimento da vida social. Pela força que dão a minha vida profissional. Eterna gratidão.

Aos meus pais agradeço a oportunidade de ter tido acesso à educação.

Às amigas e amigos por todo carinho que recebi ao longo desses dois anos, sobretudo à Deanna, por toda paciência e ajuda nas traduções.

Agradeço a todos os profissionais administrativos do PPGBIOS, em especial a Camila Baz.

Posso me referir também a outros professores que fizeram diferença ao longo da jornada no Mestrado. Por exemplo, o Prof. Fermin Roland Schramm, a Prof^a. Marisa Palácios, o Prof. Sergio Rego, o Prof. Roberto Unger, o Prof. Pablo Dias, que apresentaram matérias que muito usarei na vida e outras lições que não estavam incluídas nos livros. Deixo aqui minha admiração e respeito por vocês.

E por fim, levarei para sempre em meu coração a lembrança e alegria de ter vivenciado o Mestrado com os colegas de turma do PPGBIOS. Todes!

E quando se vai morrer, lembrar-se de que o dia morre. E que o poente é belo e é bela a noite que fica. Assim é e assim seja

Fernando Pessoa

RESUMO

PAPPONE, Cidnéa de Macedo. **A autonomia da pessoa idosa internada em fim de vida.** Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A proposta desta dissertação é o estudo sobre a autonomia da pessoa idosa internada em fim de vida, e para alcançar o objetivo decidiu-se pela pesquisa qualitativa, sendo realizada pesquisa bibliográfica, na literatura ética, bioética, médica e jurídica. Realiza estudo de caso, onde o Judiciário reconhece que a liberdade da pessoa idosa, internada e lúcida deve ser preservada ainda que desse resguardo resulte sua morte. O envelhecimento populacional é um fenômeno que reflete avanços técnicos e científicos, em especial no campo da saúde e da mortalidade e, também, maior expectativa de vida sendo que esse envelhecimento aponta para a concepção de que a pessoa idosa será acometida por doenças degenerativas e crônicas, diminuindo sua autonomia, e a torne dependente de cuidados ao fim da vida. Cuidados são um método necessário, para a promoção de qualidade de vida, aliviando o sofrimento dessas pessoas e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da existência. O objetivo foi analisar o direito de morrer de modo digno sopesando-se a autonomia nas situações de fim da vida da pessoa idosa que necessita de cuidados, bem como estados clínicos que permitem essa escolha. Para melhor entendimento estudou-se o que representa a bioética para o esclarecimento desse tema tão importante no cotidiano da sociedade que se depara inevitavelmente, em determinada fase da vida, com as escolhas e dúvidas difíceis de serem sanadas.

Palavras-chave: autonomia; pessoa idosa; fim da vida; cuidados; bioética.

ABSTRACT

PAPPONE, Cidnéa de Macedo. **The autonomy of the hospitalized elderly person at the end of life.** Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The purpose of this dissertation is to study the autonomy of elderly people hospitalized at the end of their lives and, to achieve the objective, it was decided to carry out qualitative research, with bibliographical research being carried out in ethical, bioethical, medical and legal literature. Conducts a case study, where the Judiciary recognizes that the freedom of the elderly, hospitalized and lucid person must be preserved even if this protection results in their death. Population aging is a phenomenon that reflects technical and scientific advances, especially in the field of health and mortality, and greater life expectancy, with this aging pointing to the idea that elderly people will be affected by degenerative and chronic diseases, reducing her autonomy, and making her dependent on end-of-life care. Care is a necessary method for promoting quality of life, alleviating the suffering of these people and their families in the face of diseases that threaten their continued existence. The objective was to analyze the right to die in a dignified way, weighing autonomy in end-of-life situations for elderly people who need care, as well as clinical conditions that allow this choice. For a better understanding, we studied what bioethics represents to clarify the topic that is so important in the daily life of society, which is inevitably faced, at a certain stage of life, with choices and doubts that are difficult to resolve.

Keywords: autonomy; elderly; end of life; care; bioethics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
AVD	Atividades de Vida Diária
CFM	Conselho Federal de Medicina
CEM	Código de Ética Médica
CP	Cuidados Paliativos
DANT	Doenças e Agravos Crônicos não Transmissíveis
DAV	Diretiva Antecipada de Vontade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNH	Política Nacional de Humanização
RENTEV	Registro Nacional de Testamento Vital
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 AUTONOMIA PRIVADA DA PESSOA IDOSA EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO	13
2.1 A PESSOA IDOSA.....	13
2.2 DOENÇAS COMUNS À PESSOA IDOSA	19
2.3 DOENÇA TERMINAL.....	21
2.4 DIREITO DE MORRER COM DIGNIDADE.....	22
1.5 CUIDADOS NECESSÁRIOS	27
3 JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS	36
3.1 BIOÉTICA.....	37
3.2 DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS	44
3.3 AUTONOMIA.....	44
3.4 PATERNALISMO	48
4 DO DEVER DE INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO CLÍNICA X PESSOA IDOSA SOB AS PERSPECTIVAS DAS RESOLUÇÕES DO CFM.....	51
4.1 RESOLUÇÃO Nº 1.805/2006	51
4.1.1 Resolução nº 1.995/12 e seus reflexos jurídicos	52
4.1.2 Resolução nº 2.156 de 2016 atualizada em 19 de outubro de 2020	57
4.1.3 Resolução nº 2.232 de 2019.....	58
4.1.4 Recomendação nº 1 de 2016	60
4.2 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....	62
4.2.1 Princípios para a legalização do Testamento Vital	64
4.2.2 Tomadas de decisão.....	65
4.2.3 Decisões Judiciais	66
4.2.4 Estudo de Casos Sobre Autonomia de Pessoa Idosa	67
4.2.4.1 Caso 1 – Apelação Cível nº 0223453-79.2018.21.7000 - TJRS	67
4.2.4.2 Caso 2 – Agravo de Instrumento nº 0057265-57.2020.8.19.0000 - TJRJ.....	70
5 CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS.....	78
ANEXO	86
ANEXO A – DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS	87

1 INTRODUÇÃO

O estudo trata da questão da autonomia da pessoa idosa em fim de vida, internada no Brasil. Realizada através de pesquisa bibliográfica, na literatura ética, bioética, médica e jurídica.

Com o levantamento bibliográfico inclui-se obras, trazendo conceitos e exposições que aprofundam o estudo sobre a autonomia, paternalismo, saúde, bioética e cuidados necessários com a pessoa idosa, que permitem o raciocínio teórico que abarca o estudo com os argumentos legais, científicos e publicações de bioética, o qual resulta em livros, alguns de professores do PPGBIOS, além de artigos, teses, legislação e documentos.

E com todo esse arcabouço, encontra-se a base para garantir a autonomia da pessoa idosa, lúcida, internada, o que deseja ou não, diante do diagnóstico e prognóstico de sua doença. E ter garantida a sua autonomia, através das diretivas antecipadas, quando não mais puder manifestar sua vontade.

Este trabalho se realiza através de pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa é aquela que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser medido por números. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não são captáveis ou perceptíveis exclusivamente por variáveis matemáticas (Taquette; Borges, 2020. p. 50).

No que tange ao propósito do desenvolvimento da pesquisa, o primeiro capítulo trata da autonomia privada da pessoa idosa com doença em estágio terminal, trazendo conceitos de envelhecimento. Identifica-se a competência da pessoa idosa como referência para o (des)respeito de sua declaração de vontade. Avalia-se a condição da pessoa idosa utilizada como justificativa para alterar os padrões clínicos do dever de informar. São apresentadas a importância do Estatuto da Pessoa Idosa e da Constituição Federal de 1988, que tem papel poderoso no que refere aos direitos das pessoas idosas, além dos aspectos gerais do princípio da dignidade da pessoa humana, esclarecendo que toda pessoa tem direito a uma vida digna. E para isso a necessidade dos cuidados paliativos desde o diagnóstico e não somente quando a pessoa idosa já se encaminha para a morte, sendo a melhor abordagem oferecida na atualidade de forma incessante para melhor qualidade de vida.

No segundo capítulo, justifica-se a pesquisa apresentando reflexões bioéticas, trazendo a Teoria dos Princípios de Beauchamp e Childress, no Brasil, que analisa o respeito à autonomia da pessoa idosa, sendo fator relevante na relação clínica, no âmbito da geriatria oncológica, para o auxílio na tomada de decisão na área da saúde. Sendo fundamental

reconhecer que o simples fato de ser uma pessoa idosa, lúcida, não a impede de fazer suas escolhas e exercer sua vida, baseada em seus valores. Analisa-se sua condição de hipervulnerável e a visão paternalista que ignora sua autonomia, mas que atualmente está sendo dominado com o princípio da dignidade humana, que reconhece a autonomia da pessoa e afasta o paternalismo médico.

Os autores acima argumentam que “respeitar a autonomia” requer a adoção de medidas positivas para “promover e proteger” a capacidade das pessoas de agir de forma autônoma.

No terceiro capítulo, a pesquisa nos casos jurídicos, traz em suas referências, decisões judiciais sobre a autonomia do paciente internado. Apresentam-se as Resoluções do CFM, com reflexões jurídicas, e o Estatuto da Pessoa Idosa que assegura direitos e cria condições para promover sua autonomia.

Desse modo, a condição sustentada neste estudo é garantir, a autonomia da pessoa idosa, lúcida, em fim de vida, hospitalizada, para que possa decidir sobre seu próprio corpo, recebendo respeito e todos os cuidados necessários pelos profissionais de saúde, como também de sua família, pois a autonomia da vontade é princípio ético, bioético e jurídico.

Falar de morte ainda continua um tabu. Ariès (2012, p. 31) afirma que não se morre sem se ter tido tempo de saber que se vai morrer. As pessoas mais idosas são consideradas hipervulneráveis e estas estão mais próximas da finitude.

A busca do direito à Autonomia tem o propósito de resguardar também o direito fundamental da pessoa idosa, como por exemplo: o direito à vida, direito à saúde e à sua própria integridade física. É comum, nesse cenário, a pessoa idosa, lúcida, com doença terminal, não ter suas escolhas respeitadas nos tratamentos indicados para sua doença, seja pela equipe médica ou pela própria família que decidem impor um recurso terapêutico sem o seu consentimento.

Percebendo-se a falta desta autonomia e o excesso do paternalismo médico, por força de alguns questionamentos: Será que a pessoa idosa, com doença terminal e hospitalizada, exercerá a sua autonomia no fim de vida? Seus valores serão respeitados? De que forma esta pessoa manifestará a sua vontade, em relação ao seu diagnóstico, prognóstico e tratamentos? Dessa forma, encontram-se reflexões através da bioética.

“Acerca da autonomia do paciente em fim da vida, é preciso questionar se este se conforma com o princípio da dignidade da pessoa, ou seja, se o paciente em fim da vida, após o diagnóstico, e em razão do direito à vida digna, pode recusar o tratamento” (Dadalto, 2015, p. 275).

O CTI é o local onde mais encontram-se pessoas idosas com doenças terminais, onde se vive a dor e o sofrimento e por muitas vezes não se encontra humanização, talvez pela falta de preparo dos profissionais de saúde. Segundo Pessini (1990, p. 15) “a terapia intensiva não abriga somente doentes que têm mais chances de recuperação e de cura, mas abrigam por vezes pacientes terminais”.

“Respeitar a autonomia do paciente significa compreender que o sujeito pode ter perspectivas e desejos diferentes dos seus” (Rego; Palácios; Siqueira-Batista, 2014, p. 46).

O argumento da discussão defende a autonomia, tendo em vista que o paternalismo da medicina é o maior obstáculo.

Portanto, com o resultado do estudo obteve-se a necessária reflexão sobre autonomia, paternalismo, pessoa idosa, bioética, consentimento informado, diretivas antecipadas de vontade, os conceitos de vida e morte, doença terminal, cuidados no fim de vida da pessoa idosa, qualidade de vida e longevidade, com foco nas doenças terminais, na morte como evento natural e invencível e, acima de tudo, no direito que as pessoas idosas possuem de terem suas vontades respeitadas, no fim da vida, no Brasil.

2 AUTONOMIA PRIVADA DA PESSOA IDOSA EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

2.1 A PESSOA IDOSA

Uma análise profunda leva a uma síntese conclusiva de que envelhecer é fato da natureza e do tempo. A medicina, o progresso e a ciência encontram maneiras de prolongar a vida, mas, a dignidade da pessoa é algo que supera conceitos e, deste modo, envelhecer com dignidade se torna um prêmio a ser conquistado, em particular pela parceria da população quando submetida às durezas da idade.

Segundo Maria Berenice Dias (2009, p. 36), a palavra “idoso”, ainda nos dias de hoje, parece ter conotação pejorativa, sendo ainda cercada de certo desprestígio e dispõe de conteúdo quase ofensivo. Daí haver uma série de expressões para identificar as pessoas que somente deixaram de ter plena capacidade competitiva na sociedade: “terceira idade”, “melhor idade”, “adulto maduro”, “adulto maior” e etc., também sempre foi alvo de questionamentos com que idade, afinal, alguém se torna idoso.

Quando o mundo se transforma ou se revela de um modo que torna intolerável a permanência nele, a pessoa jovem conserva a esperança de uma mudança; isso não acontece com a pessoa idosa, a quem não resta mais nada a não ser desejar a morte, ou então, é sua própria situação que não pode mais esperar superar, e que lhe parece penosa.

O envelhecimento se baseia rigorosamente no modelo biológico, que entende a velhice significativa de perdas e fase predominante de doenças e não se privilegia os aspectos psicológicos e sociais da pessoa idosa. “As condições de saúde da população idosa podem ser determinadas através dos seus perfis de morbidade e de mortalidade, da presença de déficits físicos e cognitivos e da utilização de serviços de saúde, entre outros indicadores mais específicos” (Costa; Barreto; Giatti, 2003, p. 736).

Simone de Beauvoir (2018, p. 27) traduz a velhice como sendo a que acarreta consequências psicológicas: certos comportamentos são considerados, com razão, como característicos da idade avançada. Como todas as situações humanas, ela tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história.

No dia a dia, a maneira pela qual se sente a fuga do tempo depende do seu conteúdo. Mas se a pessoa idosa a prevê no futuro, em sua forma pura, ela lhe parece vertiginosamente

rápida. O futuro não está mais inchado de promessas, contrai-se na medida do ser finito que tem que vivê-lo.

Um futuro limitado, um passado imobilizado, que é a situação que as pessoas idosas têm que enfrentar. Em inúmeros casos essa situação paralisa sua atividade. Todos os seus projetos ou foram realizados, ou foram abandonados, sua vida fechou-se sobre eles mesmos; nada os solicita: eles não têm mais nada a fazer.

No homem, o que caracteriza fisiologicamente a senescência é o que o doutor Destrem chama “uma transformação pejorativa dos tecidos”. A massa dos tecidos metabolicamente ativos diminui, enquanto aumenta a dos tecidos metabolicamente inertes: tecidos intersticiais e fibroesclerosados; eles são objeto de uma desidratação e de uma degeneração gordurosa. Há uma diminuição marcada da capacidade de regeneração celular. O progresso do tecido intersticial sobre os tecidos nobres é principalmente surpreendente no nível das glândulas e do sistema nervoso. Ele acarreta uma involução dos principais órgãos e um enfraquecimento de certas funções que não cessam de declinar até a morte. Fenômenos bioquímicos se produzem: aumento do sódio, do cloro, do cálcio; diminuição do potássio, do magnésio, do fósforo e das sínteses proteicas (Beauvoir, 2018, p. 28).

Foi no século II que “Galeno fez uma síntese geral da medicina antiga. Ele considera a velhice como intermediária entre a doença e a saúde. Ela não é exatamente um estado patológico: entretanto, todas as funções fisiológicas do velho ficam reduzidas ou enfraquecidas” (Beauvoir, 2018, p. 22). Galeno explica esse fenômeno conciliando a teoria dos humores e a do calor interior. Este último se nutre dos primeiros: extingue-se quando o corpo se desidrata e os humores se evaporam (Beauvoir, 2018, p. 22).

Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade a qual pertence. O que torna a questão complexa é a estreita interdependência desses diferentes pontos de vista. Sabe-se hoje que é abstrato considerar em separado os dados fisiológicos e os fatos psicológicos: eles se impõem mutuamente.

Chegada a hora, e mesmo quando esta já se aproxima, preferimos geralmente a velhice à morte. Entretanto, a distância, é esta última que consideramos com mais lucidez. Ela faz parte de nossas possibilidades imediatas, ameaça-nos em qualquer idade; acontece-nos roçá-la de leve; muitas vezes temos medo dela. Ao passo que não é num instante que ficamos velhos: quando jovens, ou na força da idade, já somos habitados pela nossa futura velhice: ela está separada de nós por um tempo tão longo que, aos nossos olhos, confunde-se com a eternidade; este futuro longínquo nos parece irreal. E depois, os mortos não são nada; pode-se experimentar uma vertigem

metafísica diante deste nada, mas de uma certa maneira ele tranquiliza, não causa problemas (Beauvoir, 2018, p. 9).

A partir de um certo limiar, variável de acordo com os indivíduos, a pessoa idosa toma consciência de seu destino biológico: o número de anos que lhe restam para viver é limitado.

Se, aos 65 anos, um ano lhe parecesse tão longo quanto na infância, o lapso de tempo com o qual ele pode racionalmente contar, ultrapassaria ainda sua imaginação; mas não é isso que ocorre. “Esse prazo lhe parece tragicamente curto, porque o tempo não corre do mesmo modo nos diversos momentos de nossa existência: ele se precipita à medida que envelhecemos” (Beauvoir, 2018, p. 385).

Apesar do inegável avanço humano, a finitude da vida parece pouco discutida, especialmente pelos legisladores e operadores do Direito e aos que possuem o condão de produzir e aplicar normas que reflitam a sociedade atual, orientando a conduta individual e coletiva, não no âmbito consuetudinário, mas jurídico, assegurando uma estrutura social que permita o respeito à manifestação da vontade, ao esclarecimento acerca de questões éticas, a dignidade do viver e do morrer, à democracia vivida.

Com o progresso da medicina, indubitavelmente as pessoas vivem mais, porém, a longevidade tem que ser aliada à qualidade de vida, o que nem sempre ocorre. Envelhecer é uma parte de um ciclo natural, uma experiência única, mas que se diferencia de acordo com as condições de cada um.

O processo de envelhecimento embute uma progressiva fragilização que necessita de ser compensada através de aparelhos e facilitação de atividades, pois é mais fácil andar numa rampa do que descer ou subir uma escada, em especial se a rampa tiver corrimão. Psicologicamente condicionado a não ter seus direitos respeitados, o idoso permite que este processo de vitimização prossiga, pouco fazendo para interromper o círculo vicioso onde está enredado, impedindo que este período da vida seja pleno e feliz, deixando que mentiras continuem soando como verdades (Séguin, 2001, p. 154).

Conforme explicam Berté, Ximenes e Silva (2016, p. 27), percebe-se o crescimento desenfreado da população idosa, em países desenvolvidos ou não, em que chegar à velhice não é mais um obstáculo social ou epidemiológico e, sim, uma realidade que foi buscada durante toda a história da humanidade.

Contudo, a longevidade exige um aparato estatal extremamente complexo, condizente com as necessidades da população envelhecida, demandante de cuidados e políticas, investimentos e programas especiais e direcionados, além da gestão de recursos que vise

administrar a qualidade de vida em detrimento da quantidade de anos vividos. Afinal, viver mais correlaciona-se com viver bem. O fundamental é reconhecer que o simples fato de ser velho não impede o indivíduo de tomar suas decisões e exercer plenamente a sua vontade pessoal, baseado em seus valores. Os valores são componentes respeitáveis deste processo. Tomar decisões sem usar os valores como um dos critérios é uma inadequação (Goldim, 1998).

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem cerca de 20 milhões de idosos (> 60 anos) no Brasil e, segundo as projeções da OMS, no período de 1950 a 2025 o grupo de idosos deverá aumentar 15 vezes em número, enquanto a população total aumentará cinco vezes. Desse modo, o Brasil ocupará, em 2025, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos no mundo (Brasil, 2010).

O conceito de envelhecimento ativo surgiu no fim da década de 1990, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a compreender o processo de envelhecimento como algo além dos cuidados com a saúde.

Esse conceito envolve políticas públicas que promovam melhora da qualidade de vida, em todos os aspectos. Implementar essa nova forma de enxergar o processo de envelhecimento demanda mudança de conceitos: o enfoque deixa de ser baseado em necessidades e, conseqüentemente, deixa de colocar a pessoa idosa como alvo passivo (Amorim; Pessoa, 2014, p. 31).

O fenômeno do envelhecimento é multifacetado e multifatorial, abrangendo aspectos biológicos, sociais, psíquicos, políticos, econômicos, legais, entre outros. A geriatria destina-se aos aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde do idoso, colocando-se em relação estreita com as demais especialidades médicas, além de conexões com outras áreas da saúde (Py, 2010).

O envelhecimento populacional no Brasil segue a tendência de aumento em seus índices, acompanhando o crescimento mundial. Os dados sobre o envelhecimento no Brasil, publicados pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, baseados no censo do IBGE, realizado no ano de 2010 e publicado em 2011, 11,5% da população global, cerca de 810 milhões de pessoas, têm idade igual ou superior a 60 anos, sendo que a expectativa para o ano de 2022 é de 1 bilhão de idosos, com projeção para dobrar de valor, ou seja, 2 bilhões até o ano de 2050 (Berté; Ximenes; Silva, 2016, p. 27).

Com o advento do Estatuto da Pessoa Idosa, porém, essa dúvida se dissipa, pois restou eleito o vocábulo "idoso" para identificar a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, quando envelhecimento se tornou um direito personalíssimo.

Um estudo feito pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANPC (2012) indica que a expectativa de vida, cada vez maior da população, traz desafios à saúde pública uma vez que as pessoas idosas exigem grande atenção e cuidados especiais, sendo a maioria, em determinada fase da vida, acometida de doenças crônico-degenerativas e incapacidades.

Os Cuidados Paliativos são cuidados emergentes de assistência, desde o início do diagnóstico até o final da vida, baseados dentro em uma estrutura de cuidados totais, oportunizando o direito de morrer com dignidade.

Anteriormente ao Estatuto da Pessoa Idosa, com o propósito de buscar a efetividade dos princípios constitucionais, foi criada no Brasil a Lei nº 8.842, datada de 04 de janeiro de 1994, dispondo sobre a Política Nacional da Pessoa Idosa. A referida lei foi resultado de muitas discussões, adotando como princípios basilares garantir a pessoa idosa os direitos de cidadania efetiva na sociedade, dando garantias à sua autonomia e integração social, bem como promovendo o bem-estar e o direito à vida, como dever do Estado e da família.

Sarlet (2001, p. 297) explica que a Carta Magna ampliou o rol de direitos fundamentais, o que culminou por ensejar uma quantidade maior de direitos protegidos e a dignidade da pessoa humana foi reconhecida como valor fundamental, englobando, na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e nos demais pactos internacionais referentes a direitos humanos, todas as categorias de direitos fundamentais.

Observa-se que a Constituição Federal de 1988, tem papel preponderante no que concerne aos direitos das pessoas idosas, destacando-se os aspectos gerais do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, esclarecendo que toda pessoa tem direito a uma vida digna.

Apenas esse dispositivo bastaria para que os direitos fossem respeitados. Na negativa dessa dignidade, a sociedade tira dessa pessoa a sua cidadania, que hoje não se restringe apenas ao conceito de cidadania, mas como o uso e gozo de seus direitos políticos, embora a cidadania moderna esteja compromissada com os valores de liberdade e igualdade garantidos pela Constituição Federal (Sarlet, 2001, p. 70).

Recorrendo-se, ao jurista Ingo Wolfgang Sarlet (2001, p. 60) se tem o princípio da igualdade, alicerçado diretamente na dignidade da pessoa humana, não sendo por outro motivo que a Declaração Universal da ONU consagrou que todos os seres humanos são iguais em dignidade e direitos. Assim, constitui pressuposto essencial para o respeito da dignidade da pessoa humana a garantia da isonomia de todos os seres humanos, que, portanto, não podem ser submetidos a tratamento discriminatório e arbitrário.

Ramos (2003, p. 98) identifica a importância para o entendimento da Lei Maior que traz como princípios fundamentais a cidadania e a dignidade humana conforme artigo 1º

incisos I e II e defende, também, a promoção do bem comum, sem preconceito ou discriminação em face da idade do cidadão conforme artigo 3º, inciso IV. Além disso, a Constituição assegura a assistência social à velhice para a pessoa idosa, que não tenha direito ao benefício instituído para quem contribui para a Previdência Social.

A Carta Magna assegurou os direitos e deveres fundamentais a todos os cidadãos, enfatizando o princípio da dignidade humana, em seu artigo 1º, inciso III, como valor absoluto, como alicerce para a consolidação de um Estado Democrático de Direito, trazendo unidade e coerência ao conjunto de todos os outros princípios de direito. Assim, a proteção social às pessoas idosas é considerada dever do Estado e direito do cidadão.

A Lei nº 10.741/2003, dá atribuição ao Ministério Público para instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para proteger os direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos da pessoa idosa. Além disso, na busca da efetividade dos princípios constitucionais, no Brasil foi criada a Lei Federal nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI).

Para cumprir o propósito do comando constitucional, o Estatuto da Pessoa Idosa, em seus artigos, consagra uma série infindável de prerrogativas e direitos às pessoas de mais de 60 anos, ou seja, às pessoas idosas. Porém, os maiores de 65 anos são merecedores de cuidados ainda mais significativos. Em razão da objetividade do requisito previsto para a concessão da prioridade, qual seja o atingimento da idade de 60 anos, a mesma somente não será deferida caso a parte contrária comprove a falsidade do documento juntado com a finalidade de comprovar a idade.

Não se trata de um conjunto de regras de caráter programático, pois normas definidoras de direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata (CF/88, artigo 5º, parágrafo 1º). O Estatuto se constitui em um microsistema e tem o mérito de reconhecer as necessidades especiais aos mais velhos, estipulando obrigações ao Estado.

Têm as pessoas idosas, ainda, o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade e devem ser tratados como pessoas humanas e sujeitos de direitos civis, políticos, individuais e sociais. Neste caso, se garante que a velhice seja encarada como uma fase diferenciada da vida, mas altamente significativa e produtiva para o indivíduo e a sociedade.

Além de serem indicados os direitos das pessoas idosas, são identificados os obrigados a dar-lhes efetividade, pois segundo o Estatuto da Pessoa Idosa, é obrigação da família, da comunidade, da sociedade, do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e

comunitária. “Somente cabe questionar se a comunidade, a sociedade, o poder público e até mesmo a família estão prontos para assumir essa responsabilidade” (Beraldo, 2003, p. 3).

A maior expectativa de vida e a longevidade são um fato importante na sociedade tendo como causa os avanços técnicos e científicos no setor da saúde, porém, com a mudança do perfil demográfico da população, têm crescimento, igualmente, as doenças crônicas, o câncer, doenças cardiovasculares, neurodegenerativas, as osteomusculares, que ocorrem com mais frequência na população de idade avançada, ocasionando prejuízos à capacidade funcional, tornando essas pessoas dependentes para realizar Atividades de Vida Diária (AVDs).

Reforçando esse pensamento, Costa, Barreto e Giatti (2003), afirmam que o aumento expressivo do número de idosos culminou em mudanças que afetam a vida no aspecto qualitativo na saúde de uma sociedade. O crescimento da população idosa traz enorme procura pelos serviços de saúde e sociais e as internações ganham maior tempo de ocupação dos leitos hospitalares.

O paciente idoso precisa de cuidados básicos como qualquer outro, tais como: cuidados higiênicos, alimentares, alívio da dor, tratamento farmacológico para alívio de sintomas (náuseas, vômitos, diarreias) e apoio emocional, tanto para os pacientes como para a família, que acompanha todo esse processo (Costa *et al.*, 2016, p. 172).

Descobrir que se sofre de uma doença incurável e que a expectativa de vida provavelmente não vai além do próximo aniversário é para todo mundo, em qualquer tempo, o choque definitivo de toda uma vida. Embora a morte seja uma das poucas certezas da vida, ninguém faz planos para seus últimos momentos na Terra. “Os casos que implicam decisões de vida e de morte são muito difíceis, porque além dos desafios clínicos geram problemas éticos bem complexos e não definidos ainda do ponto de vista Jurídico” (Berté; Ximenes; Silva, 2016, p. 26).

2.2 DOENÇAS COMUNS À PESSOA IDOSA

Nas últimas décadas se assiste ao aumento da prevalência de câncer e outras doenças crônicas e, em contrapartida, ao avanço tecnológico alcançado, principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em crônicas, levando à longevidade de seus portadores. No entanto, apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado,

a morte continua sendo uma certeza e ameaça o ideal de cura e preservação da vida para a qual, os profissionais da saúde, são treinados. Os pacientes fora de possibilidade de cura acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de recuperação, utilizando métodos invasivos e alta tecnologia. “Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal e mais dramático, a dor” (Matsumoto, 2012, p. 23).

Costa, Barreto e Giatti, (2010, p. 108) em estudo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios, concluíram que as doenças mais comuns entre idosos são, pela ordem, as do aparelho locomotor, metabólicas e do sistema cardiovascular. Estes agravos são predominantes crônicos e múltiplos, podendo persistir dezenas de anos, e necessitando de cuidados constantes e permanentes (exames periódicos, medicação contínua), aumentando o número de internações hospitalares, bem como o tempo de ocupação do leito nesta faixa etária. A prevalência de pelo menos uma doença crônica abrange 69% dessa população, sendo que a hipertensão e a artrite respondem por 81,4% dos agravos.

Gordilho *et al.* (2000, p. 9) explicam que geralmente as doenças das pessoas idosas exigem acompanhamento médico permanente, principalmente as do Brasil, consumidoras dos serviços de saúde e internações hospitalares.

O câncer resulta da multiplicação fora do controle de células em alguns órgãos do corpo, que afetam as células que são normais. Existe uma grande quantidade de tipos de câncer, como câncer de mama, de próstata, de estômago, possuindo vários fatores de risco, sendo a segunda causa principal de mortes no planeta.

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP (Arantes, 2012, p. 62), em pacientes idosos, os preditores de mortalidade, a gravidade da debilidade física, idade avançada, e o uso de oxigênio a longo prazo, tabagismo, depressão, qualidade de vida e presença de comorbidades, bem como a frequência das internações por qualquer outra causa parecem não predizer mortalidade.

Observam-se que se correlaciona com o aumento da mortalidade, sendo então um preditor independente de mau prognóstico. Em pacientes com 65 anos ou mais, a mortalidade após uma internação em unidade de terapia intensiva, pode ser elevada, chegando a 30% em cerca de 30 dias após a alta hospitalar e 50% falecem em um ano.

Apesar dos avanços no tratamento do HIV/SIDA, ainda não existe cura conhecida. Ao contrário de outras doenças terminais como o câncer, não é fácil prever quando a morte é iminente. Um paciente com SIDA pode morrer em consequência de sua primeira

manifestação do HIV ou em constante risco de adquirir novas doenças que podem abreviar sua vida. A maioria dos pacientes, no entanto, vão viver com frequentes problemas de saúde até a fase de imunossupressão grave, ao longo de vários anos. À medida que a doença progride, a necessidade de alívio sintomático tornar-se-á mais importante do que o tratamento curativo.

2.3 DOENÇA TERMINAL

O que é a doença terminal? Gutierrez (2001, p. 92) responde a pergunta afirmando que é “quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível”. O paciente se torna "irrecuperável" e caminha para a morte, sem que consiga reverter este caminhar.

A doença terminal, em um determinado momento de sua evolução, mesmo quando se utilizam todos os recursos disponíveis, não oferece mais esperança de vida ao paciente, ou seja, este entra em um processo de morte inevitável. Esse processo refere-se ao estágio da doença em que os tratamentos terapêuticos utilizados não aumentam a sobrevida da pessoa idosa, apenas prolongam lentamente o processo de morte.

Dessa forma, Schramm (2011, p. 74) diz que nossa época tem tido uma relação contraditória com a finitude; que por um lado, incorporou-a sob a forma de uma obsolescência acelerada no dia a dia de nossas relações e inter-relações e que por outro não a aceita ou a recalca indevidamente e que é o caso da assim chamada “obstinação terapêutica”, que – de acordo com a expressão – consiste em repetir “obstinadamente” comportamentos que não resultarão necessariamente no alívio de quem sofre e, sim, em redução da qualidade do morrer.

Pessini (2004, p. 46) fala sobre a morte, fazendo uma análise de como esta é vista através dos tempos, pois antes era intocável esse assunto e somente a Deus cabia tirar a vida de uma pessoa, enquanto nos dias atuais o corpo já não é visto mais como algo sagrado e sim como objeto para cientistas e pesquisadores.

Ao se defender o direito de morrer com dignidade, não se está aceitando qualquer proceder que leve à morte do paciente, porém compreender sua autonomia para decidir o tratamento de sua doença, como quer deixar a vida.

Rodrigues (2005 *apud* Dadalto, 2015, p. 47) define que a autonomia privada garante às pessoas o prosseguimento de seus interesses individuais. “Porém, esses interesses devem respeitar o princípio da dignidade da pessoa humana, pois a dignidade humana reside na

possibilidade de autodeterminação: dizer de seus próprios desígnios e poder escolher seus objetivos é que faz da vida humana um bem precioso a ser protegido” (Dadalto, 2015, p. 275).

Existem pessoas idosas que, por motivos diversos, recusam o tratamento. Surge a indagação: pode ele ser imposto? Segundo Séguin (2001, p. 193):

Se o paciente estiver em pleno gozo de suas faculdades mentais, ou seja, se for considerado capaz física e mentalmente, tem o direito de recusar tratamentos, medicamentos ou intervenções cirúrgicas. Cabe ao profissional fazê-lo ciente das vantagens e desvantagens dessa escolha e das consequências advindas da opção [...].

Descobrir que se sofre de uma doença incurável e que a expectativa de vida provavelmente não vai além do próximo aniversário é para todos, em qualquer tempo, o choque definitivo de toda uma vida. “Os casos que implicam decisões de vida e de morte são muito difíceis, porque além dos desafios clínicos geram problemas éticos bem complexos e não definidos ainda do ponto de vista jurídico” (Berté; Ximenes; Silva, 2016, p. 26).

Na oportunidade, faz-se necessária uma reflexão sobre o fim da vida e os procedimentos oferecidos para os tratamentos nas doenças terminais, na morte como evento natural e invencível e, acima de tudo, no direito que a pessoa idosa possui de ter sua vontade respeitada, quer na área da saúde ou do direito.

2.4 DIREITO DE MORRER COM DIGNIDADE

Ariès (2012, p. 31) argumenta que as novas ciências do homem, bem como a linguística, introduziram no uso corrente as noções de diacronia e sincronia, que talvez venham a nos ajudar. Como muitos outros fatos de mentalidade que se situam em um longo período, a atitude diante da morte pode parecer quase imóvel através de períodos muito longos de tempo.

Aparece como uma crônica, entretanto, em certos momentos ocorrem mudanças, frequentemente lentas, por vezes despercebidas, hoje mais rápidas e mais conscientes. “A dificuldade para o historiador está em ser sensível às mudanças e, ao mesmo tempo, em não se deixar obcecar por elas, nem esquecer as grandes inércias que reduzem as dimensões reais das inovações” (Ariès, 2012, p. 31).

As imagens da morte traduzem as atitudes dos homens diante da morte numa linguagem nem simples, nem direta, mas cheia de artimanhas e circunlóquios. Podemos resumir sua longa evolução.

A familiaridade com a morte era uma forma de aceitação da ordem da natureza, aceitação ao mesmo tempo ingênua na vida cotidiana e sábia nas especulações astrológicas. Com a morte, o homem se sujeitava a uma das grandes leis da espécie e não cogitava evitá-la, nem a exaltar. Simplesmente a aceitava, apenas com a solenidade necessária para marcar a importância das grandes etapas que cada vida deve sempre transpor.

Muito além do âmbito da saúde entendida em *stricto sensu*, decidir sobre a vida exige informação sobre este direito:

Canais de comunicação devem estar sempre alertas e dispostos a levar esta mensagem à sociedade; profissionais do direito, muito bem-informados. Não apenas das possibilidades frias da lei, mas do que se passa no âmbito do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes e seus familiares, do quanto doi a alguém expressar desejos relativos ao final de sua vida, assim como da atribuição de cada elo na cadeia da assistência à saúde (Dadalto, 2015, p. 19).

A morte se define pelo mistério, incerteza e, em consequência, pelo medo do desconhecido, pois os que morreram não tiveram oportunidade de dizer como foi aos que aqui ficaram. “Todos esses atributos da morte desafiaram e desafiam as mais distintas culturas, as quais buscaram respostas nos mitos, na filosofia, na arte e nas religiões, buscando assim pontes que tornassem compreensível o desconhecido a fim de remediar a angústia gerada pela morte” (Caputo, 2008, p. 74).

Segundo Àries (2012, p. 29), a morte deixou de ser o esquecimento de um eu vigoroso, mas sem consciência ou a aceitação de um destino formidável mas sem discernimento. Tornou-se o lugar onde as particularidades de cada vida, de cada biografia, aparecem no grande dia da consciência clara quando tudo é pesado, contado, escrito, quando tudo pode ser mudado, perdido ou salvo.

A medicina dos grandes centros urbanos é capaz de prolongar a vida de um paciente com doença terminal por semanas ou meses. Nas melhores unidades de tratamento intensivo a falência de um órgão quase sempre pode ser contornada com um aparelho que reproduz artificialmente suas funções.

Gomes e Pinheiro (2005) destacam que essas possibilidades são tantas que os familiares e os pacientes lúcidos podem se confortar com a fantasia de que a morte, nesse ambiente, é opcional. Mesmo em casa, é possível manter um doente em estado vegetativo por anos a fio, com a ajuda de aparelhos intrusivos. A questão central nessas situações é quem decide e o que realmente o paciente grave ganha com esses dias extras e a que preço.

A doença, em um determinado momento de sua evolução, mesmo quando se utilizam todos os recursos disponíveis, não oferece mais esperança de vida ao paciente, ou seja, este entra em um processo de morte inevitável. Esse processo refere-se ao estágio da doença em que os tratamentos terapêuticos utilizados não aumentam a sobrevida do paciente, mas apenas prolongam lentamente o processo de morte.

A morte no hospital não é mais ocasião de uma cerimônia ritualística presidida pelo moribundo em meio à assembleia de seus parentes e amigos, a qual tantas vezes mencionamos. A morte é um fenômeno técnico causado pela parada dos cuidados, ou seja, de maneira mais ou menos declarada, por decisão do médico e da equipe hospitalar. Inclusive, na maioria dos casos, há muito o moribundo perdeu a consciência. A morte foi dividida, parcelada numa série de pequenas etapas dentre as quais, definitivamente, não se sabe qual a verdadeira morte, aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que se perdeu a respiração. Todas essas pequenas mortes silenciosas substituíram e apagaram a grande ação dramática da morte, e ninguém mais tem forças ou paciência de esperar durante semanas um momento que perdeu parte de seu sentido (Àries, 2012, p. 86).

Segundo alguns estudiosos, uma minoria dos pacientes com doenças terminais se conforma com a própria situação e tomam providências adequadas para a fase final da vida. A maioria, confrontada com as evidências e sob o peso do trauma emocional, condiciona-se a viver como se de alguma maneira a sentença final possa ser revertida. Mesmo quem tem certeza de que a morte é apenas a passagem de um estado de vida material a outro imaterial teme o processo de transição.

Oliveira e Borbas (2013, p. 3) afirmam que as causas que levam a se cogitar no emprego da distanásia são a certeza de que a vida biológica é um bem e se deve investir grande esforço para que se prolongue, independentemente da qualidade de vida apresentada; desconhecimento sobre o assunto pelos pacientes e familiares que poderiam usar seus direitos a fim de evitar o prolongamento da agonia do paciente em estado terminal; a angústia do médico perante o insucesso do tratamento e a dificuldade de aceitação da morte. Os pacientes com mais riscos de estar expostos à distanásia são os internos nas unidades de tratamento intensivo (UTI).

Nas situações em que a morte é iminente e inevitável, pode-se renunciar a tratamentos que dariam somente prolongamento precário e penoso da vida (obstinação terapêutica ou futilidades médicas), sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos aos doentes em casos semelhantes. Foi o caso do papa João Paulo II, que em estado avançado de doença e após duas internações na Clínica Gemelli pediu para permanecer em seus aposentos no Palácio Apostólico, em Roma, a fim de encerrar sua missão. Esse é um caso

de “ortotanásia”, ou seja, é a morte no tempo certo, sem abreviação nem prolongamentos desproporcionados do processo de morrer (Oliveira; Borbas, 2013, p. 3).

A terapêutica, nesta ocasião, torna-se ineficiente, causando sofrimento. Nesta fase da doença, a morte passa até mesmo a ser desejada, como alternativa para colocar fim ao sofrimento. Mais da metade de todos os moribundos, nas grandes cidades, passam a última etapa de suas vidas em um hospital, tendência esta que é de continuar crescendo em larga escala.

A distanásia é o prolongamento artificial da vida de um paciente com doença terminal sem perspectiva de cura ou melhora, através de sedação e da administração de medicamentos que promovam a continuidade do trabalho de algumas células.

Está compreendida no âmbito do emprego de meios extraordinários e desproporcionais. “Não se pode confundir a distanásia com a eutanásia, uma vez que na eutanásia não há limitação nem prolongamento da vida humana, apenas tem por objetivo amenizar o sofrimento do paciente” (Pessini, 2004, p. 30).

Cada cidadão tem o direito de dispor da sua vida como queira, mas o momento da morte, que é um fator natural biológico, requer uma maior sensibilidade, pois, geralmente, entram em conflito os mais variados sentimentos, dos parentes e dos que estão ligados ao convalescente. O sentimento de ausência e de perda leva muitas pessoas a tomarem medidas radicais, a fim de aliviar por completo o sofrimento daquele que está no leito, mas inconscientemente, também o seu (Pessini, 2004, p. 30).

Uma hipótese que tem sido constantemente reforçada é a de que um dos principais motivos por que muitos profissionais da saúde optaram por essa ocupação é para conhecer a fundo suas próprias ansiedades e sentimentos acima da média a respeito da morte.

Em outras palavras, a escolha desse gênero de profissão, em muitos casos, explica-se pelo comportamento que os psicólogos denominam de “atitude contra fóbica”, isto é, frente a um fenômeno, no caso a morte, que provoca um medo muito intenso, algumas pessoas reagem defensivamente, aproximando-se dele com uma curiosidade mórbida (Maranhão, 2017, p. 12).

Maranhão (2017, p. 12) explica a morte como sendo um fato natural, assim como o nascimento, o riso, a fome ou a sede, e, como tal, é transclassista. Diante dela todos os homens se igualam: sua foice é desferida indiscriminadamente, sem levar em consideração o *status* daqueles a quem escolhe; todos devem morrer, jovens e velhos, ateus e crentes, homens

e mulheres, brancos e negros, sejam ricos ou pobres. Relativizando todas as condições sociais, a morte mostra a absoluta igualdade entre os homens, nivelando-os ao mesmo destino.

A vida vai preparando a pessoa idosa, com doença terminal, para a morte, e esse caminho às vezes traz repugnância por ela, porque ninguém sabe como vai morrer. Mas, o desejo é sempre de uma morte rápida, sem dor e sofrimento, com acolhimento.

Berté, Ximenes, Silva (2016, p. 62), aduzem que discussão sobre o modo de encarar e decidir o processo de morrer tem grande relevância acadêmica, jurídica e social, uma vez que a ciência médica atual indica um aumento considerável na expectativa de vida, optando pela quantidade de dias vividos aliada à qualidade, possibilitando o envelhecimento populacional, evento percebido mundialmente e em todas as sociedades.

Desta forma, envelhecer não parece mais ser uma questão de querer, mas quase uma imposição científica e social para que os indivíduos vivam a qualquer custo, ainda que nem sempre assim o desejem, deflagrando que a busca por atendimento técnico, nem sempre necessário, institucionalizou a morte e o morrer, hospitalizando os cuidados que, na maioria das vezes, podem ser oferecidos ao doente em casa, com conforto e bem-estar, sem prejudicar a qualidade de vida.

A ciência médica já alcançou o ponto de decisões agonizantes e todos os dias algum médico consciente tem de se decidir por recusar o apoio que prolongasse a vida, mas não a tornaria mais suportável. Tal decisão pode facilmente ser justificada, mas o que dizer da situação de um paciente idoso com câncer que é condenado à morte dolorosa pela decisão de que a intervenção médica não deveria ser tentada porque não impediria a morte de maneira alguma, quando, de fato, os tratamentos que aliviarão consideravelmente o sofrimento estão disponíveis? (Potter, 2016, p. 92).

“[...] Precisamos acreditar que teremos nossas crenças e desejos mais centrais respeitados no futuro, quando, talvez, já não pudermos ser um autor a garantir a identidade de seus personagens” (Costa; Dias, 2017, p. 139).

Segundo Pessini (2016, p. 65) o desafio ético é considerar a questão da dignidade no adeus à vida para além da dimensão físico-biológica e para além do contexto médico-hospitalar, ampliando o horizonte, integrando a dimensão sócio relacional.

Vasconcelos, Imamura e Villar (2011, p. 502, *apud* Orselli; Rosa, 2018) explicam que a Medicina, em sua origem, considerava que era dever moral dos médicos vencer a morte em sua próxima fase. No juramento de Hipócrates existe a menção do quanto importa para o médico fazer com que o doente em sua fase terminal tenha a vida prolongada.

O juramento traz a seguinte disposição: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar danos ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda”.

O prolongamento da vida por muito tempo tornou-se algo quase obrigatório, o médico buscava a qualquer custo derrotar a morte, quer dizer, retardando sua chegada definitiva.

Por causa dessa tradição mantida através dos tempos, alguns médicos consideram a morte como uma grande adversária, que deve ser combatida, o que ocorre, por muitas vezes, sem analisar o sofrimento causado para o enfermo terminal. Une-se a essa tradição o avanço da tecnologia, que pode prolongar a vida de maneira artificial, fazendo com que a autonomia do paciente seja posta de lado, uma vez que a medicina não admite a perda de uma vida para a morte (Vasconcelos; Imamura; Villar, 2011, p. 50).

Helena de Azeredo Orselli e Matheus Freiberguer Rosa (2018, p. 408) destacam que, com o avanço das tecnologias empregadas nos cuidados destinados a uma vida saudável, a preocupação com a longevidade e a qualidade de vida dos indivíduos têm aumentado.

A vida, para muitos, é considerada sagrada e, por isso, algumas pessoas acreditam que ela deva durar o máximo possível. Em decorrência disso, o prolongamento mecanizado da vida humana é considerado por essas pessoas como obrigatório e necessário para a permanência do homem na Terra, contudo, a vida, por mais sagrada que seja, não pode tornar a existência de um indivíduo um martírio.

Questiona-se se a pessoa, que não quer viver a qualquer custo, mas deseja apenas viver enquanto considerar sua vida digna, pode manifestar consciente e autonomamente sua vontade de não ser submetido a tratamento inútil, que lhe prolongue a vida biológica, sem lhe trazer qualquer benefício e que lhe cause apenas sofrimento (Orselli; Rosa, 2018, p. 408).

1.5 CUIDADOS NECESSÁRIOS

Nossos hospitais passam por uma enorme crise de cuidados, com as pessoas idosas em fim de vida. Existe precarização do profissional na área, alguns profissionais sem preparo, que são indiferentes à dor, ao sofrimento, não querendo se envolver. Falta humanização.

O paciente terminal precisa de atenção. Mas no corre-corre de um hospital, aprende a se calar, a não se alimentar, a não correr e a morrer. Tudo é humanamente inadequado (Castro, 2000, p. 267).

Segundo Pessini, Bartachini e Barchifontaine (2014, p. 285), cuidar sempre é possível, mesmo quando a cura não é mais possível e que deparamo-nos com doentes ditos

“incuráveis”, mas que nunca são e nunca deveriam deixar de ser “cuidáveis”, que cuidar é mais que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação e ternura com o semelhante, que sabe unir competência técnico-científica com humanismo e ternura humana.

Ainda afirma Pessini (2004, p. 95) que o cuidado de quem está morrendo é um compromisso não só dos que cuidam, mas também da família e de trabalhadores voluntários.

Segundo Carvalho e Oliveira (2008, p. 591) o ato de cuidar, por sua natureza integral, depende de planejamento adequado. Não se trata apenas de excelência técnica, mas, sim, da prudência com que se aborda o paciente e a sua família, precavendo-os e orientando-os sobre dificuldades futuras e oferecendo elementos para prevenção e proteção frente ao sofrimento.

Vale insistir que não se trata de paternalismo, mas de um diálogo constante, baseado na coerência e consenso entre a equipe, o cuidador e o paciente. Isso depende da clareza de comunicação e uma excelência na capacidade de argumentação e “escuta ativa” para poder tomar a melhor decisão naquele caso, para aquela questão (Carvalho; Oliveira, 2008, p. 592).

A diminuição das capacidades sensório-perceptivas, que ocorre no processo de envelhecimento, pode afetar a comunicação das pessoas idosas. Tais alterações são manifestadas pela diminuição da capacidade de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente que, se não forem adequadamente administradas, poderão levar ao isolamento do indivíduo.

As pessoas idosas muitas vezes tardam em perceber, aceitar e tratar suas dificuldades e, em consequência disso, acabam se afastando do convívio familiar e social para evitar situações constrangedoras (Amorim; Pessoa, 2014, p. 31).

É de extrema importância para negociar mudanças de hábito gradualmente, perceber rapidamente intercorrências e reações inadequadas a medicamentos, bem como as corrigir, e, acima de tudo, para estreitar os vínculos entre o usuário e a equipe. A segunda forma é a visita domiciliar, momento em que a equipe visita o local de residência dos usuários da comunidade. Esse momento é único e essencial para determinar as necessidades específicas daquele idoso, baseado no contexto em que está inserido. Além disso, essa atividade possibilita à equipe reconhecer idosos em situação de abandono ou maus-tratos, ou qualquer outra situação em que seus direitos estejam sendo negligenciados (Amorim; Pessoa, 2014, p. 31).

Ao trabalhar com a saúde das pessoas idosas, os aspectos emocionais que envolvem o adoecimento, boa parte das vezes estão mais aflorados e sua abordagem é tão importante quanto a prescrição de um tratamento medicamentoso. Conhecer as políticas que garantem o

acesso e a integralidade da assistência é fundamental para esse cuidado integral, universal e equânime.

A normalidade do processo de envelhecimento não pode ser associada à perda da independência e da autonomia e sim ao maior risco de adoecer e de desenvolver limitações. Portanto, toda pessoa idosa que perdeu a capacidade de cuidar de si, por exemplo, a imobilidade, deve ser amplamente avaliado, pois o desenvolvimento de dependência nas atividades de vida diária não pode ser considerado um fato comum relativo à idade. A atenção que se deve ter com a saúde do idoso deve ser baseada em compromisso de ética que vai além da dimensão profissional incluindo a ética nas relações pessoais (Borges; Coimbra, 2008).

Todas as pessoas têm a necessidade de ser cuidadas e também ter capacidade de cuidar de outras pessoas. Para isso é preciso que se preparem, devem aprender a conhecer bem o que necessita dos seus cuidados e, principalmente, conhecer a si próprio. Para ajudar o outro se deve ter consciência dos próprios limites e capacidades. Humanizar é cuidar, ter preocupação, agir com carinho e afeto, oferecer condições dignas, respeitando a individualidade de cada pessoa (Waldow, 2010).

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde, em especial na atenção básica. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família (Brasil, 2006, p. 8).

Torres *et al.* (2018) aduzem que a velhice, assim como a pessoa idosa, tem despertado interesse de parte das áreas das ciências biológicas e sociais e afirmam que políticas públicas de saúde, quando bem executadas têm culminado em aumento da expectativa e da qualidade geral de vida (Torres *et al.*, 2018, p. 354).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), a longevidade é um triunfo, porém, há diferenças entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Enquanto, nos países desenvolvidos o envelhecimento aconteceu pela melhoria das condições gerais de vida, nos países em desenvolvimento ocorre rapidamente sem que haja tempo para uma reorganização da sociedade. “Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado” (Brasil, 2006, p. 7).

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (Brasil, 2006, p. 7).

Os cuidados são extremamente importantes para a pessoa idosa, possibilitando a confiança por parte deles em quem os está assistindo, uma vez que alguns possuem perda auditiva, que muitas vezes é encarada como uma consequência da idade. Outro fato comum é a catarata, também encontrada no idoso, e que pode ser corrigida, melhorando a qualidade de vida desse paciente.

Mendes (2011, p. 43) expõe que uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade.

As políticas de saúde têm como função contribuir para que muitas pessoas alcancem as idades avançadas com boa saúde, sendo o envelhecimento ativo o grande objetivo. Considerando a saúde de modo ampliado é preciso que exista alguma mudança no contexto atual direcionado à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa.

A Humanização na saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS no dia a dia dos serviços. Com a Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde propõe estimular esse movimento, incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde (BRASIL, 2006).

No período de adoecimento, os cuidados precisam ser assumidos por pessoas mais próximas, que possam dar suporte e atender às necessidades da pessoa idosa, tendo em vista a melhoria da sua saúde e qualidade de vida.

O Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde, de 2006, é constituído por três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida é de responsabilidade das três esferas do governo e tem seis prioridades, das quais se pode destacar, para o contexto da pessoa idosa, a saúde, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Todas as pessoas, em sua finitude, para que tenha dignidade ao morrer, necessitam dos Cuidados Paliativos desde o seu diagnóstico e não somente quando falta pouco para morrer, sendo a melhor abordagem oferecida na atualidade de forma contínua para melhor qualidade de vida e que possa escolher se quer ou não essa abordagem.

Segundo Benarroz (2020, p. 88), o cuidado contínuo é um desafio à doença que está em progressão a cada dia e o alívio da dor torna-se relevante em qualquer momento.

As principais metas do cuidado contínuo são: alívio para o doente da dor e outros sintomas desconfortáveis; cuidado psicológico do doente; um sistema de apoio para ajudar os doentes a viver, tão ativamente quanto possível, em face da morte eminente; cuidado psicológico da família do doente durante a doença e o luto (Pessini, 1990, p. 97).

O surgimento dos Cuidados Paliativos vem sendo acompanhado por uma mudança no imaginário social e, sobretudo, uma transformação do ethos contemporâneo e de suas escalas de valores. Mas tal transformação não está isenta de conflitos (Schramm, 2012, p. 73).

A pessoa idosa deve escolher se deseja ou não a abordagem dos Cuidados Paliativos. Porém, segundo Floriani (2009, p. 75) existirão casos – e não serão poucos - em que este caráter central do exercício da autonomia perderá sua relevância – como, por exemplo, nos casos de demências severas -, visto não haver tempo ou condições suficientes para se conseguir ouvir os desejos do paciente. Neste caso, tais pacientes deveriam - por não terem suas autonomias preservadas - ficar privados de medidas simples e efetivas garantidas pelos cuidados paliativos?

Conforme Floriani (2009, p. 76), o acesso aos cuidados paliativos dos pacientes que não conseguem exercer sua autonomia, são situações infelizmente frequentes, no cotidiano médico. “Portanto, além da autonomia do paciente, a não maleficência - na impossibilidade do paciente se manifestar - deveria ser uma prioridade em cuidados paliativos” (Floriani, 2009, p. 76).

Segundo Arantes (2019, p. 44), os Cuidados Paliativos podem ser úteis em qualquer fase da doença, mas que sua necessidade e seu valor ficam muito mais claros quando a progressão atinge níveis elevados de sofrimento físico e a medicina nada mais tem a oferecer. E quando o prognóstico é fechado anunciando a morte próxima e os médicos profetizam que “não há nada mais a fazer”, a autora descobre que pode não haver tratamentos disponíveis para a doença, mas há muito que fazer pela pessoa.

Os Cuidados Paliativos podem ser úteis em qualquer fase da doença, mas que sua necessidade e seu valor ficam muito mais claros quando a progressão atinge níveis elevados de sofrimento físico e a medicina nada mais tem a oferecer. E quando o prognóstico é fechado

anunciando a morte próxima e os médicos profetizam que “não há nada mais a fazer”, a autora descobre que pode não haver tratamentos disponíveis para a doença, mas há muito que fazer pela pessoa que tem a doença.

De acordo com Dadalto (2021), o acesso aos Cuidados Paliativos (CP) é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como emergência mundial.

O cuidar do outro envolve constantemente questões éticas importantes e significativas para o profissional e o paciente, e lidar com elas nem sempre é uma tarefa fácil, mesmo porque ser ético depende de inúmeros fatores (Puggina; Silva, 2009, p. 599).

Em questões éticas, não se trata apenas das teorias, mas de questões com pessoas idosas em sua finitude, que envolvem o ouvir, o sentir e, às vezes até ficar em silêncio, que podem significar cuidado.

Burlá e Py (2014, p. 1139) lembram que os Cuidados Paliativos constituem hoje uma questão de saúde pública, que é uma resposta indispensável ao tratamento das pessoas com problemas crônicos evoluindo até o final da vida. Em nome da ética, da dignidade e do bem-estar de cada ser humano é preciso torná-los cada vez mais uma realidade.

Cabe lembrar que Cuidados Paliativos não rejeitam a biotecnologia. Ao contrário, são uma modalidade de tratamento altamente intervencionista, valendo-se, por exemplo, das avançadas propostas da farmacologia para a efetividade do controle de sintomas. Constituem uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva. Combina harmonicamente a ciência com o humanismo. É essencial que os profissionais tenham um amadurecimento pessoal para conseguirem perceber as demandas do seu paciente, assim como conhecer profundamente as doenças envolvidas e as possibilidades de intervenção, farmacológicas e não farmacológicas (Burlá; Py, 2014, p. 1139).

Os cuidados com a pessoa idosa também se referem a alimentação. Dentre as adaptações alimentares que contribuem para o abrandamento do sofrimento do doente, algumas são de fácil aplicação e amenizam, significativamente, suas queixas (Benarroz, 2020, p. 85).

Esclarece Santoro (2012, p. 90) que o princípio da prevenção exige atenção dos médicos às possíveis complicações ou sintomas que apresentam em maior frequência naquela enfermidade, prevenindo-as.

O objetivo dos cuidados paliativos é claro: possibilitar que o processo natural do fim da vida ocorra nas melhores condições possíveis, seja para o paciente, seja para os familiares, seja para os profissionais envolvidos. Como obrigações destes pode-se mencionar: controlar a dor e os demais sintomas

de desconforto, preservando o quanto possível a consciência e a comunicação (verbal ou não) do paciente; assegurar a nutrição e a hidratação adequadas, além do auxílio enfermagem e cuidados; prestar assistência à família, inclusive com suporte psicológico necessário. Enfim, atuar no sentido de propiciar qualidade, ou melhor, dignidade, ao paciente em seus últimos momentos (Santoro, 2012, p. 90).

Silva e Araújo (2012, p. 15) destacam que o paciente sob Cuidados Paliativos deseja ser compreendido como um ser humano que sofre porque, além da dor física, possui conflitos existenciais e necessidades que os fármacos ou os aparelhos de alta tecnologia não podem suprir.

Assim, além de compartilhar seus medos e anseios relacionando-se com seus pares, estes pacientes necessitam sentir-se cuidados, amparados, confortados, compreendidos pelos profissionais de saúde que deles cuidam. Expressões de compaixão e afeto na relação com o paciente trazem a certeza de que ele é parte importante de um conjunto, o que ocasiona sensação de proteção e consolo, além de paz interior.

Cada vez mais encontramos em nossos serviços pacientes idosos, portadores de síndromes demenciais das mais variadas etiologias ou com graves sequelas neurológicas. Devemos enfrentar o desafio de nos conscientizar do estado de abandono a que estes pacientes estão expostos, inverter o atual panorama dos cuidados oferecidos e tentarmos implantar medidas concretas, como: criação de recursos específicos, melhoria dos cuidados oferecidos nos recursos já existentes, formação de grupos de profissionais e educação da sociedade em geral. Os Cuidados Paliativos despontam como uma alternativa, para preencher esta lacuna nos cuidados ativos aos pacientes (Matsumoto, 2012, p. 23).

Para que estas necessidades sejam atendidas e o cuidado ao fim da vida seja bem-sucedido, é necessário que os profissionais de saúde resgatem a relação interpessoal empática e compassiva como base para suas ações e condutas. Mais do que habilidades técnicas para diagnosticar e tratar e além de informações sobre a doença e tratamento, os pacientes que vivenciam a terminalidade esperam que a relação com os profissionais de saúde seja alicerçada na compaixão, humildade, respeito e empatia. E a implementação e sustentação, na prática, desses conceitos subjetivos, é possível com o uso adequado de habilidades de comunicação.

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.

Por melhor que sejam os conhecimentos técnicos do médico, ele sozinho não conseguirá suprir todas as necessidades que o cuidado integral de um paciente exige. Para que o trabalho em equipe dê os frutos que dele se esperam, é muito importante que cada um de seus integrantes saiba muito bem aquilo que é de sua área de conhecimento e, além disso, saiba trabalhar com os outros profissionais das diferentes especialidades. A chave para o sucesso desse trabalho é a comunicação, sendo muito frequente que o poder, as dificuldades interpessoais ou de áreas afins sejam empecilhos e obstáculos para que ocorra um trabalho conjunto.

Luís Fernando Rodrigues (2012) se refere a modelos de assistência em cuidados de saúde na etapa terminal:

Historicamente, quando falamos em cuidado de saúde, e principalmente quando falamos em cuidados em etapa terminal de enfermidade, imediatamente nossa mente nos remete ao cuidado hospitalar, já que quem está muito doente, em nossa cultura, deve procurar por um hospital (Rodrigues, 2012, p. 86).

Rodrigues (2012, p. 88) também argumenta que os registros mostram presença dessas instalações dirigidas a ajudar e confortar os pobres, doentes, cegos, pessoas idosas e pessoas incapazes de se auto cuidar e sem ter um lugar onde possam ser alojados, protegidos ou recuperados. Em uma recente revisão não sistematizada sobre fatores que influenciam o óbito no domicílio, todos os estudos revisados mostraram que, embora a preferência do lugar para morrer da maioria das pessoas seja o domicílio, o ambiente Hospitalar, com suas peculiaridades, aparece como o lugar onde a maioria das mortes ocorrem.

Dispõe o artigo 57 do Código de Ética Médica, de 2009, que o médico não pode deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor dos pacientes. Esse dever médico não justifica a manutenção de procedimentos inúteis, fúteis e causadores de sofrimento e dor, antes indica a sua ilicitude e a falta de compromisso ético quando afirma que os procedimentos devem ser empregados em favor do paciente. Na realidade, no que diz respeito ao doente terminal acometido de doença incurável, diante da impossibilidade terapêutica da cura, não há dever de curar, nem de salvar, mas, sim, apenas e tão somente, dever de cuidar, ou seja, de garantir ao paciente todos os tratamentos e Cuidados Paliativos cabíveis e disponíveis para aliviar a sua dor, proporcionando-lhe condições para

que prossiga, naturalmente, nos lindes do possível, sem sofrimento e sem dor, o caminho da vida até a morte pelas veredas da paz e da dignidade.

Uma das maiores desvantagens do ambiente hospitalar é o fato de o paciente estabelecer associação com procedimentos invasivos e por vezes dolorosos, como 88 punções venosas ou arteriais, sondagens urinárias, nasogástricas e etc., drenagens e intubação. Os pacientes portadores de doenças graves têm necessidade de controle de sintomas especializados, suporte para comunicação e tomada de decisão e cuidado coordenado (Rodrigues, 2012, p. 89).

A maior causa de óbito de pacientes em hospitais nos países desenvolvidos está relacionada com controle de sintomas inadequados. Em nosso país, tanto no âmbito do SUS como no da Saúde Suplementar, e mesmo na rede privada, existe carência de informações sobre o número, a localização, a conformação e a qualificação das equipes interdisciplinares de atenção domiciliar, o que não permite a difusão das técnicas de Cuidados Paliativos pelas Equipes de Saúde da Família e outras de Atenção Domiciliar. No entanto, quando os profissionais conseguem conduzir seu mister (de tratar dos pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura dentro da ótica dos Cuidados Paliativos) de maneira ótima, abordando de forma franca, honesta e verdadeira as questões relativas ao diagnóstico, prognóstico e planejamento de cuidados, por vezes o paciente faz um movimento de solicitar os cuidados em sua própria residência (Rodrigues, 2012, p. 89).

A maior desvantagem da unidade de Cuidados Paliativos é a necessidade de transferência do doente para uma unidade distinta e também: i. distância do hospital de referência pode elevar custos com transporte e serviços de apoio, quando necessários. As visitas dos profissionais que previamente participavam ativamente do seu tratamento são raras. i.i. risco de o paciente sentir-se abandonado ou relegado a segundo plano na rede assistencial. i.i.i. tendência equivocada de outros especialistas de verem como Unidade de doentes crônicos ou apenas destinada ao final da vida, o que distorce o conceito dos Cuidados Paliativos.

Uma das grandes vantagens observadas é o fato de permitir a pessoa idosa ter as suas necessidades atendidas na medida de suas preferências, sem a necessidade de seguir a rigidez das regras e horários do hospital.

O objetivo da assistência ambulatorial em Cuidados Paliativos é proporcionar ao doente o excelente controle de sintomas de sua doença, a comunicação adequada de informações sobre a evolução da doença e perspectivas de tratamento e a oportunidade de elaborar as dificuldades pessoais de ser um portador de doença ameaçadora da vida, onde a possibilidade de sua morte é tão ameaçadora quanto o curso de sua doença.

O principal benefício do ambulatório de Cuidados Paliativos é poder acompanhar os doentes mais precocemente, numa fase em que a doença, apesar de significativa, tem pouco impacto sobre o perfil funcional do doente. Nesta fase, o controle ideal de sintomas e a abordagem emocional podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida, com possibilidade de ter impacto também sobre a sobrevida do doente. O acompanhamento ambulatorial deve sempre vislumbrar a possibilidade de agir na prevenção de crises de necessidades.

Segundo Pessini e Siqueira (2013, p. 11) cuidar das pessoas idosas significa, primeiro e acima de tudo, deixarmo-nos experimentar pelo envelhecer e que somente quem reconhece a relatividade de sua própria vida pode ter um sorriso para alguém que está se aproximando da morte.

Em Cuidados Paliativos, todas as informações necessárias para a tomada de decisão está relacionada ao que é oferecido de conhecimento pelos profissionais da saúde, pela equipe multidisciplinar, de forma totalmente compreensível e realista. Sendo fundamental o diálogo sobre o avanço da doença, sobre o conforto e a qualidade de vida, sobre a morte com as pessoas, juntamente de seus familiares.

3 JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS

3.1 BIOÉTICA

A palavra ética se deriva do grego, significando Ethos, que é igual a ética, e Ethos, igual a modo de ser determinante na forma do agir. “A ética é a designação filosófica sobre a moral, isto é, sobre as regras e os códigos morais que norteiam a conduta humana” (Costa; Barreto; Giatti, 2003, p. 2).

Segundo Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2014, p. 32), [...] “a bioética se preocupa em analisar os argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que afetam a qualidade de vida e o bem-estar dos humanos e dos outros seres vivos e a qualidade dos seus ambientes, e em tomar decisões baseadas nas análises anteriores”.

“Potter apresenta a bioética como uma ponte entre a ciência biológica e a ética. Sua intuição consistiu em pensar que a sobrevivência de grande parte da espécie humana, em uma civilização decente e sustentável, dependia do desenvolvimento e manutenção de um sistema ético (Pessini, 2016, p. 13). No ano de 1970 ele definiu a ética como sendo um campo do conhecimento voltado para o estudo da sobrevivência da civilização no contexto de todo o planeta buscando superar a dicotomia entre os extremos e o biocentrismo.

Pessini (2005, p. 39) observa que uma das marcantes características da tradição da ética médica brasileira codificada é a de ser uma tradição secular, imbuída de valores humanitários e embasada em dimensões humanistas e filosóficas, mas que não se preocupa em fundamentar seus princípios éticos na religião.

Ética, bioética e dignidade humana são termos que se completam. A ética é um campo do conhecimento humano que apresenta as dimensões territorial e espacial e se modifica de acordo com a sociedade objeto da análise. A bioética é uma ciência inter e multidisciplinar, que aplica os fundamentos éticos às biociências. “A dignidade humana remete à aplicação de conceitos éticos e morais visando satisfazer as necessidades elementares do indivíduo” (Mabtum; Marchetto, 2015, p. 107).

Dessa forma cabe a atribuição de ética como a ciência da conduta humana e pode ser entendida como reflexão dos costumes e ações humanas, sendo importante analisar-se sob o prisma da sociedade em que se situa o estudo, devendo sempre ser respeitado o costume, o direito e qualquer outro modo indicativo referente a tal grupo ou camada social.

Por ser parte da filosofia, a ética tem como objetivo a ação humana, fixando-se não no que o homem é de fato, mas sim no que ele deve ser e fazer de sua vida (Mabtum; Marchetto, 2015, p. 107).

A ética, instantânea e temporal, expressa a atitude do homem consigo mesmo, com o outro e com o mundo, transcendendo ao ideal de moralidade e justiça, objetivando um juízo de apreciação de um determinado atuar, sem, contudo, aplicar-se à distinção entre o bem e o mal, mas ao certo e ao errado.

Para que exista ética é necessário que o agente esteja consciente, ou seja, que tenha capacidade para discernir o bem e o mal e toda a sua repercussão. A consciência moral, portanto, possui capacidade de discernir entre um e outro e de avaliar, julgando o valor das condutas, e de agir conforme os padrões morais.

Bioética é uma área de estudo que foca na análise de dilemas e questões morais relacionadas a questões biológicas, médicas e tecnológicas. Ela envolve a identificação, análise e resolução de questões éticas que surgem nos campos da biologia, medicina e ciências relacionadas.

Os principais tópicos abordados pela bioética incluem a atenção médica, direitos de pacientes, pesquisa científica e experimentação animal. A bioética também envolve questões éticas relacionadas à reprodução e tecnologias de reprodução, genética, engenharia genética, aborto, eutanásia e uso de drogas recreativas.

O objetivo da bioética é garantir que as decisões relacionadas a questões médicas e biológicas, sejam baseadas em princípios morais e éticos. A bioética é um campo em desenvolvimento, e seus princípios são aplicados em uma variedade de áreas, incluindo a saúde pública, medicina, direitos humanos, e políticas governamentais.

A bioética enfrenta algumas questões jurídicas consideradas muito importantes porque dizem respeito à vida humana. O médico, no decorrer de sua carreira, poderá se deparar com acontecimentos em que terá que decidir entre bens jurídicos conflituosos, assim, terá, em certas ocasiões, que assistir ao sofrimento de alguém que está no final da vida e a decisão entre o direito à vida ou à morte digna e essa questão se encontra entre a ética e o direito com implicações jurídicas quanto à decisão a ser tomada, ao lidar com essa situação.

Conforme Pessini (2005, p. 39), o primeiro Código de Ética Médica que circulou no Brasil data de 1867, tradução portuguesa do Código de Ética Médica da Associação Médica Americana. Interessante observar como o perfil do médico é nele delineado, numa linguagem explicitamente sacerdotal.

Em sua história, a medicina brasileira, até o presente momento, utilizou-se dos seguintes códigos: 1) Código de Ética Médica adaptado pela Associação Médica Americana, em 1867; 2) Código de Moral Médica, de 1929; 3) Código de Deontologia Médica, de 1931; 4) Código de Deontologia Médica, de 1945; 5) Código de Ética da Associação Médica Brasileira, de 1953; 6) Código de Ética Médica, de 1965; 7) Código Brasileiro de Deontologia Médica, de 1984; e o último em vigor, 8) Código de Ética Médica, de 1988 (Pessini, 2005, p. 39)¹.

Atualmente, circula o Código de Ética Médica, publicado em 1º de novembro de 2018, através da Resolução do CFM nº 2.217/2018.

Segundo França (2017, p. 61), o novo modelo codificador fugiu de uma orientação que pudesse parecer com um “código de etiquetas” ou um “manual de privilégios” corporativistas. Por isso, buscou-se um encontro mais explícito com a realidade social que se vive e com a prática médica que se exerce. Isso ficou muito evidente na apresentação da primeira edição deste Código pelo Conselho Federal de Medicina. O Código de Ética Médica é um instrumento fundamental na regulação das relações do médico com a sociedade, e em particular com o paciente, e não um emblema corporativo.

Código de Ética Médica é um conjunto de princípios que regem a conduta ética dos profissionais de saúde e estabelecem limites mínimos de conduta profissional para a prática da medicina. Estes princípios visam a proteger o bem-estar dos pacientes e assegurar a qualidade dos cuidados médicos.

O CEM também estabelece diretrizes para o uso adequado dos recursos médicos, como o tratamento de doenças, o uso de medicamentos, o tratamento de feridas e a realização de cirurgias. Além disso, o código estabelece diretrizes para o uso de tecnologias de informação médica, como a privacidade dos dados médicos e a segurança dos sistemas de saúde.

No geral, o CEM afirma que os médicos devem atender aos padrões éticos mais elevados ao fornecer cuidados de saúde de qualidade e devem prestar serviços com profissionalismo, integridade e honestidade.

Costa *et al.* (2016) afirmam que, devido ao acometimento de doenças crônicas e não havendo possibilidades terapêuticas, insta compreender a relação dos princípios da bioética nas demandas que permeiam os cuidados paliativos a pacientes idosos, na perspectiva de poder oferecer uma sobrevida digna. “A abordagem a partir dos fundamentos da bioética principialista propõe a garantia dos princípios da beneficência, não maleficência, justiça e

¹ O lançamento do Código de Ética Médica revisado em vigor desde 13 de abril de 2010 representa a introdução da medicina brasileira no século 21 (Roberto Luiz D’Avila).

autonomia, a fim de proporcionar dignidade, qualidade e conforto aos idosos em terminalidade da vida” (Costa *et al.*, 2016, p. 170).

A Teoria dos Princípios de Beauchamp e Childress (2019) é uma das maiores contribuições à ética médica moderna. O princípio básico deste sistema é que os médicos devem agir de acordo com os princípios de "beneficência", "não maleficência", "autonomia" e "justiça". Estes princípios orientam o comportamento profissional dos médicos e servem como base para a tomada de decisões (Beauchamp; Childress, 2019, p. 39).

Quanto ao conceito de autonomia exploram o princípio do respeito no que se refere ao exame dos pacientes e suas tomadas de decisões em saúde:

Não só sustentamos que o princípio do respeito à autonomia carece de prioridade sobre os outros princípios, mas sustentamos que não é excessivamente individualista negligenciar a natureza social de indivíduos, não excessivamente focados na razão em detrimento das emoções, e não indevidamente legalistas destacando os direitos legais enquanto se minimizam as práticas sociais (Beauchamp; Childress, 2019, p. 77).

O princípio da beneficência diz que os médicos devem procurar o bem-estar dos pacientes e usar todos os meios possíveis para ajudá-los. O princípio de autonomia diz que os pacientes devem ter direito à escolha e à decisão, ao mesmo tempo em que os médicos têm o dever de informar os pacientes sobre seus resultados e opções de tratamento.

O princípio da não maleficência, é um dos princípios éticos mais importantes na prática da medicina. Significa que os médicos devem fazer o melhor possível para evitar causar danos ou prejuízo aos seus pacientes. E foi estabelecido como parte do Código de Ética Médica da Associação Médica Mundial, que foi criado para definir os padrões éticos esperados dos médicos.

Esse princípio é baseado na noção de que os médicos devem tratar os seus pacientes com o máximo respeito e cuidado para garantir que eles recebam o melhor tratamento possível. Os médicos devem tomar decisões éticas cuidadosas e ponderadas sobre o tratamento de seus pacientes, levando em consideração os riscos e benefícios de qualquer tratamento e tomando as melhores decisões possíveis para a saúde e bem-estar dos seus pacientes.

Por fim, o princípio de justiça, diz que os médicos devem tratar todos os pacientes de forma igual, com justiça e equidade. Esses princípios orientam todas as ações médicas, desde a tomada de decisão até a prestação de cuidados. Eles são reconhecidos como a base da ética médica moderna e ajudam a proteger os pacientes de abusos, exploração ou negligência.

A Teoria dos Princípios é um tipo de filosofia que visa estabelecer um conjunto de princípios e diretrizes para a prática da medicina. Esta filosofia foi desenvolvida pelos médicos americanos Pierre-Paul Beauchamp e Jacques Childrens, e se tornou um dos principais princípios da medicina moderna. Esta filosofia tem como objetivo o cuidado do paciente, o estabelecimento de relacionamentos entre o médico e o paciente e a implementação de práticas éticas.

O estudo do envelhecimento humano tem grande relevância, uma vez que a sociedade precisa promover sempre uma velhice digna, com idosos ativos e saudáveis nos espaços onde a pessoa idosa está inserida.

Determinados idosos podem ser acometidos por condições patológicas, tais como câncer, doenças osteomusculares e neurológicas crônicas, acarretando dependência funcional para a realização de atividades básicas, que, junto ao declínio da condição de saúde, passam a necessitar de cuidados paliativos (Costa *et al.*, 2016, p. 171).

Dall'Agnol (2015, p. 46) observa que é possível discutir algumas questões bioéticas a partir da noção de que a vida possui valor intrínseco. Independente de posições políticas mais conservadoras ou liberais, parece claro que quase todas as pessoas possuem uma profunda convicção de que é intrinsecamente errado terminar de forma deliberada com uma vida humana.

Seja qual for a posição política adotada, o certo é que ambas as visões partilham a ideia de que a vida humana possui valor intrínseco sagrado, de que é inviolável. Em outros termos, a vida possui algum tipo de inviolabilidade que precisa ser respeitada. O problema é que essas posições políticas parecem levar a aplicações diferenciadas dos princípios básicos da bioética (Dall'Agnol, 2015, p. 46).

A reflexão bioética sobre o valor da vida é necessária para se pensar mais profundamente os problemas. Além disso, a relação entre os desenvolvimentos científicos e tecnológicos e os valores humanos precisa ser mais bem equacionada. Por um lado, a ciência não pode ser considerada como a detentora única da verdade. Por outro, não pode ser condenada como maléfica; o desconhecimento deve ser evitado.

“O sujeito moderno é concebido enquanto ser que se autodetermina, que decide livremente sobre a sua vida, com vistas ao autodesenvolvimento da personalidade, já que este possui capacidade de dominar a si e a natureza através da razão” (Fachin, 2005, p. 62).

Para o médico existe uma situação crítica quando ele tem certeza de que a pessoa idosa enferma não tem condições de sobreviver, a não ser algumas horas ou dias, não pode

induzir a família a desligar aparelhos, a não intensificar a sua dor, pois existe uma legislação e um código de ética, que exige uma postura diferente da postura do médico.

Muito tem sido debatido a respeito da permanência do idoso no CTI, principalmente em casos de doenças de base em estágio terminal ou de demência em estágio avançado. Deve-se sempre levar em consideração a perspectiva pessoal (caso o indivíduo tenha tido a oportunidade de expressá-la), a perspectiva e expectativa dos familiares, o risco/benefício da permanência, o custo/benefício, a mortalidade relacionada com as doenças preexistentes e a gravidade do quadro inicial. Embora o custo elevado tenha sido um fator limitante, não há consenso na literatura sobre os limites de atuação do tratamento intensivo (Sitta; Jacob Filho; Farfel, 2013, p. 1750).

Os referidos autores acima ressaltam um dilema bioético, que se encontra nos profissionais dos serviços de terapia intensiva, pois estes ainda relutam em admitir pessoas idosas, em fim de vida, especialmente, acima dos 80 anos a despeito de outros critérios que indiquem que o tratamento intensivo certamente está indicado.

Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2014, p. 130) aduzem que um relatório de 1983 da comissão presidencial para o estudo dos problemas éticos na medicina e na pesquisa biomédica e comportamental considera urgente que profissionais dedicados aos cuidados de saúde e hospitais desenvolvessem mecanismos para revisão e consulta em casos que suscitassem questões éticas.

De forma específica, estimulou-se a formação de comitês de ética hospitalares para a revisão de casos que apresentassem conflitos e dilemas éticos, tendo em vista sua tentativa de resolução. Esses autores também relataram que, em 1982, nos Estados Unidos, apenas 1% dos hospitais possuíam um comitê de ética, ao passo que, em 1987, esse índice alcançou 60%, mostrando uma forte adesão à proposta, entretanto, tais comitês continuam não obrigatórios de acordo com a regulamentação estadunidense, embora sua criação tenha sido apoiada desde o início pela Associação Médica Americana, Associação de Hospitais Americanos, Academia Americana de Pediatria e Academia Americana de Neurologistas (Rego; Palácios; Siqueira-Batista, 2014, p. 130).

Segundo, ainda, os autores supra, os comitês de bioética, entretanto, não são uma organização apenas dos Estados Unidos, embora tenham surgido naquele país. Algumas nações já incorporaram a proposta e a implementaram, enquanto outras o farão agora, pois em 2005 os países membros da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) aprovaram, por unanimidade, a Declaração sobre Bioética e Direitos

Humanos que recomenda, em seu artigo 19, a criação de comitês de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas.

A rigor, a declaração refere-se a dois tipos de comitês: os de ética em pesquisa, que deverão avaliar os problemas éticos, jurídicos, científicos e sociais relevantes dos projetos de investigação que envolvem seres humanos; os hospitalares, que deverão dar pareceres sobre os problemas éticos que se apresentam em contextos clínicos. Ambos terão que se comprometer com a avaliação dos progressos científicos e tecnológicos, com a formulação de recomendações, e contribuir para a elaboração de princípios normativos sobre as questões do âmbito da referida declaração, bem como com a promoção do debate, da educação e da sensibilização e mobilização do público em matéria de bioética.

Pessini (2013, p. 13) apresenta as origens históricas da bioética a partir dos trabalhos de Van Rensselaer Potter, que cunhou a expressão bioética e analisa a formulação para o conceito de bioética, considerando seu impacto no contexto das discussões ambientais hodiernas. Conclui apontando a importância de aprofundar a reflexão bioética nos moldes propostos, considerando, especialmente, os pontos de intersecção de propostas teóricas que podem revelar-se determinantes para a compreensão de um novo paradigma.

Potter (2016, p. 207) define como o estudo sistemático dos princípios morais que regem a prática da medicina e da ciência da saúde e explica que a bioética como sendo importante para guiar os profissionais da saúde na tomada de decisões éticas. Ele também discute o papel da ética na prática clínica, como uma forma de ajudar os profissionais da saúde a determinar como agir de maneira apropriada na relação com os pacientes, a família e a comunidade.

Potter (2016) também discute como os profissionais de saúde devem lidar com o direito ao sigilo, ao consentimento informado e à tomada de decisão compartilhada entre o paciente e o profissional da saúde e explica como os profissionais da saúde devem tratar os pacientes com respeito e dignidade, além de serem honestos e responsáveis.

Potter (2016) evidencia tópicos importantes, como os problemas relacionados aos direitos dos pacientes, à ética e à responsabilidade dos profissionais da saúde e fornece orientação prática sobre como os profissionais da saúde devem tratar os pacientes.

A Bioética se pauta nos avanços científicos, e está sempre alerta para os eventuais riscos que esses avanços apresentam, pois embora possam trazer a cura de muitas enfermidades, desafios ocorrem, tais como o envelhecimento da população e as enfermidades crônicas que a longevidade traz.

3.2 DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

No ano de 2005 a Conferência Geral da UNESCO adotou por aclamação, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos havendo o comprometimento dos Estados-membros ao respeito e a aplicação dos princípios fundamentais da bioética concentrados em um único texto (UNESCO, 2006).

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos é um documento aprovado pela UNESCO em 2005 sendo uma ferramenta para ajudar a orientar e promover a boa prática na área da bioética e dos direitos humanos que estabelece princípios em torno de questões éticas, incluindo a dignidade humana e a integridade, autonomia, consentimento informado, responsabilidade profissional, igualdade e não discriminação, bem como direitos ao acesso aos cuidados de saúde e serviços de saúde.

A referida Declaração insere os princípios e regras que conduzem o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. Ao consagrar a bioética entre os direitos humanos internacionais e, quando garante o respeito pela vida, reconhece a relação entre ética e direitos humanos no que diz respeito à bioética (ANEXO A).

3.3 AUTONOMIA

Autonomia é um termo derivado do grego “auto” (próprio) e “nomos” (lei, regra, norma). Significa autogoverno, autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais. Refere-se à capacidade de o ser humano decidir o que é “bom”, ou o que é seu “bem-estar” (Muñoz; Fortes, 1998, p. 57).

É o princípio da bioética que diz respeito ao direito de um indivíduo de tomar decisões por si mesmo. Este princípio reconhece o direito de um indivíduo de escolher o que é melhor para si mesmo, independentemente da influência externa. Então, a autonomia é o direito de cada pessoa de decidir o melhor para si mesma, sem ser influenciada por outras pessoas ou grupos.

Implica em dizer, em termos de bioética, que é o princípio básico que afirma que as pessoas têm o direito de tomar decisões livres sobre o seu bem-estar, de acordo com os seus próprios valores e crenças. É a base do direito à liberdade de escolha e à liberdade de expressão, e é um princípio importante na tomada de decisões médica.

Sustenta Durand (2014, p. 181) que a autonomia não é uma noção do tudo ou nada, nem no direito nem na ética, ainda menos quando se trata da saúde, da doença, do sofrimento ou da morte. Talvez não exista, aliás, uma autonomia perfeita, completa, ideal.

A autonomia de um indivíduo diz respeito à sua capacidade de autodeterminação e o respeito à autonomia não deve e nem pode ser compreendido apenas como a obtenção, seja na pesquisa, seja na clínica, do consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos ou de experimentações (Rego; Palácios; Siqueira-Batista, 2009, p. 80).

Segundo Durand (2014, p. 173) os conceitos de autonomia e autodeterminação do paciente pouco fazem parte da história da ética médica e que o Juramento de Hipócrates, por exemplo, nem sequer os menciona porque se centra no dever de beneficência do médico. [...] que a tradição médica é sobretudo “paternalista”.

Os incapazes normalmente são tratados de modo paternalista. Mesmo os indivíduos capazes podem ter suas decisões impugnadas por motivos paternalistas quando há discordância de valores morais. Por isso, o paternalismo justificado deve ser diferenciado da questão da capacidade. Há uma compreensão comum de que adultos são capazes de tomar suas decisões quando estas não causam problemas, mas, se causarem conflito, é iniciada uma investigação sobre a sua capacidade. Esta deve ser determinada pela habilidade em decidir de forma autônoma e não porque os melhores interesses devem ser protegidos (Vilardo, 2014, p. 51).

Ao tratar da autonomia da vontade, devemos vê-la com alteridade e não deixar de falar na dignidade, para imediatamente, se ter a ideia de liberdade, de conseguir fazer aquilo que se deseja, levando em consideração o agir individual que permeia o ser humano, dotado de capacidade e subjetividade.

O Código de Ética Médica de 2018, trouxe um maior aperfeiçoamento sobre condutas éticas relativas à profissão médica e a comunicação com o paciente, constatando-se a evolução de sua autonomia.

Dadalto (2021, p. 81) lembra que em 1998, foi aprovado um novo Código de Deontologia Médica na Itália que dispôs especificamente acerca da autonomia do paciente em seu artigo 34, protegendo a liberdade, a dignidade e a vontade expressa do paciente, inclusive a vontade anteriormente manifestada por aquele que não está em condições de exprimir-se.

Tanto em dicionários como na expressão vulgar, autonomia perpassa os significados de independência, liberdade, autorregulamentação de condutas, autogoverno (Rodrigues Júnior, 2004, p. 113).

Nunes (2016) conceitua a autonomia referindo-se, “à perspectiva de que cada ser humano deve ser verdadeiramente livre, dispondo das condições mínimas para se autorrealizar” (Nunes, 2016, p. 99).

Renata de Lima Rodrigues (2005 *apud* Dadalto 2015, p. 47) define que a autonomia privada garante às pessoas o prosseguimento de seus interesses individuais. Porém, esses interesses devem respeitar o princípio da dignidade da pessoa humana, pois “a dignidade humana reside na possibilidade de autodeterminação: dizer de seus próprios desígnios e poder escolher seus objetivos é que faz da vida humana um bem precioso a ser protegido” (Rodrigues, 2005, p. 47 *apud* Dadalto, 2015, p. 275).

Considerando a aplicação da autonomia do paciente na tomada de decisões acerca dos cuidados de saúde aos quais estes devem (ou não) ser submetidos. Beauchamp e Childress (2002, p. 196) oferecem grande contribuição quando apontam três modelos de autonomia a serem levados em conta.

O primeiro modelo é chamado de modelo de julgamento substituto dizendo que parte da premissa de que as decisões sobre tratamentos pertencem propriamente ao paciente incapaz ou não autônomo, em virtude dos direitos à autonomia e à privacidade. Por este modelo, o paciente nomeia um decisor substituto que deverá tomar decisões como se fosse o paciente.

O segundo modelo é denominado modelo de pura autonomia e se aplica exclusivamente a pacientes que já foram autônomos e expressaram urna decisão autônoma ou preferência relevante. O paciente expressou previamente sua vontade, que orientará a tomada de decisões nos cuidados de sua saúde. O modelo de autonomia pura orientará a presente pesquisa, vez que se aplica ao testamento vital.

O terceiro e último é o modelo dos melhores interesses no qual um decisor substituto deve determinar o maior benefício entre as opções possíveis, atribuindo diferentes pesos aos interesses que o paciente tem e subtraindo os riscos e os custos inerentes a cada um.

Respeitar os agentes autônomos é reconhecer seu direito de ter opiniões, fazer escolhas e agir com base em seus valores e crenças. O respeito é demonstrado por meio de ações respeitadas, não apenas por uma atitude respeitosa. O princípio do respeito pela autonomia exige mais do que a não interferência nos assuntos pessoais dos outros. Em alguns contextos, inclui desenvolver ou manter as capacidades dos outros para a escolha autônoma, ao mesmo tempo em que ajuda a aliviar os medos e outras condições que destroem ou interrompem a ação autônoma. O respeito envolve reconhecer o valor e os direitos de tomada de decisão de pessoas autônomas e capacitá-los para agir de forma autônoma, enquanto o desrespeito pela autonomia envolve atitudes e ações que ignoram, insultam, humilham ou são desatentos

aos direitos de ação autônoma dos outros (Beauchamp; Childress, 2019, p. 80).

Segundo Potter (2016, p. 93), os meios para acabar com a vida de forma rápida e sem dor são bem conhecidos e ele pergunta, quem deve tomar essa decisão? Afirma que o conhecimento dos meios é um conhecimento perigoso, mas que em longo prazo ele não pode ser deixado nas mãos dos médicos apenas, ou mesmo nas mãos de um comitê e que a decisão não pode pertencer a ninguém, senão ao indivíduo em causa.

O direito de consentir e decidir pelo tratamento não parece absoluto, pois o profissional deve intervir em situações de risco de vida, numa justificativa supralegal, e em cirurgias exploratórias que não podem ser suspensas para solicitar consentimento.

“Ainda assim, persistentemente, a questão é instigante e envolve polêmicas há muito discutíveis: temos autonomia para morrer?” (Sá; Moreira, 2015).

Aponta Kovács (2003, p. 119) que um aspecto importante é quando nos referimos ao princípio da autonomia, porque a constatação de que nos cuidados aos doentes, muitas vezes, ocorre uma relação paternalista, assimétrica, entre eles e os profissionais de saúde e que em uma das polaridades está o poder da equipe de saúde e, na outra, a submissão do paciente.

Quando se favorece a autonomia, ocorre uma relação simétrica entre profissionais e pacientes, sendo que estes últimos participam de maneira ativa das decisões que envolvem seu tratamento, bem como sua interrupção. Enfim, (...) para que a autonomia possa ser exercida é fundamental que o paciente receba as informações necessárias, que o instrumentalizem e o habilitem para a tomada de decisões, diante das opções existentes em cada situação. Cabe lembrar que, em muitos casos, estamos diante de uma situação conflitiva, na qual várias opções devem ser consideradas – aliás, este é o fundamento das questões éticas (Kovács, 2003, p. 119).

Dadalto (2015) destaca que o Comitê Nacional de Bioética acredita que as declarações de vontade devem seguir o princípio de que qualquer indivíduo tem o direito de manifestar antecipadamente o seu desejo de se submeter a tratamentos e intervenções médicas que deseje, entretanto, “tais diretivas antecipadas não poderão conter disposições contrárias à lei e o paciente não poderá solicitar a prática de eutanásia” (Dadalto, 2015, p. 138).

O princípio da autonomia diz respeito à liberdade individual, ou seja, ao direito de cada um escolher o que é melhor para si, sendo que a decisão deverá ser tomada com plena consciência. É óbvio que esta plena consciência só surgirá após todas as informações possíveis, pois é o profissional, em geral médico, quem deverá colocar à disposição do

paciente todas as informações, e quem deverá orientá-lo sobre todos os tratamentos disponíveis (Rebello Filho, 2007, p. 49).

O fundamental é reconhecer que o simples fato de ser velho não impede o indivíduo de tomar suas decisões e exercer plenamente a sua vontade pessoal, baseado em seus valores. Os valores são componentes respeitáveis deste processo. Tomar decisões sem usar os valores como um dos critérios é uma inadequação (Goldim, 1998).

3.4 PATERNALISMO

Paternalismo é um conceito da ética médica que afirma que, em determinadas situações, o profissional de saúde deve tomar decisões sobre o tratamento de um paciente em nome do paciente. Isso ocorre quando o paciente não pode tomar uma decisão informada ou quando o profissional acredita que a decisão que o paciente tomaria não seria em seu melhor interesse.

Trata-se de uma abordagem que se baseia na ideia de que o médico sabe o que é melhor para o paciente. O médico toma a responsabilidade de decidir sobre o tratamento e as opções de tratamento, mesmo que isso signifique decidir contra a vontade do paciente. O paternalismo é uma abordagem controversa, pois pode levar a abusos e discriminação, bem como ao desrespeito dos direitos dos pacientes.

As condutas paternalistas na prática médica originam-se dos fundamentos hipocráticos, para quem o médico deveria aplicar “os regimes para o bem dos doentes, segundo seu saber e razão [...]”, não concedendo lugar à autonomia da pessoa que tratava (Muñoz; Fortes, 1998, p. 61).

Esse paternalismo é encontrado no surgimento da relação desigual entre o médico e o paciente e existem diferentes posições que caracterizam várias formas de paternalismo. Alguns argumentam que o paternalismo é necessário para proteger os pacientes de tomar decisões equivocadas, especialmente aqueles que não podem tomar decisões informadas devido a deficiências cognitivas.

A relação médico-paciente tem sido reconhecida, de forma global, na prática médica, sendo a participação de ambos, essencial na tomada de decisão, para que tudo se disponha de forma humanizada. Todavia, os médicos continuam, de maneira enraizada decidindo os cuidados de seus pacientes de maneira paternalista e hipocrática. Atitude essa que deve ser transformada.

A Recomendação do CFM nº 1/2016 (CFM, 2016), que discorreremos mais à frente, dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido sobre a assistência médica, aconselha ao médico propor informações claras e objetivas ao paciente, esclarecer sobre o diagnóstico, prognóstico e o tratamento indicado para a doença, garantindo assim segurança médica e a opção do paciente consentir ou não com a proposta terapêutica. Dessa forma, consegue-se afastar o caráter paternalista que sempre existiu, ensejando numa relação de confiança, sendo respeitada a autonomia da pessoa idosa em fim de vida.

Muitos argumentam que o paternalismo viola a autonomia do paciente e pode resultar em abuso de poder e discriminação. Por esta razão, alguns médicos optam por usar uma abordagem mais deliberativa, em que o médico e o paciente trabalham juntos para chegar a uma decisão informada.

Para Dworkin (2002) o paternalismo é a interferência de um estado ou indivíduo em outra pessoa, contra sua vontade, e defendida ou motivada por uma alegação de que a pessoa interferida estará em melhor situação ou protegida de danos.

Segundo Beauchamp e Childress (2002, p. 298), o paternalismo é a ação de contrariar as preferências ou ações conhecidas de outra pessoa, na qual a pessoa que contraria justifica sua ação com base no objetivo de beneficiar a pessoa cuja vontade é contrariada ou de evitar que ela sofra danos. O paternalismo hipocrático predominou por longos anos, no atuar da medicina.

O médico que tinha a técnica prezava por sua vontade, sem fazer valer a autonomia do paciente, com o argumento de que lhe fazia bem. Na prática médica atual ainda são realizadas ações paternalistas, isto é, alguns profissionais, muitas vezes pressionados pela família dos pacientes, tomam decisões sem consultar as preferências individuais dos mesmos, assumindo o que supõe ser o melhor para eles (Goldim, 1998).

A transformação da relação entre profissional da saúde e paciente no processo decisório dos cuidados em saúde é reflexo da passagem do chamado paternalismo – segundo o qual cabia apenas ao médico fazer escolhas em nome do melhor interesse e da beneficência do enfermo – para o reconhecimento da autonomia do paciente e do pluralismo ético que permeia tal relação (Lima; Rego; Siqueira-Batista, 2015, p. 31).

A decisão deve ser sempre em conjunto para o melhor tratamento. E mesmo, desse modo, não existirá um fim à relação médico-paciente, pois esta se estende além dos hospitais.

Garrafa (2000, p. 172) aponta, que a bioética moderna deve libertar-se dos paternalismos que são confundidos com a beneficência. E que, segundo o autor, na bioética laica, o que é bem, certo ou justo para uma comunidade moral, não é bem, certo ou justo para

outra, já que seus costumes podem ser diversos. Ele atenta em não se pautar em proibições, vetos, limitações, normatizações ou mesmo em mandamentos, mas sim, atuar de forma positiva. Para ele, a liberdade é essencial, desde que com compromisso e responsabilidade.

Fazendo uma análise sobre o paternalismo, Beauchamp e Childress (2002, p. 301), citam a distinção que faz o autor Joel Feinberg, entre o paternalismo fraco e o paternalismo forte, aos quais este se referiu mais tarde como paternalismo brando e paternalismo radical. No paternalismo fraco, um agente intervém por beneficência ou não-maleficência apenas para prevenir uma conduta substancialmente não voluntária, ou seja, para proteger as pessoas contra suas próprias ações substancialmente não-voluntárias. “As ações substancialmente não-voluntárias ou não-autônomas incluem casos de consentimento que não são adequadamente informados. O paternalismo fraco exige que uma habilidade do indivíduo esteja de alguma forma comprometida” (Beauchamp; Chidress, 2002, p. 301).

Segundo os autores acima, o paternalismo forte envolve intervenções com o fim de beneficiar uma pessoa a despeito do fato de que as escolhas arriscadas das pessoas sejam informadas, voluntárias e autônomas (Beauchamp; Chidress, 2002, p. 302).

Mas, atualmente, com o domínio do princípio da dignidade da pessoa humana, que reconhece o indivíduo como um fim em si mesmo, evita a continuação do modelo paternalista, que ignora a autonomia do paciente.

4 DO DEVER DE INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO CLÍNICA X PESSOA IDOSA SOB AS PERSPECTIVAS DAS RESOLUÇÕES DO CFM

4.1 RESOLUÇÃO Nº 1.805/2006

O Conselho Federal de Medicina, visando auxiliar a conduta de profissionais médicos e de pacientes terminais nos limites finais da vida, expediu as Resoluções nº 1.805/2006 e nº 1.995/2012 que versam, respectivamente, sobre a possibilidade de limitação do tratamento e sobre a confecção das diretivas antecipada de vontade.

A Resolução nº 1.805/2006 tem como objetivo garantir que a relação médico-paciente seja construída sobre princípios de direitos humanos. Ela estabelece que o médico e o paciente devem trabalhar juntos para obter o melhor resultado possível e também afirma que o médico deve atuar com responsabilidade profissional, a fim de assegurar que os cuidados prestados sejam seguros e eficazes.

Com amparo na Resolução nº 1.805/2006 há a possibilidade de o profissional médico limitar o tratamento do paciente terminal respeitando a sua autonomia, podendo fazer por escrito a manifestação de sua vontade (CFM, 2006).

Esta resolução prevê a possibilidade da limitação do tratamento que unicamente prolonga artificialmente a vida do paciente terminal, quando esse ou seu representante legal consentir. A análise da situação do paciente e da evolução da doença são imprescindíveis para se determinar se a limitação do esforço terapêutico deve ser iniciada.

A limitação do esforço terapêutico pode ocorrer quando há um mau prognóstico de sobrevivência e uma má qualidade de vida. Pode ser definida como não iniciar ou retirar um tratamento já iniciado, deixando morrer o paciente, tendo em vista que sua situação é terminal, e a manutenção do tratamento não lhe traz benefícios, apenas sofrimento e dor.

Segundo Barroso e Martel (2012, p. 29 *apud* Orselli; Rosa, 2018, p. 408), esta Resolução busca contornar as deficiências e insuficiências de um Código Penal cuja parte especial é da década de 1940 do século passado. Nesta linha, invocando sua função disciplinadora da classe médica, bem como o artigo 5º, inciso III, da Constituição, pretendeu dar suporte jurídico à ortotanásia.

A Resolução nº 1.805/2006 estabelece, inclusive, que o médico deve ter um compromisso com o bem-estar de seus pacientes. Ele deve possuir um relacionamento de confiança com seus pacientes, que deverá ser construído a partir da comunicação clara entre ambos.

O médico deve levar em consideração a individualidade do paciente, fornecendo conselhos e informações adequadas e seguras. Além disso, o médico deve avaliar e preservar a dignidade e autonomia do paciente ao tomar decisões de cuidado com ele.

A relação médico-paciente deve ser caracterizada pelo respeito mútuo, pela compreensão e pela confiança. O médico deve tratar o paciente com empatia e compaixão. O paciente, por sua vez, deve sentir-se seguro em expressar seus desejos e preocupações sobre seu tratamento. O médico deve trabalhar com o paciente para atender às suas necessidades e para ajudá-lo a tomar decisões informadas sobre seu tratamento.

4.1.1 Resolução nº 1.995/12 e seus reflexos jurídicos

De acordo com Luciana Dadalto (2013), no dia 31 de agosto de 2012 o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução nº 1.995 dispondo sobre diretivas antecipadas de vontade. Esta é a primeira regulamentação sobre a matéria no país, com a qual o CFM segue a tradição de se posicionar sobre temas bioéticos antes do Poder Legislativo.

A Resolução nº 1.995 dispõe sobre diretivas antecipadas de vontade, também conhecidas como testamento vital. O documento regula a forma como as diretivas antecipadas de vontade devem ser feitas, garantindo os direitos e deveres das partes envolvidas.

A criação da resolução é um avanço considerável na discussão sobre o fim da vida. E nos parece simbolicamente relevante que esse passo tenha sido dado no interior do CFM, pois demonstra não só a necessidade prática da resolução, como também uma preocupação ética relevante com os pacientes em fase terminal. Entretanto, seu papel simbólico não é capaz de oferecer, do ponto de vista jurídico, um suporte técnico necessário para a eficácia da medida (Lopes Junior, 2015, p. 169).

Em observância técnica à historicidade do instituto, o CFM optou por reconhecer, em um mesmo documento, o testamento vital e o mandato duradouro, fato não compreendido pela imprensa brasileira – que frequentemente tem se referido à aprovação do testamento vital pelo Conselho.

Ela incentiva os pacientes a expressar suas vontades por meio de documentos legais, como testamentos, contratos de direitos de saúde, procurações, contratos de serviço de cuidados de saúde ou outras diretrizes. Estes documentos ajudam a garantir que os desejos dos pacientes sejam cumpridos, mesmo se eles forem incapazes de expressar suas vontades.

Dadalto (2013) expressa ser interessante notar que a resolução se refere, em suas considerações, ao paciente em estado terminal e na exposição de motivos, aos pacientes em fim de vida.

Ocorre que essas duas expressões não são sinônimas e podem gerar confusão na feitura e na aplicação das diretivas antecipadas. Isto porque o paciente terminal é aquele cuja condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, e que apresenta uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo. “Por sua vez, os pacientes em fim de vida podem ser entendidos como os terminais e, também, como aqueles que estão em estado de coma profundo e irreversível, ou ainda em estado vegetativo persistente (EVP) (Dadalto, 2013, p. 108).

A referida Resolução estabelece as Diretrizes Antecipadas de Vontade para o atendimento ao paciente. Estas diretrizes são destinadas a ajudar os médicos, outros profissionais de saúde e pacientes a se prepararem para comunicar e tomar decisões sobre tratamentos médicos, bem como para registrar e documentar seus desejos no caso de incapacidade.

As Diretrizes Antecipadas de Vontade incluem diretrizes para as discussões entre pacientes e profissionais de saúde, bem como para a documentação e registro destas discussões. Esta resolução também estabelece os princípios e responsabilidades de médicos e outros profissionais de saúde, incluindo o dever de proporcionar aos pacientes informações equilibradas, completas e precisas sobre os riscos, benefícios e alternativas dos tratamentos possíveis incentivando os médicos a discutir com seus pacientes seus desejos e diretrizes, como meio de ajudá-los a tomar decisões informadas sobre tratamentos médicos.

A Resolução determina, ainda, que as diretivas antecipadas de vontade devem ser feitas por escrito e assinadas pelo titular da vontade, seus representantes legais ou um procurador. Além disso, o documento deve conter um termo de aceitação assinado por um notário ou outro profissional apto a validar o ato.

Também prevê que o titular da vontade possa revogar ou alterar suas diretivas antecipadas de vontade a qualquer momento. Além disso, ela estabelece que o titular da vontade deve ser informado de seus direitos e obrigações em relação às diretivas antes de assiná-las. A Resolução nº 1.995 é uma importante ferramenta para garantir que os direitos e deveres das partes envolvidas sejam cumpridos. Ela também ajuda a proteger os direitos do titular da vontade, garantindo que suas decisões sejam respeitadas.

Dadalto (2013), verifica os reflexos jurídicos da Resolução nº 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina analisando as diretivas antecipadas no mundo, no intuito de entender o

instituto e, após, analisar o seu reflexo na área jurídica, entendendo que existe a necessidade de legislação específica sobre o tema no Brasil. Dadalto esclarece, ainda, o motivo de sua pesquisa:

Este artigo decorre de pesquisa realizada mediante revisão da literatura acerca da regulamentação das diretivas antecipadas em países que já legislaram sobre tal instituto, bem como de literatura jurídica e bioética específica sobre temas afetos às diretivas antecipadas como a capacidade, a suspensão de nutrição e hidratação e a formalização de manifestação de vontade (Dadalto, 2013, p. 107).

Como o CFM expressou em nota esclarecedora, a Resolução nº 1.995 respeita a vontade do paciente conforme o conceito de ortotanásia e não possui qualquer relação com a prática de eutanásia. “Em verdade, este esclarecimento apenas reafirmou o conceito basilar das diretivas antecipadas: não podem conter disposições contrárias ao ordenamento jurídico do país em que são propostas” (Dadalto, 2013, p. 109).

As diretivas antecipadas (*advanced care documents*), tradicionalmente, têm sido entendidas como o gênero do qual são espécies o testamento vital (*living will*) e o mandato duradouro (*durable power attorney*). Ambos os documentos serão utilizados quando o paciente não puder se expressar, livre e conscientemente – ainda que por uma situação transitória –, ou seja, as diretivas antecipadas, como gênero, não se referem exclusivamente a situações de terminalidade (Dadalto, 2013).

Enquanto o testamento vital refere-se a instruções acerca de futuros cuidados médicos ao quais uma pessoa que esteja incapaz de expressar sua vontade será submetida, ante um diagnóstico de terminalidade da vida, o mandato duradouro refere-se a simples nomeação de um terceiro para tomar decisões em nome do paciente quando este estiver impossibilitado – definitiva ou temporariamente – de manifestar sua vontade.

As diretivas antecipadas fundamentam-se nos princípios da autonomia, do respeito às pessoas e da lealdade e possuem como benefício a melhoria da relação médico-paciente, e a autoestima do paciente. Também, sem dúvida, propicia a diminuição de sentimento de culpa e indecisão nos parentes.

O mandato duradouro é o documento no qual o paciente nomeia um ou mais procuradores que devem ser consultados pelos médicos no caso de incapacidade temporária ou definitiva para tomar alguma decisão sobre tratamento ou procedimento quando não houver manifestação prévia de vontade ou, em havendo, se nesta há lacuna obscura que impeça a plena compreensão por parte de quem atende ao paciente. Saliente-se que o procurador de saúde decidirá com base na vontade do paciente.

Segundo os modelos de autonomia apontados por Beuachamp e Childress (2002 *apud* Dadalto, 2015) é possível inferir que o mandato duradouro se enquadra no modelo de julgamento substituto, no qual é necessário que a intimidade do decisor substituto com o paciente seja suficientemente profunda e relevante para que o julgamento reflita os objetivos e as opiniões do paciente.

Em contrapartida, o testamento vital é um documento no qual uma pessoa capaz pode indicar seu desejo de que se deixe de lhe aplicar um tratamento em caso de enfermidade terminal. Este documento enquadra-se no modelo denominado por Beuachamp e Childress como de pura autonomia, vez que neste há expressa manifestação de vontade do paciente, feita enquanto capaz.

A coexistência do mandato duradouro e do testamento vital em um único documento é possível e salutar para o paciente, contudo, como a aplicabilidade do mandato duradouro não se restringe a situações de terminalidade da vida, para o procurador seria interessante que se fizesse um testamento vital contendo a nomeação de um procurador (mandato duradouro) e, concomitantemente, um mandato duradouro nomeando o mesmo procurador – para que não haja conflito entre os documentos –, a fim de que este possa agir em situações que não envolvam terminalidade.

Muito se questiona sobre os efeitos jurídicos da Resolução do CFM nº 1.995/12. Primeiramente, é preciso ressaltar que esta resolução, como as demais do CFM, têm força de lei entre a classe médica, ou seja, se não se pode afirmar que as diretivas antecipadas de vontade estejam legalizadas no Brasil, é preciso reconhecer que se constitui grande passo na discussão sobre o tema no país. Há pouco tempo, essa discussão ainda era incipiente, existiam apenas artigos científicos de periódicos de bioética que tratavam a temática de maneira abrangente.

Dadalto (2013, p. 107) afirma que no âmbito das situações jurídicas que envolvam médicos e pacientes, capacidade de fato não é, sempre, sinônimo de discernimento, pois é possível que um paciente seja civilmente capaz, mas o médico constate que ele está utilizando medicamentos que afetem suas faculdades mentais ou, ainda, que a doença esteja afetando sua possibilidade de fazer escolhas autônomas. Ou seja, na verdade, está-se questionando a capacidade de o paciente tomar uma decisão e entender as informações prestadas pelo médico, e não a capacidade deste moldada ao Código Civil de 2002.

Na opinião da autora, a capacidade, entendida como discernimento, é requisito essencial para a validade do consentimento prestado. Contudo, a capacidade civil é mera formalidade, não devendo ser levada em conta para aferir a validade do consentimento

informado do paciente, pois, no caso concreto, deve-se verificar se à época da manifestação do consentimento o paciente estava em pleno gozo de suas funções cognitivas e não se este se enquadrava no conceito de pessoa capaz civilmente.

Existem quatro princípios que orientam os cuidados paliativos. O primeiro é o da proporcionalidade terapêutica, segundo o qual há uma obrigação moral de se implementar todas as medidas terapêuticas que tenham proporção entre os meios empregados e o resultado previsível; o segundo, é o do duplo efeito, que dispõe acerca da necessidade de se averiguar a razão proporcional entre os tratamentos que tenham duplo efeito; o terceiro, é o da prevenção, em que se deve prever possíveis complicações e sintomas que frequentemente se apresentam a portadores de determinada doença; o quarto, e último, é o do não abandono e do tratamento da dor, segundo o qual o médico não pode abandonar o paciente, exceto em casos de objeção de consciência, e deve controlar a dor (Dadalto, 2013, p. 110).

Assim, qualquer tratamento ou procedimento que não esteja orientado por estes princípios pode ser considerado extraordinário e, portanto, passível de ser recusado pelo paciente, até mesmo a hidratação e nutrição, pois restou provado em vários estudos, que em casos extremos o organismo do paciente não absorve mais nutrientes e a nutrição e hidratação podem, até mesmo, causar desconforto. Logo, é imperioso que nova resolução do CFM e até mesmo uma legislação federal aclarem essa situação.

A Resolução do CFM nº 1.995/12 estabelece, no parágrafo segundo do artigo segundo, que o médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente, ou seja, o CFM regulamentou que o papel dos médicos é apenas registrar no prontuário os desejos do paciente. Contudo, o papel do profissional vai bem além da transcrição da vontade do paciente. A ele cabe não apenas transcrever as diretivas antecipadas, mas auxiliar o paciente, esclarecendo quanto aos tratamentos e procedimentos que podem ou não, ser recusados. Sendo assim, entende-se como imprescindível a orientação do médico de família do declarante para a realização das diretivas antecipadas. Inclusive, essa orientação é garantidora de que o conteúdo das diretivas antecipadas realmente expressa a real vontade do paciente, bem como observar os ditames do Código de Ética Médica. Enfim, a postura do médico deve ser ativa na feitura das diretivas antecipadas.

4.1.2 Resolução nº 2.156 de 2016 atualizada em 19 de outubro de 2020

Altera o anexo I da Resolução CFM nº 2.056/2013 e dispõe sobre a nova redação do manual de história e fiscalização da medicina no Brasil. Altera o texto do anexo II –Da anamnese das prescrições e evoluções médicas–da Resolução CFM nº 2.057/2013, publicada no D.O.U. de 12 de nov. de 2013, Seção I, p. 165171 e revoga o anexo II da Resolução CFM nº 2.056/2013, publicada no D.O.U de 12 de novembro de 2013, Seção I, p. 162-3 e o anexo II da Resolução CFM nº 2073/2014 publicada no D.O.U. de 11 de abril de 2014, Seção I, p. 154 (CFM, 2020).

De acordo com a resolução em comento, a anamnese colhe a história clínica do paciente, contendo dados históricos da doença atual, patológica pregressa, histórico da família e dados de vida como idade, peso e possui sendo suas diretrizes constituídas pelo artigo 5º da Resolução nº 2.153/2016, do Conselho Federal de Medicina, alterando o texto do Anexo II “Da anamnese das prescrições e evoluções médicas” da Resolução nº 2.057/2013, do conselho supracitado, o qual consolida a regularização dos atos médicos e traz o roteiro de anamnese em psiquiatria, o qual é utilizado como orientação para todas as áreas da medicina, porém, sendo a utilização do padrão de cunho obrigatório para as especialidades de psiquiatria, neurologia, neurocirurgia e geriatria.

O referido dispositivo legal prevê que para que o prontuário médico atenda as exigências previstas pelo Código de Ética Médica, a anamnese deve abordar os seguintes elementos: A identificação do paciente, contendo o nome completo e nome social, idade na data do atendimento, data de nascimento, filiação com nome completo dos genitores ou responsáveis legais do paciente, o estado civil, a raça, o sexo, a religião, a profissão, a naturalidade especificando a cidade de nascimento do paciente, além de seu endereço domiciliar e telefones para contato.

A queixa principal, na qual deve conter breve descrição sobre os motivos da consulta, ou seja, por qual razão o paciente buscou o atendimento médico, sob o viés clínico da medicina, como busca por realização de exames, continuidade de tratamento anterior consulta de retorno, orientação preventiva, atestado de saúde para fins jurídicos, entre outros.

A história da doença atual, que deve contar o relato do adoecimento, como os principais sintomas sofridos pelo paciente, a data de início, tempo médio de duração dos episódios sintomáticos, a forma da evolução dos sintomas e as consequências, os tratamentos já realizados sobre esse adoecimento específico e outros anteriores que possuam correlação, histórico de internações, assim como outras informações relatadas pelo paciente que o profissional julgar relevante para a atribuição de diagnóstico ou tratamento.

A história familiar, devendo conter as doenças pregressas na família e casos de óbitos em parentes próximos que possam indicar hereditariedade do diagnóstico. Se faz necessário o relato quanto ao estado de saúde dos pais do paciente e, se falecidos, a indicação da idade e causa do óbito, assim como a ocupação profissional dos genitores; assim como o número de filhos na prole e a forma de relacionamento familiar do paciente, considerando seus parentes ascendentes e colaterais em linha direta.

4.1.3 Resolução nº 2.232 de 2019

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e regulamentada pelo Decreto nº 4.4045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 Considerando que a Constituição Federal (CF) elegeu a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República [...] Resolve [...] Art. 1º A recusa terapêutica é, nos termos da legislação vigente e na forma desta Resolução, um direito do paciente a ser respeitado pelo médico, desde que esse o informe dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão. [...]. Exposição de motivos: O Código de Ética Médica (CEM) atribuiu ao paciente a condição de parte principal da relação com o médico, legitimada em um vínculo de respeito mútuo que se materializa no consentimento livre e esclarecido O consentimento livre e esclarecido não foi concebido como instrumento de proteção contra riscos da profissão, como se fosse um seguro de responsabilidade civil para proteger o médico, mas, sim, como garantia da autonomia e da dignidade do paciente [...] (CFM, 2019).

Gabriela Rondon (2019) cita que em setembro de 2019, a resolução nº 2.232 do Conselho Federal de Medicina ganhou repercussão e grande importância ao estabelecer normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente.

[...] a Resolução regulamenta relevante conquista da sociedade brasileira materializada na Constituição Federal, nas leis em geral e no Código de Ética Médica. O Conselho Federal de Medicina, ao aprová-la, cumprirá, uma vez mais, o seu compromisso com respeito à dignidade da pessoa humana, atendendo a uma antiga demanda de médicos e de pacientes (CFM, 2019).

A Resolução nº 2.232 de 2019 é uma legislação da medicina brasileira que tem como objetivo regular a atuação da medicina dentro do território nacional. Esta resolução tem como foco principal a qualidade dos serviços de saúde, por meio do reconhecimento e regulamentação do exercício da medicina.

Esta resolução prevê a criação de padrões de qualidade para as práticas médicas, no que se refere ao acesso, à gestão de riscos, à segurança do paciente, à educação continuada, à qualidade da informação e à informatização. Além disso, ela estabelece diretrizes para o registro e a certificação dos profissionais de saúde, assim como para o controle de medicamentos e o monitoramento de medicamentos. Esta regulamentação acabou por fortalecer a medicina brasileira, ao garantir a qualidade dos serviços prestados.

A principal divergência ocorreu face ao artigo 5º, § 2º, que cria uma situação específica para mulheres grávidas no acesso à saúde: prevendo que a recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto. Nessa situação, o caput do artigo indica, “a recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico. “Sequer seria necessário chegar até o artigo 5º para concluir pela inconstitucionalidade da resolução”. (Rondon, 2019, p. 1).

A capacidade de tomar decisões autônomas e eticamente relevantes sobre a própria vida, saúde e integridade é uma decorrência clara da proteção à dignidade da pessoa humana, nada menos que um dos fundamentos da República.

Entre os princípios que organizam o Sistema Único de Saúde (Lei nº 8080/90), está “a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”.

Rondon (2019) aduz que o Código Civil, no seu artigo 15, determina que ninguém pode ser constrangido a submeter-se a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica. Tão grave é a intervenção médica realizada sem consentimento que pode ser tipificada sob o crime de constrangimento ilegal, como disposto no artigo 146 do Código Penal, o qual apenas exime de pena a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida.

Qualquer outra intervenção não autorizada pode, então, provocar a persecução criminal do profissional de saúde que não respeita a vontade do indivíduo.

Infelizmente, a resolução nº 2.232 não se restringe a organizar os parâmetros de ética médica que ajudariam os profissionais de saúde a respeitar tais direitos. No artigo 2º, estabelece uma restrição indevida do direito de recusa apenas a tratamentos eletivos, nos artigos 3º e 4º, afasta a possibilidade de crianças, adolescentes e pessoas em sofrimento mental ou com deficiência intelectual recusarem tratamento “em caso de risco relevante à saúde”, ainda que estejam assistidos por representantes legais. Para todas essas situações, prevê a quebra de sigilo médico para informar autoridades sobre a recusa e, conforme indica o artigo 6º, “assegurar o tratamento proposto (Rondon, 2019, p. 1).

O Conselho Federal de Medicina, assim como os Conselhos Regionais a ele vinculados, são órgãos disciplinadores da classe médica, mas sua competência regulamentadora da profissão, por óbvio, é restrita ao que os marcos constitucionais e legais autorizam. Não está incluída entre as atribuições do CFM a possibilidade de normatizar sobre direitos de pacientes, em outras palavras, os direitos de todos em processos privados de saúde e adoecimento.

4.1.4 Recomendação nº 1 de 2016

A Recomendação CFM 1/2016 especifica que o princípio de respeito à autonomia (do paciente) tornou-se, ultimamente, a principal ferramenta conceitual da ética aplicada, sendo que está em discordância ao paternalismo médico. Quando se analisa o conceito de autonomia entende-se que sua definição é maior do que a de capacidade civil, porém, estão enraizadas na bioética algumas regras e princípios importantes para a compreensão do tema (Pazinatto, 2019, p. 236).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou em 2016 a Recomendação CFM 1/2016 que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido na assistência médica. A citada recomendação sugere ao médico afastar da relação com o paciente o paternalismo que perdurou por longo tempo. Dessa forma, se respeitaria a autonomia do paciente, que deve saber os diagnósticos, prognósticos e tratamentos indicados.

O propósito é garantir que informações claras e objetivas tenham mais segurança quanto ao ato médico permitindo ao paciente consentir ou declinar da terapêutica proposta.

A Recomendação 1/2016 do CFM é baseada na Teoria dos Princípios expostos por Beauchamp e Childress (2002 *apud* Pazinatto, 2019) quando a bioética de intervenção recomenda que os casos efetivos sejam analisados também de acordo com os princípios estabelecidos, preservando-se as vulnerabilidades de cada pessoa e do país em que está sendo utilizada a medicina.

O Brasil tem como característica a grande desigualdade social, por isso é importante considerar a vulnerabilidade das pessoas para que seja transposto o obstáculo do desconhecimento permitindo, então, comunicação eficaz entre médico e paciente.

De acordo com a Recomendação CFM 1/2016, para que se obtenha o consentimento é preciso que existam elementos iniciais, informativos e compreensão da informação. Primeiramente se considera nesta avaliação comportamental se o paciente tem condições de

receber as informações, se está preparado para isso, e se a situação favorece a decisão autônoma.

Se o doente não se encontrar totalmente preparado, o médico poderá prestar as informações “a conta gotas”, isto é, aos poucos, no sentido de maior proteção. Havendo dúvidas quanto à autonomia, o profissional médico deve ponderar se, de modo geral, a terapêutica e os riscos e benefícios do tratamento foram entendidos plenamente.

O médico sempre deverá informar ao paciente as condições de saúde em que ele se encontra, assim como a terapêutica indicada. Tal obrigação não transfere sua responsabilidade de médico, porém, dá a ele a oportunidade de opinar sobre o que deseja fazer com seu corpo fazendo também escolhas que vão ser essenciais para sua qualidade de vida.

Quando for o caso, o paciente deve, em certos casos, pedir ajuda à família ou aos responsáveis, e ao próprio médico, para que seja indicado um tratamento específico, “respeitando os princípios da beneficência e não maleficência” (Pazinatto, 2019, p. 237).

Pazinatto (2019) expõe que, por muito tempo, a relação médico-paciente apresentou fortes traços de paternalismo, quando o médico dirigia o paciente e decidia como tratá-lo. Com a evolução do princípio da autonomia, tal relação se fragilizou, sendo imprescindível uma comunicação mais horizontal.

A Recomendação do Conselho Federal de Medicina 1/2016 atribui ao médico a responsabilidade de desenvolver a relação mais apropriada ao paciente, estabelecendo conexões mais igualitárias.

No preâmbulo da Recomendação CFM 1/2016, “consentimento livre” se define como o ato decisório com a concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, depois da informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados.

Para que haja a prática de um ato decisório com a concordância e aprovação, acredita-se que o paciente seja capaz e tenha autonomia para compreender as informações recebidas sobre sua saúde e deliberar com liberdade.

Conforme esclarece a seção 7.2 do anexo desta recomendação, “capacidade” é o elemento básico do consentimento e pode ser definida como a aptidão necessária para que uma pessoa exerça, pessoalmente, os atos da vida civil. A capacidade é a medida jurídica da personalidade, ou seja, para ser capaz de agir por si mesma, a pessoa deve preencher requisitos do ordenamento jurídico brasileiro. Dessa maneira, caso tenha alguma restrição legal aos atos da vida civil, ela deve se valer de assistência ou representação, dependendo de sua idade ou incapacidade (Pazinatto, 2019, p. 235).

O consentimento livre resulta da relação cordial entre médico e paciente, quando não há vícios ou constrangimentos. Ao consentir presume-se que o paciente esteja de acordo com o tratamento depois de receber as devidas explicações sobre sua doença e as possibilidades de tratamento e cura. Para esse consentimento, o paciente deve estar com a total capacidade mental sem que haja qualquer impedimento legal.

É importante entender que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) resulta da boa assistência médica, na qual o médico estabelece comunicação com o enfermo, e este termo é assinado, tanto pelo paciente quanto pelo profissional.

Na obra *Direitos do Paciente*, Rachel Sztajn (2012 *apud* Pazinato, 2019) explica que, para os bioeticistas, a autonomia é entendida como sendo a faculdade da pessoa para decidir sobre sua vida sem qualquer coerção. No entanto, segundo Sztajn, preocupa o fato de transformar o poder de se autogovernar no tocante que concerne à saúde em obrigação.

Quando se altera a relação médico-paciente outrora paternalista, em relação contratual, o profissional de saúde poderá achar que o enfermo é simplesmente um consumidor. O que antes era relação de confiança fica parecendo consumo, convertendo obrigação de meio em obrigação de resultado.

Para que o médico considere autônomo um indivíduo, é necessário que a pessoa entenda os fatos materiais, o prognóstico da doença, as alternativas de tratamento e suas consequências. O médico deve explicar os riscos envolvidos, ainda que remotos, para que o paciente possa consentir ou recusar as opções oferecidas. Além disso, para que o consentimento seja esclarecido, é importante o profissional de saúde informar de maneira clara e objetiva para garantir maior segurança ao ato médico. Somente assim o paciente poderá consentir ou não com a terapêutica indicada para sua doença.

4.2 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

A Terminalidade da vida na medicina refere-se ao processo de preparação para a morte ou ao cuidado de pessoas com doenças debilitantes ou incuráveis. Esta abordagem tem como objetivo oferecer suporte e cuidado às pessoas que vivem com doenças graves ou condições de saúde que não podem ser curadas.

O objetivo é permitir que a pessoa viva o melhor possível enquanto enfrenta sua doença e se aproxima da morte. A terminalidade da vida na medicina envolve cuidar da saúde física e mental da pessoa, além de oferecer suporte emocional e espiritual para ela e sua família. Também é importante oferecer informações sobre os cuidados paliativos, que são

cuidados médicos especiais que visam aliviar o sofrimento. Outras possíveis áreas de cuidado incluem ajuda com as decisões sobre cuidados no final da vida e ajuda financeira.

A terminalidade da vida pode originar, em qualquer pessoa, desconforto e angústia consideráveis principalmente nos doentes oncológicos. Por esse motivo, levantam-se dilemas éticos especiais, dependentes em grande parte do ambiente cultural, bem como de convicções religiosas e, mais recentemente, de pressões econômicas e sociais pela escassez de recursos destinados à saúde (Nunes, 2016).

Na medicina, a terminalidade da vida pode ser oferecida por profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde mental. Estes profissionais estão bem equipados para ajudar as pessoas a lidar com a doença, responder às perguntas sobre o prognóstico e ajudar a família a se preparar para o futuro. Além disso, os profissionais de saúde podem trabalhar em estreita colaboração com o paciente, a família e outros cuidadores para oferecer o melhor cuidado possível.

O Professor Rui Nunes, em seu artigo “Testamento Vital” defende que a legalização das Diretivas Antecipadas de Vontade é uma grande conquista civilizacional que remete, mas não se esgota, no direito à autodeterminação da pessoa em matéria de cuidados de saúde e enfatiza que:

O direito à autodeterminação enquadra-se num contexto onde os profissionais de saúde e os doentes se encontram frequentemente como “estranhos morais”, coexistindo distintas visões do bem comum. Recorde-se que, na sociedade plural, os cidadãos são mais críticos e exigentes, não aceitando a imposição coerciva de nenhuma ortodoxia de pensamento. O conceito de autonomia refere-se, então, à perspectiva de que cada ser humano deve ser verdadeiramente livre, dispondo das condições mínimas para se autorrealizar. O Testamento Vital é a expressão mais vinculada da vontade previamente manifestada por parte do doente. Trata-se de uma reinvenção da doutrina do consentimento segundo a qual este não produz efeitos no imediato, mas antes no futuro, mais ou menos próximo, isto é de um modo prospectivo (Nunes, 2016, p. 99)²

Nunes (2016) destaca que o Testamento Vital surgiu com a intenção de permitir a uma pessoa, desde que devidamente esclarecida pudesse recusar certo tipo de tratamento que acredita ser inaceitável. Assim, a degradação da qualidade de vida de alguns doentes terminais robustece a possibilidade de exercer a liberdade de autodeterminação.

Existem duas qualidades geralmente reconhecidas ao Testamento Vital: a) contribuição para o *empowerment* dos doentes, reforçando o exercício do seu legítimo direito

² Rui Nunes, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina do Porto, Presidente da Associação Portuguesa de Bioética.

à autodeterminação em matéria de cuidados de saúde, nomeadamente no que respeita à recusa de tratamentos desproporcionais; e b) facilitação do *advance care planning*, ou seja do planeamento assistencial no momento da morte, dado que esta, por diversas ordens de razões, é pura e simplesmente ignorada por muitas pessoas e por alguns profissionais de saúde.

A utilização do Testamento Vital como elemento estrutural da decisão médica – e não apenas com valor indiciário – implica que alguns requisitos básicos do consentimento sejam adequados a esta nova modalidade de decisão (Nunes, 2016).

De acordo com o autor, a criação *online* de um Registro Nacional de Testamento Vital (RENTEV) garantiria que apenas os documentos recentes, com um período de validade predefinido fossem válidos, permitindo também a revogação do consentimento até à prática do ato e na medida em que existir competência, o doente pode desistir do que expressou no Testamento Vital.

Terminado o prazo de validade, se o enfermo “ficar incapaz de decidir, o Testamento Vital manteria o seu valor dado que representa a vontade previamente manifestada do doente, desde que não existam dados que permitam supor que o doente alteraria a sua decisão” (Nunes, 2016, p. 110).

4.2.1 Princípios para a legalização do Testamento Vital

Segundo Nunes (2016) os princípios se dividem em oito:

1- Limitação a pessoas capazes, competentes, maiores de idade e não inibidas por anomalia psíquica; 2- Informação e esclarecimento adequados, por intermédio de um médico com formação técnica apropriada; 3- Efeito compulsivo na decisão médica e não meramente indiciário; 4- Existência de um formulário-tipo com o objetivo de padronizar procedimentos; 5- Possibilidade de revogação a qualquer momento e sem qualquer formalidade; 6- Renovação periódica da manifestação de vontade; 7- Certificação perante um notário para garantir a autenticidade e evitar influências indevidas na esfera da decisão pessoal; 8- Criação no âmbito do sistema de saúde de um Registro Nacional de Testamento Vital (RENTEV), para agilizar o acesso ao Testamento Vital em tempo real por parte dos profissionais de saúde (Nunes, 2006, p. 110).

Doutor Rafael Esteves (2015) em sua tese intitulada “A legitimação bioética e jurídica das diretivas antecipadas sobre a terminalidade da vida no Brasil”, destaca que no espaço científico, pode-se constatar que as diretivas são tratadas com certa timidez. A falta de leis, ou talvez as características específicas na configuração da relação médico-paciente e todas as

circunstâncias que envolvem a terminalidade no país, podem ser fatores de desestímulo a tal empreendimento. E ainda afirma que “de forma geral, não obstante sua relevância, não há atualmente um número significativo de trabalhos que tenham como tema o estudo das diretivas antecipadas ou das suas modalidades no Brasil” (Esteves, 2014, p. 44).

4.2.2 Tomadas de decisão

Relata Freitas (2014, p. 63), que o médico nem sempre está preparado para lidar com a pessoa idosa em estado terminal de sua doença, quando o caso não pode ser revertido, ainda que parcialmente e não exista medida terapêutica a ser aplicada.

Citando Paranhos (2011 *apud* Freitas, 2014) a doutora supramencionada afirma, entretanto que, mesmo com todo o empenho técnico e mecanismo tecnológico dos cuidados críticos, a cura não é sempre possível. “No entanto, o tratamento intensivo requer o cuidado do doente como um todo e não apenas perseguir o prolongamento da vida a qualquer custo, perpetuando, afinal, a dor e o sofrimento” (Freitas, 2014, p. 63).

Em determinados casos a autonomia pode estar limitada, por exemplo, a pessoas idosas com doenças mentais, com desordens emocionais ou *déficits* cognitivos. Segundo o entendimento de Freitas (2014), se a autonomia para escolher está impedida, a equipe pode estar obrigando o paciente a ter um tratamento que ele nunca escolheria, por isso o proceder correto é que se lance mão de todos os recursos disponíveis para procurar recuperá-lo.

Há necessidade de se estabelecer limites entre o ato que limita a autonomia e o ato benéfico do médico em relação às pessoas idosas, aquelas com demência e as que estão em estado terminal. Não deve existir tomada de decisões sem que sejam observadas preferências individuais e o que representa ser o melhor, isto é, “beneficiar de fato o enfermo, reconhecendo o que ele pensa ser o melhor, além de proteger e defender os direitos deste” (Freitas, 2014, p. 70).

De acordo com o modelo tradicional da relação entre médico e paciente, o médico representa a autoridade detentora do conhecimento técnico e científico, advoga a favor da postura supostamente correta em nome do que é melhor para o doente e, assim, tende a inibir a participação do representante do paciente nos momentos de tomada de decisão sobre as ações a serem adotadas (Vincent, 1999 *apud* Freitas, 2014, p. 71).

Os médicos estão, em maioria de oportunidades, pouco familiarizados com os conhecimentos bioéticos necessários que permitam lidar com os conflitos que existem e os

aspectos morais que possam existir na decisão e por isso acabam aceitando pareceres técnicos, sem justificativa plausível, prejudicando, assim, a população idosa, influenciando a decisão de modo discriminatório (Machado, 2006 *apud* Freitas, 2014, p. 70).

Convém ressaltar ainda, o grande avanço tecnológico e os investimentos na área da saúde, que possibilitam tratamentos inovadores para paciente com doenças graves, além do decorrente aumento da longevidade.

4.2.3 Decisões Judiciais

As pessoas, por vezes, constataam que existe limitação em seus direitos para praticar determinado ato, e nesse caso ingressam no Judiciário solicitando autorização para ter seus direitos respeitados através da lei existente. “O Poder Judiciário também pode ser acionado por terceiros para impor ao indivíduo que proceda de acordo com alguma norma legal ou moral cabendo ao juiz apresentar uma solução jurídica, e de profunda perspectiva moral, havendo ou não legislação para auxiliar na construção da resposta para a questão” (Vilardo, 2014, p. 14).

Quando o juiz decide um caso judicial sobre questão da bioética clínica, deve decidir não só sobre o aspecto legal do caso, como também sobre o seu aspecto moral. O julgador possui seus próprios valores morais que não devem influenciar na decisão, especialmente, por vivermos em uma sociedade plural, necessitando de método adequado para organizar seu raciocínio, para interpretar a lei vigente com base na ordem Constitucional e para concluir, sem discriminação ou violação a direitos individuais e sociais (Vilardo, 2014, p. 13).

A autora expõe seu pensamento a respeito dos casos em que não há consenso aduzindo que as teorias da bioética ajudam na análise da questão e auxiliam o juiz nas suas decisões.

Existe a possibilidade desse magistrado rever sua decisão aplicando uma teoria ou princípio da bioética de modo talvez inconsciente e conceder direitos nessa área. “Em contraposição, quando decide de forma conservadora, repetindo os ditames da lei ou o senso moral comum, viola um ou mais dos princípios bioéticos” (Vilardo, 2014, p. 13). A decisão deve ser fundamentada e justificada, de acordo com a lei em vigor, atendendo às orientações da Constituição Federal de 1988.

4.2.4 Estudo de Casos Sobre Autonomia de Pessoa Idosa

4.2.4.1 Caso 1 – Apelação Cível nº 0223453-79.2018.21.7000 - TJRS

Trata-se de idoso, com 79 anos, ex-hanseniano, usuário-morador no Hospital Colônia Itapuã, localizado no Município de Viamão, que se encontrava com seu pé esquerdo, em processo de necrose, resultante de uma lesão, com indicação clínica de amputação do referido membro, desde o mês de dezembro 2012.

Embora o idoso estivesse apresentando um quadro de anemia acentuada resultante do direcionamento da corrente sanguínea para a lesão tumoral, este se recusava terminantemente a se submeter à amputação prescrita pelo médico.

A equipe hospitalar, destaca que o pé do idoso apresentava um tumor infectado e que estava se proliferando, causando infecção óssea, quadro este que evidenciava septicemia (infecção generalizada), que poderia levá-lo à óbito.

Foi destacado ainda pela equipe hospitalar, que a psiquiatra relatava que o idoso era lúcido e não apresentava sinais de demência e que segundo o laudo da psicóloga, relatava que o paciente desistia de viver para aliviar seu sofrimento.

Diante de toda a situação, em 10 de abril de 2013, o diretor geral do hospitalar procurou o Ministério Público, que entrou com a ação de Alvará Judicial para Suprimento de Vontade do Idoso, fundamentando todos os fatos expostos pela equipe hospitalar, sendo requerida a autorização da amputação do pé do idoso.

Em primeira instância, o magistrado indeferiu o pedido de suprimento de vontade do idoso, argumentando que o caso não era de urgência, que o paciente era pessoa capaz, que a doença não era recente e que ele teria livre escolha para agir, estando provavelmente, consciente de eventuais consequências, que não cabia a interferência do Estado, mesmo que pudesse ocorrer o advento morte.

Diante da sentença, e inconformada, a Promotoria de Justiça interpôs recurso de apelação, no qual relata que o paciente encontrava-se em depressão grave, sem a mínima condição de se auto cuidar, que o idoso corria risco de morrer em virtude de infecção generalizada caso não realizasse a amputação. Argumentou ainda que o idoso não tinha condições psíquicas de recusar validamente o procedimento cirúrgico, porquanto apresentava um quadro depressivo, conforme os laudos médicos que estavam anexados aos autos. Ressaltou que: *deve-se reconhecer a prevalência do direito à vida, indisponível e inviolável em face da Constituição Federal, a justificar a realização do procedimento cirúrgico, mesmo*

que se contraponha ao desejo do paciente, uma vez que reflete o próprio direito à sua sobrevivência frente à doença grave que enfrenta, bem porque não possui ele condições psicológicas de decidir, validamente, não realizar a cirurgia, ante o quadro depressivo que o acomete.” Requerendo o provimento do recurso de apelação.

Os autos chegaram na segunda instância e foram remetidos à Promotoria que no parecer teve entendimento contrário da Promotoria de primeira instância. Sugeriu o *Parquet*, que se o hospital entendesse que o paciente não apresentava capacidade de decisão, deveria o Ministério Público ter ajuizado ação de interdição. E assim, opinou pelo desprovimento do recurso de apelação e que fosse mantida a sentença recorrida.

O Desembargador relator do recurso de apelação, ressaltou a singularidade do caso posto à sua apreciação e na verdade, portou-se do biodireito para iniciar os conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia.

Sobre a eutanásia, considerou ser “chamada de “boa morte”, “morte apropriada”, suicídio assistido, crime caritativo, morte piedosa, assim entendida aquela em que o paciente, sabendo que a doença é incurável ou ostenta situação que o levará a não ter condições mínimas de uma vida digna, solicita ao médico ou a terceiro que o mate, com o objetivo de evitar os sofrimentos e dores físicas e psicológicas que lhe trarão com o desenvolvimento da moléstia, o que, embora todas as discussões a favor e contra, a legislação brasileira não permite”.

Em relação à distanásia, afirmou que “é também chamada de “obstinação terapêutica” (*L’archement thérapeutique*) e “futilidade médica” (*medical futility*), pela qual tudo deve ser feito, mesmo que o tratamento seja inútil e cause sofrimento atroz ao paciente terminal, quer dizer, na realidade não objetiva prolongar a vida, mas o processo de morte, e por isso também é chamada de “morte lenta”, motivo pelo qual admite-se que o médico suspenda procedimentos e tratamentos, garantindo apenas os cuidados necessários para aliviar as dores, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”.

Acerca da ortotanásia, esclareceu o Desembargador “que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar o sofrimento, morte sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural, o que vem sendo entendido como possível pela legislação brasileira, quer dizer, o médico não é obrigado a submeter o paciente à distanásia para tentar salvar a vida”.

E após explicitar cada um dos elementos, posicionou-se, que o caso se inseria na dimensão da ortotanásia, citou a Resolução nº 1.805/2006 do CFM, mas não quis adentrá-la,

preferindo ficar no âmbito constitucional e infraconstitucional. Resumiu que o direito à vida, garantido pelo artigo 5º, caput, deve ser combinado com princípio da dignidade da pessoa, previsto no artigo 2º, inciso III, ambos da Constituição Federal. Que não existe obrigação constitucional de viver e cita como exemplo o Código Penal que não criminaliza a tentativa de suicídio. E através das afirmações, aduz que a Constituição institui o direito à vida e não o dever à vida, razão pela qual não se admitia que o paciente fosse obrigado a se submeter a cirurgia.

Disse que existe razoável doutrina especializada no sentido da previsão da ortotanásia e citou como exemplo o artigo de autoria do Dr. Thiago Vieira Bomtempo: *ANÁLISE CONSTITUCIONAL DA ORTOTANÁSIA: O DIREITO DE MORRER COM DIGNIDADE*, que está disponível em seu portal jurídico na *Internet*. https://www.tjrs.jus.br/novo/busca/?return=proc&client=wp_index.

Que no artigo acima citado, o entendimento é de que *não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento, embora haja o dever estatal de que os melhores tratamentos estejam à sua disposição*.

Ainda afirma o Desembargador que se o paciente se recusa ao procedimento de amputação de seu pé e que o Estado não pode invadir essa esfera e proceder contra a sua vontade. O Desembargador, lembrou do Papa João Paulo II, que ao promulgar em 1995, a *Encíclica Evangelium Vitae*, condena apenas a eutanásia e a distanásia, calando-se quanto à ortotanásia e que como sabido, a Igreja Católica é bastante rígida nos temas relativos ao fim da vida.

O Desembargador comenta que a manifestação de vontade vem sendo chamada de Testamento Vital, como figura na Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina, na qual consta que *Não se justifica prolongar sofrimento desnecessário, em detrimento à qualidade de vida do ser humano*.

Segundo o Desembargador, no âmbito infraconstitucional, especificamente no artigo 15 do Código Civil, que dispõe que “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. Que sobre o fato de o dispositivo proibir quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo, a pessoa pode ser constrangida a tratamento ou intervenção cirúrgica, principalmente mutilatória do seu organismo.

Por fim, comentou o lado muito louvável da preocupação da Promotoria de Justiça que subscreveu a inicial e o recurso de apelação, bem como do médico que assiste o autor, mas por outro lado não se pode desconsiderar o trauma da amputação, causando-lhe sofrimento

moral, de sorte que a sua opção não é desmotivada. Que nas circunstâncias, e a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, entende que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez seu Testamento Vital no sentido de não se submeter à amputação, com riscos inerentes à recusa. O Desembargador negou provimento ao recurso de apelação e seu voto foi acompanhado por unanimidade.

Considerando a decisão proferida pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, em face do recurso de apelação, existe observação de alguns equívocos. O Desembargador se preocupou em levar conceitos retirados do biodireito, como as diferenças entre, eutanásia, distanásia e ortotanásia. Logo, o caso foi comparado à ortotanásia, que teve o conceito de morte certa no seu tempo certo, sem prolongamentos por meios artificiais.

No caso em análise, não resta dúvida de que a prescrição da amputação ao idoso, pelo médico, mostra-se apta a curar o idoso, que estava acometido por uma infecção que necessitava da retirada do membro necrosado para continuar a viver. Não há que se falar em ortotanásia, tendo em vista que o paciente idoso não se encontrava com doença terminal. Sendo o fato caracterizado como recusa a tratamento médico.

Outro equívoco no caso, foi sobre o testamento vital, documento que já discorreremos acerca nesta dissertação. O Desembargador manifestou em seu voto que o idoso teria feito um testamento vital, quando se recusou a se submeter ao procedimento da amputação, mas analisando cautelosamente o caso em contexto, verifica-se que o paciente idoso não possuía um testamento vital. Este apenas manifestou sua vontade, após ser informado de seu quadro e tratamento devido, e diante de sua lucidez não quis ter seu membro amputado.

O mais importante no caso, é que o Desembargador concluiu o seu voto no sentido de garantir que o paciente idoso não poderia ser obrigado a se submeter a procedimento sem a sua anuência, por isso negou provimento à apelação do Ministério Público, sendo seu voto acompanhado pelos demais desembargadores que participaram da sessão. Com esse caso, está claro o direito ao respeito à autonomia da pessoa idosa lúcida.

4.2.4.2 Caso 2 – Agravo de Instrumento nº 0057265-57.2020.8.19.0000 - TJRJ

Trata-se de paciente idoso internado, portador de diabetes mellitus internado com quadro de gangrena mista do membro inferior, irreversível até o joelho, com áreas de necrose, com risco de evolução do quadro para infecção generalizada e óbito, com indicação de amputação em caráter urgente, sendo recusada pelo mesmo.

O filho do paciente, ora autor, entrou com ação judicial para obtenção de tutela de urgência, assistido pela defensoria pública, com o pedido de submeter seu pai, ora réu, à intervenção cirúrgica de amputação do membro inferior, necessária à preservação de sua vida.

Justifica o filho, que seu pai está internado no Hospital Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro e necessita de intervenção cirúrgica urgente com risco de vir a óbito; que inclusive já foi levado por três vezes ao centro cirúrgico, porém em todas se recusou a ser submetido a cirurgia proposta; que a intervenção já tinha sido autorizada pelos familiares, mas que seu pai continuava se recusando a passar pelo procedimento cirúrgico, e que a intervenção era medida urgente, diante da gravidade de risco em sua vida; e fundamentou que deveria prevalecer o direito à vida, uma vez que o laudo médico do cirurgião vascular apontava a existência de gangrena mista grave do membro inferior, com indicação de amputação suprapatelar e que o paciente ao exame clínico tinha episódios intermitentes de desorientação e já tinha sido avaliado pelo psiquiatra, porém sem melhora. Diante dos fatos narrados, o filho pretende obter a concessão de tutela.

A magistrada em resposta se utilizou da lei e da doutrina atual aduzindo que sempre que a cirurgia oferecer algum risco, o médico deverá obter o consentimento informado do paciente ou de seu representante legal ou dos familiares mais próximos, antes de proceder a qualquer intervenção de risco. Discorreu que a medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde e que o alvo de toda a atenção do médico é o doente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e melhor de sua capacidade profissional. Citou a Constituição Federal em seu artigo 153, parágrafo 2º, “que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”. Ressaltou a magistrada alguns artigos do Código de Ética Médica do CFM: artigo 22 onde é vedado ao médico “Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”, o artigo 24 “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 que caberá ao médico que assiste o doente verificar se é caso de risco iminente de morte para proceder ou não a cirurgia.

Por fim, a magistrada considerou que o laudo acostado nos autos, não restou claro se o paciente estava dotado de razão e consciência em consentir com o procedimento. E nesse sentido, determinou com a máxima urgência que fosse trazido aos autos, o laudo de psiquiatra do Hospital Getúlio Vargas, que acompanha o paciente internado, a fim de saber se o paciente estava nas devidas condições de consciência em anuir com o procedimento cirúrgico.

Dessa decisão o filho formulou um pedido de retratação da decisão, alegando que o aguardo do laudo do psiquiatra poderá acarretar prejuízos irreversíveis em razão dos trâmites burocráticos; discorreu sobre o significado de gangrena e o perigo da doença levar seu pai ao óbito, fundamentou que a vida é um bem supremo e constitui o pressuposto dos demais direitos da personalidade, que não se pode cogitar em princípio da dignidade da pessoa humana sem que se preserve a vida e por fim reiterou os pedidos formulados na tutela de urgência em todos seus termos.

A magistrada, por sua vez, manteve sua decisão por seus próprios fundamentos. O filho do paciente, pelo inconformismo da decisão entrou com urgência com o recurso de agravo de instrumento contra a decisão, com vistas a autorizar que a equipe médica do Hospital Getúlio Vargas realizasse a intervenção cirúrgica de que necessitava seu pai. O desembargador não atendeu totalmente o pleito autoral, mas determinou diligências, incluindo a intimação da Defensoria Pública, para fins de promover a interdição do paciente. A magistrada cumpriu em parte com a determinação advinda do Desembargador Relator. Mas, entendeu que com relação ao pedido de tutela de urgência no caso, importa em evidente violação a direito fundamental do seu pai, que implicava na imposição compulsória da perda de um membro de seu corpo.

Que a ação proposta era de carga condenatória, pois o filho pretendia obter a condenação de seu pai a se submeter à intervenção cirúrgica apontada pelo médico como necessária à preservação da vida, contra a sua vontade. Ressaltou ainda, que inexistia dispositivo previsto em lei ou contrato que registrasse a obrigação de seu pai se sujeitar à amputação e que a medida buscada por seu filho apresenta nítido caráter irreversível, pois efetuada a amputação em sede de tutela não haveria como reverter a situação em momento posterior, conforme dispõe o artigo 300 do CPC, em seu parágrafo 3º: “ A tutela de urgência de natureza antecipada não será concedida quando houver perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão”. A magistrada observou que os documentos encaminhados pela Câmara Cível, não estavam acompanhados do laudo psiquiátrico ou de qualquer outro documento, sendo que a decisão do Relator se baseou nos elementos probatórios que já se encontravam nos autos, antes da interposição do agravo de instrumento. E diante desse impedimento legal, a magistrada indeferiu o pedido de tutela antecipada.

Diante da decisão da magistrada, foi juntado o laudo psiquiátrico à sua vista, que atesta o quadro demencial do paciente, fato que justificou a nomeação do Curador Especial e a intervenção do Ministério Público. Entendendo a magistrada que a medida requerida pelo

seu filho se mostra drástica e irreversível e que a situação recomenda a análise adequada de todos os fatores envolvidos na demanda, bem como a intervenção oportuna de todos os Órgãos com atribuição no processo. Destacou que o laudo médico registra a necessidade de realização da amputação, mas que ao mesmo tempo atesta ausência de risco iminente de morte do paciente. Pontuou que a equipe médica do hospital não precisa obter autorização judicial como condição para o cumprimento de seu dever legal diante do paciente. E diante do exposto, manteve a decisão de não conceder a tutela. A Curadoria Especial se manifestou pela improcedência do pedido, aguardando a interdição do paciente. E o Ministério Público opinou no sentido de que fosse distribuída ação de interdição do paciente.

O filho do paciente entrou com outro agravo de instrumento, com decisão unânime, antecipando em parte a tutela recursal para autorizá-lo a suprir o consentimento do pai, exclusivamente no tocante à intervenção cirúrgica de que necessitava e informou que a cirurgia foi realizada, que seu pai estava bem e recuperando-se e informou que a tutela de urgência alcançou o resultado. O Ministério Público opina no sentido da extinção do processo pela perda do interesse de agir. Sentença, *in verbis*:

A presente demanda tinha por objeto a emissão de ordem judicial para suprimimento da vontade do réu quanto à submissão a uma cirurgia para amputação de membro inferior. Conforme apontado pelo Ministério Público, a pretensão alcançou o seu objetivo por meio da concessão de medida de urgência, em grau recursal, com autorização para a realização do ato cirúrgico. Nos autos, há a notícia de que a cirurgia já foi realizada e que o paciente recebeu alta médica. A medida deferida initio litis apresentou natureza satisfativa e irreversível, de modo que não se tornaria efetiva, do ponto de vista fático, a rejeição final do provimento almejado na demanda. Ao mesmo tempo, a confirmação da tutela, em sede de sentença de mérito, dependeria do exame exauriente dos fatos e das provas apresentadas pelas partes, o que envolveria a análise aprofundada do estado de saúde do réu e do grau de sua capacidade volitiva. Entretanto, a cirurgia já foi realizada, com a amputação da perna do réu, e nada mais pode ser determinado, em juízo, que altere a situação fática descrita, tornando inócua e desnecessária qualquer dilação probatória. Assim, acolho o parecer do Ministério Público, no sentido de declarar a perda superveniente do objeto acionário. Isto posto, JULGO EXTINTO o processo, sem resolução do mérito, em função da perda superveniente do interesse de agir, na forma do art. 485, IV do C.P.C. Sem custas ou honorários. Transitada em julgado, dê-se baixa e archive-se.

O objetivo deste caso foi alcançado através de uma decisão obtida no segundo agravo de instrumento interposto, momento em que o Desembargador autoriza o suprimimento do consentimento do pai (réu) pelo filho (autor) facilitando o procedimento da amputação da perna do pai, que não deu seu consentimento.

Compulsando os autos foi visto que ficou pendente a confirmação da ação de interdição, que seria importante a informação para enfrentar esse caso difícil que colocou em conflito a autonomia da vontade e o direito à vida, mas a cirurgia foi feita e não há como voltar atrás.

Refletindo o tema do estudo desenvolvido ao longo desta dissertação, não obstante, as duas pessoas idosas não se encontrem em fim de vida, certamente, o conteúdo das decisões prolatadas nos dois casos, interessam à pesquisa realizada, não restando maior interesse aos aspectos processuais.

Sendo ainda observado que no primeiro caso, a pessoa idosa estava lúcida e teve sua autonomia respeitada para que não fosse amputada sua perna. No segundo caso, nota-se a relevância do respeito da autonomia do paciente, pela magistrada, porém a pessoa idosa não tinha discernimento para decidir sobre a amputação de sua perna, conforme laudo do psiquiatra, com isso prevaleceu a vontade da família.

5 CONCLUSÃO

Chegando ao final da pesquisa, que é um grande desafio, pelo cenário de discussão que foi realizado neste estudo. Abordar assuntos referentes a autonomia da pessoa idosa internada em fim da vida, e tudo que existe ao seu redor, é muito difícil, até porque, atualmente, mesmo cientes de que a única certeza que temos é que um dia iremos morrer, existe ainda a pretensão de afastar o assunto. Muitas discussões são promovidas quando trata-se de questões que envolvem a morte, ainda mais quando a menção está direcionada a autonomia, um termo ainda protegido nos dias atuais pelo paternalismo.

A pesquisa abordou a possibilidade da pessoa idosa internada decidir como será o final da sua vida, de forma condizente com as próprias concepções, e não pela decisão de outros.

É possível afirmar que um dos principais obstáculos à autonomia da pessoa idosa no fim da vida, está nos profissionais de saúde e também na família, pois é sempre questionada de forma absolutamente arbitrária.

A reflexão sobre bioética que buscamos, deve ter um melhor entendimento, através da multidisciplinariedade, tanto na parte dos avanços científicos, como no sistema judiciário.

Este estudo se baseou em revisão bibliográfica para responder à questão desta pesquisa. Ainda assim, propõe-se que estudos futuros devam focar na autonomia da pessoa idosa internada em hospital, através de estudo de campo, de forma a testar efetivamente como acontece a autorização dessas pessoas num CTI, por exemplo, a fim de contribuir e respeitar suas vontades e seus valores.

Foi analisado, que as Diretivas Antecipadas de Vontade, ainda é um assunto pouco debatido no Brasil, mas que tem grande importância e garante a autonomia, tendo em vista que é válida, desde que as normas vigentes no país, sejam respeitadas. Já os cuidados a estas pessoas estão garantidos, em nosso ordenamento jurídico, pelo Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, não podendo ser tirada a sua liberdade. Entendendo-se que a autonomia deve ser respeitada.

Analisamos dois casos, no qual o primeiro o Judiciário reconhece que a liberdade deve ser preservada ainda que desse resguardo resulte sua morte. No segundo caso, o Judiciário entende que deve-se respeitar a autonomia da vontade, mas em se tratando de laudo psiquiátrico, atestando que esta não possui discernimento, entende-se assim, que a decisão de escolha seja do médico ou de sua família.

Para se concluir o quão importante é o direito às escolhas na finitude da vida, há de se entender primeiro o significado intrínseco da dignidade. O que é ser digno, afinal? O que representa para a pessoa idosa viver dignamente? Como se chegar ao fim da vida sem as mínimas condições de realizar as tarefas do cotidiano, as mais básicas como a de higienizar o próprio corpo? Caminhar sem ajuda? Doenças incapacitantes? Internado sem poder fazer escolhas? Para todas essas perguntas, somente uma resposta: vida com dignidade.

Se a doença é irreversível, resta dar à pessoa a oportunidade da dignidade, que é entendida como garantia das necessidades vitais, segundo o fundamento basilar da República, que se encontra no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, e então possa escolher como deseja passar os momentos finais de sua vida.

A pessoa idosa em fim de vida sofre. Quanto mais lúcida, mais ela visualiza um fim. Nesse momento de reflexão, às vezes, ela se agarra à esperança de um desfecho feliz onde a cura milagrosa chegue e ela volte no tempo, quando não havia dor nem se falava em finitude, porém, logo ela cai em si e entende que, nessa altura a realidade é outra, essa se materializa na constatação de que nada mais resta a fazer senão esperar o momento final e fazer suas escolhas do que quer e o que não quer para seu fim de vida.

Existem recompensas se o fim da vida for adiado à custa de sofrimento físico e psicológico? Os familiares, chocados com a possibilidade de uma perda irreparável, quase sempre acham que sim e pedem ao médico que faça tudo o que for possível com o objetivo de manter o paciente vivo.

Os profissionais da saúde passaram a ser confrontados de forma mais amíúde. Nesse encontro repetitivo com a morte, eles estão sujeitos às angústias relacionadas ao sentimento de fragilidade da condição humana ou à lembrança de mortes passadas.

Após analisar a Teoria dos Princípios de Beauchamp e Childrens, concluímos que esta é uma abordagem útil para a tomada de decisões éticas. Ela oferece uma estrutura para avaliar a situação, considerar os direitos e responsabilidades e tomar uma decisão justa. Ao considerar a autonomia, a beneficência, a não-maleficência, a justiça e a verdade, a Teoria dos Princípios fornece um código de comportamento para profissionais da saúde que devem tomar decisões éticas.

Esta abordagem envolve a avaliação das opções éticas disponíveis para o médico e a consideração da necessidade de equilibrar o bem-estar do paciente com o dever de o médico preservar a sua integridade profissional. Beauchamp e Childrens também enfatizam que o médico deve considerar os sentimentos e interesses do paciente, bem como a responsabilidade de fornecer cuidados de qualidade. O médico deve trabalhar em conjunto com o paciente para

determinar as melhores opções de tratamento. Os princípios pesquisados e estabelecidos pela Teoria dos Princípios de Beauchamp e Childrens são essenciais para a prática da medicina moderna no que tange a tomada de decisões. Estes podem ser aplicados em várias áreas da saúde. Por exemplo, o princípio de aprimoramento contínuo exige que os médicos estejam sempre buscando novas maneiras de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Além disso, o princípio de responsabilidade mútua exige que médicos e pacientes assumam suas responsabilidades no processo de tomada de decisões.

Fica claro, na elaboração deste estudo, que cuidar de uma pessoa idosa requer respeito, afetividade, entendimento sobre envelhecimento, espaço e tempo para programar/organizar tarefas diárias que envolvem quem cuida e quem é cuidado, e nem sempre o cuidador familiar encontra-se preparado para enfrentar esta situação. Muitos aspectos dificultam ainda mais, como por exemplo, o pouco tempo que a família moderna dispõe para cuidar, a falta de preparo para assumir este novo papel, o não entendimento das modificações ocorridas com as pessoas idosas, são alguns dos fatores que propiciam às famílias sensações impotentes e inseguras no seu cotidiano.

Não é possível dar uma resposta padrão para todas as situações, será necessário refletir caso a caso, tomando em consideração a situação concreta da pessoa idosa, sua situação relacional e seu estado psicológico.

Em suma, constatou-se na pesquisa que o médico, no campo de suas atividades, deve sempre se pautar nos princípios da Bioética, para assim, buscar o verdadeiro objetivo da Medicina. O princípio da autonomia, deve ser observado e imposto não só pelo médico, mas também pela pessoa idosa, já que se deve considerar sempre o seu consentimento.

Precisamos progredir, pois temos ainda um longo caminho a percorrer no Brasil, com mais discussão sobre a morte e o morrer e uma melhor cultura dos cuidados com a pessoa idosa, com diagnóstico de doença irreversível e em fim de vida. Todas as reflexões bioéticas são necessárias e muito importantes para ajudar no melhor interesse da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Camila Carvalho; PESSOA, Fabrício Silva (org.). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso**. São Luís: UNA-SUS: UFMA, 2014.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. Indicações de cuidados paliativos. *In*: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. [S. l.]: ANPC, 2012. p. 56-74.

ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente**. São Paulo: Atlas, 2012.

BARROSO, Luiz Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *In*: GOZZO, Débora; LIGIERA, Wilson Ricardo (org.). **Bioética e direitos fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 21-62.

BEAUCHMAN, Tom L.; CHILDRESS, James E. **Principles of biomedical ethics**. 8th. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

BEAUCHMAN, Tom L.; CHILDRESS, James E. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

BERALDO, Leonardo de Faria. **Apontamentos gerais sobre o Estatuto do Idoso**. Porto Alegre: J. Síntese, 2003.

BERTÉ, Roberta; XIMENES, Idelcelina Barros; SILVA, Jaqueline de Jesus. **Morte digna: a autonomia da vontade no processo de morrer**. Teresina: Dinâmica Jurídica, 2016. [Edição Kindle].

BORGES, Paula Abreu; COIMBRA, Ângela Maria Castilho (org.). **Educação a distância envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume12.pdf. Acesso em: 8 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 19).

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 5 jan. 1994.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BURLÁ, Claudia; PY, Ligia. Palliative care: science and protection at the end of life. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1139-1141, jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xpe020614>.

CÂMARA, Fernanda. Considerações sobre a Resolução CFM nº 2232/2019. **Jus Brasil**, doutrina, 2019. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina>. Acesso em: 8 jun. 2022.

CAPUTO, Rodrigo Feliciano. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. **Revista Saber Acadêmico**, São Paulo, n. 6, dez. 2008.

CASTRO, Deborah Azenha de. **Bioética**: estudos e reflexões. Paraná: Uel, 2000. 267 p.

CHAIMOWICZ, Flávio; GRECO, Dirceu B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, out. 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101999000500004>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.153, de 30 de setembro de 2016. Dispõe sobre o tratamento tributário e os procedimentos de controle aduaneiro aplicáveis às remessas internacionais, e altera a Instrução Normativa RFB nº 1.059, de 2 de agosto de 2010, que dispõe sobre os procedimentos de controle aduaneiro e o tratamento tributário aplicáveis aos bens de viajante. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 18 set. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Recomendação CFM nº 1, de 21 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016. Acesso em: 27 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.057, de 20 de setembro de 2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 12 nov. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.995, 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 ago. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: CFM, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 nov. 2006.

COSTA, Alexandre; DIAS, Maria Clara. **Bioética**: fundamentos teóricos e aplicações. Curitiba: Appris, 2017. 139 p.

COSTA, Maria Fernanda Lima; BARRETO, Sandhi Maria. GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde com medicamentos da população idosa brasileira: estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, jun. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15877.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2023.

COSTA, Rosely Souza da *et al.* Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, jan./mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080014>.

DADALTO, Luciana (coord.). **Cuidados paliativos**: aspectos jurídicos. São Paulo: Foco, 2021.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

DADALTO, Luciana. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 106-112, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/jt5d9PVQgWkffwMLzvvdM7h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2023.

DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2015. (Filosofia passo-a-passo, v. 55). [Edição Kindle].

DIAS, Maria Berenice. **Manual de direito das famílias**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001.

DWORKIN, Gerald. Paternalism. **Stanford Encyclopedia of Philosophy**, Nov. 2002. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/paternalism/>. Acesso em: 20 maio 2023.

ESTEVES, Rafael. **A legitimação bioética e jurídica das diretivas antecipadas sobre a terminalidade da vida no Brasil**. 2015. 139 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

FACHIN, Luiz Edson. Fundamentos, limites e transmissibilidade: anotações para urna leitura crítica, construtiva e de índole constitucional da disciplina dos direitos da personalidade no Código Civil brasileiro. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 31, 2005. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/53707>. Acesso em: 30 abr. 2023.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

FERREIRA, Luciano; MAIA Alves. **Eutanásia e suicídio assistido: uma análise normativa comparada**. Curitiba: Appris, 2018. [Edição Kindle].

FREITAS, Edna Estelita Costa. **A moralidade da tomada de decisão em terapia intensiva para o paciente geriátrico**. 2014. 167 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

GARRAFA, Volnei. Biotecnologia, ética e controle social. **Cadernos de Ciência & Tecnologia**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 171-177, abr. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.35977/0104-1096.cct2000.v17.8873>.

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005.

GOLDIM, José Roberto. Paternalismo. **UFRGS**, Bioética, 08 mar. 1998. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/paternal.htm>. Acesso em: 02 nov. 2022.

GOLDIM, José Roberto. Modelos de relação médico-paciente. **UFRGS**, Bioética, 2000. Disponível em: www.bioetica.ufrgs.br. Acesso em: 28 mar. 2000.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, ago. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200006>.

KOVÁCS, Maria Julia. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 115-167, mar. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642003000200008>.

LIMA, Maria de Lourdes Feitosa; REGO, Sérgio Tavares de Almeida; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 31-39, abr. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231043>.

LOPES JUNIOR, Dalmir. A eutanásia e os direitos do paciente: uma análise da realidade normativa da Bélgica e do Brasil. *In*: LOPES JUNIOR, Dalmir; IACOMINI, Vanessa (org.). **Bioética e biodireito: fim da vida**. Curitiba: Juruá, 2015. p. 147-175.

MABTUM, Matheus Massaro; MARCHETTO, Patrícia Borba. **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

MACHADO, J. **Tomada de decisão na atenção ao paciente muito idoso hospitalizado**. 2006. 103 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MARANHÃO, José Luiz Souza. **O que é morte**. São Paulo: Brasiliense, 2017. (Primeiros Passos). [Edição Kindle].

MARTIN, Leonardo M. Eutanásia e distanásia. *In*: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: CFM, 1998. p. 171-192.

MATOS, Gilson Ely Chaves de. Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática médica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 15, n. 2, 2009. Disponível em: https://revista.bioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/41. Acesso em: 4 jun. 2023.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In*: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. [S. l.]: ANPC, 2012. p. 23-30.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 12 set. 2022.

MORAES, Alexandre. **Direitos humanos fundamentais**. 3. ed. São Paulo: Atlas. 2000.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio Carvalho. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. *In*: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: CFM, 1998. p. 53-70.

NUNES, Rui. **Diretivas antecipadas de vontade**. Brasília: CFM: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016.

OLIVEIRA, Maria Zeneida Puga Barbosa; BARBAS, Stela. Autonomia do idoso e distanásia. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 2, ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Gzc9tbyb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 9 jun. 2021.

OLIVEIRA JÚNIOR, Eudes Quintino de. Autonomia de vontade do paciente e a morte. **Migalhas de Peso**, 14 jun. 2015. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/221814/autonomia-da-vontade-do-paciente-e-a-morte>. Acesso em: 13 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos, elaborada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, 10 de dezembro 1948.

ORSELLI, Helena de Azeredo; ROSA, Matheus Freiberguer. As resoluções n. 1805/2006 e 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina e o ordenamento jurídico brasileiro. **Revista de Estudos Jurídicos UNESP**, Franca, v. 35, n. 22, p. 407-436, 2018. DOI: <https://doi.org/10.22171/rej.v22i35.2422>.

PACHECO, Igor Passos Lima. **Ortotanásia à luz do ordenamento jurídico brasileiro: crime contra a vida ou respeito à vida?** [S. l.: s. n.], 2018. [Edição Kindle].

PACHECO, Igor Passos Lima. **Ortotanásia no Brasil: o direito à morte natural.** [S. l.: s. n.], 2018. [Edição Kindle].

PAZINATTO, Márcia Maria. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 234-243, abr./jun. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019272305.

PENALVA, Luciana Dadalto. **Declaração prévia de vontade do paciente terminal.** 2009. 183 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

PESSINI, Leo. **Distanásia: até quando prolongar a vida.** São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, Leo. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Loyola, 2004.

PESSINI, Leo. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. Simpósio. **Revista Bioética**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 39-60, mar. 2005.

PESSINI, Leo; SIQUEIRA, José Eduardo de. **Tratado de geriatria e gerontologia: os cuidados junto ao idoso.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PESSINI, Leo. **Bioética Ponte para o futuro: o legado intelectual: a bioética potteriana de cunho cósmico-ecológico.** São Paulo: Loyola, 2016. 207 p. Introdução.

PESSOA, F. **O guardador de rebanhos.** Poemas de Alberto Caeiro. Lisboa: Ática, 1946.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioética: ponte para o futuro.** São Paulo: Loyola, 2016. 207 f.

PUGGINA, Ana Cláudia Giesbrecht; SILVA, Maria Júlia Paes da. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 599-605, dez. 2009.

PY, Ligia. Cuidados paliativos e cuidados ao fim da vida na velhice. **Geriatrics & Gerontology**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 90-106, 2010. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/download-manager-files/cuidados-paliativos-e-cuidados-ao-fim-da-vida-na-velhice.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2023.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Direito à velhice: a proteção constitucional da pessoa idosa: da dignidade necessária.** Vitória, ES: CEEAF, 2003. (Coleção do Averso ao Direito, v. 1).

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Bioética para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Apelação Cível. Assistência À Saúde. Biodireito. Ortotanásia. Testamento Vital nº 039/1.13.0003534-8. Relator: Desembargador Irineu Mariani. Viamão, RS de 2013. **Diário de Justiça Eletrônico** nº 5214 em 27/11/2013. Rio Grande do Sul, 27 nov. 2013. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/novo/busca/?return=proc&client=wp_index. Acesso em: 05 set. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. **Agravo de Instrumento nº 0057265-57.2020.8.19.0000**. Relator: Relator Desembargador Carlos Eduardo da Fonseca Passos, 22/10/2020. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.tjrj.jus.br/>. Acesso em: 25 jan. 2023.

RODRIGUES, Luís Fernando. Modalidades de atuação e modelos de assistência em cuidados paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. [S. l.]: ANPC, 2012. p. 86-93.

RODRIGUES JÚNIOR, Otávio Luiz. Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação: notas sobre a evolução de um conceito na modernidade e na pós-modernidade. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 41, n. 163, p. 113-130, jul./set. 2004.

RONDON, Gabriela. Resolução 2.232/19 do CFM: Conselho não pode legislar sobre direitos dos pacientes. **Anis Instituto de Bioética**, 5 dez. 2019. Disponível em: <https://anis.org.br/resolucao-2-23219-do-cfm-conselho-nao-pode-legislar-sobre-direitos-dos-pacientes-2/>. Acesso em: 20 maio 2023.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. MOREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

SALAZANO, Francisco M. **A genética e a lei**. São Paulo: EDUSP, 1983.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. Curitiba: Juruá, 2012.

SÃO PAULO (Estado). Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. **Manual para cuidadores de idosos**. 2. ed. São Paulo: Iamspe, 2014. Disponível em: <https://www.iamspe.sp.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/Manual-cuidadores.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHRAMM, Fermin Roland. Finitude e bioética do fim da vida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 73-78, 30 mar. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2012v58n1.1436>.

SILVA, José Afonso. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

SÉGUIN, Élida. **Biodireito**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2001.

SITTA, Maria do Carmo; FILHO, Wilson Jacob; FARFEL, José Marcelo. **Tratado de geriatria e gerontologia**: o idoso no centro de terapia intensiva. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TORRES, Kellem Raquel Brandão de Oliveira; LUIZA, Vera Lucia; CAMPOS, Mônica Rodrigues. A educação a distância no contexto da política nacional de saúde da pessoa idosa. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00103>.

UNESCO. Declaração **Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 19 out. 2005. Lisboa: UNECO, 2006.

VILARDO, Maria Aglaé Tedesco. **Decisões judiciais no campo da biotecnociência**: a bioética como fonte de legitimação. 2014. 216 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

VISENTIN, Angelita; LABRONICI, Liliana; LENARDT, Maria Helena. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 509-513, dez. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400021>.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano na SAE**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2010.

ANEXO

ANEXO A – DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS³

Apresentação entre os dias 6 e 8 de abril e, posteriormente, entre 20 e 24 de junho de 2005, foram realizadas em Paris, França, na sede da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura - UNESCO, respectivamente, a primeira e segunda Reunião dos Peritos Governamentais de diferentes países membros daquele organismo para definir o texto final da futura Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. O Brasil foi representado pela Delegação oficial do país na UNESCO chefiada pelo Embaixador Antonio Augusto Dayrell de Lima, secundado pelo Ministro Luiz Alberto Figueiredo Machado e pelo Secretário Álvaro Luiz Vereda de Oliveira. Na ocasião, tive a honra de assessorar a representação brasileira como Delegado Oficial no Evento, designado pelo Presidente da República por meio de ato oficial. Estas reuniões contaram com a participação de mais de 90 países e se caracterizaram, desde o início, por um grande divisor de posições entre os países ricos e pobres. As nações desenvolvidas, defendiam um documento que restringisse a bioética aos tópicos biomédico e biotecnológicos. O Brasil teve papel decisivo na ampliação do texto para os campos sanitário, social e ambiental. Com o apoio inestimável de todas as demais delegações latino-americanas presentes, secundadas pelos países africanos e pela Índia, o teor final da Declaração pode ser considerado como uma grande vitória das nações em desenvolvimento. Essa minuta da Declaração, cuidadosamente construída pelos países-membro das Nações Unidas foi, posteriormente, em 19 de outubro de 2005, levado à 33a. Sessão da Conferência Geral da UNESCO realizada também em Paris, onde foi aprovada por aclamação pela unanimidade dos 191 países componentes da Organização. Pelo conteúdo da Declaração se pode perceber com clareza o acerto da bioética brasileira, por meio das ações desenvolvidas nos últimos anos pela SBB, quando a entidade decidiu aproximar decisivamente suas ações ao campo da saúde pública e à agenda social. A definição do tema oficial do Sexto Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília, em 2002, já prenunciava uma significativa ampliação conceitual para a disciplina: Bioética, Poder e Injustiça. O teor da Declaração muda profundamente agenda da bioética do Século XXI, democratizando-a e tornando-a mais aplicada e comprometida com as populações vulneráveis,

³ Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado. Revisão: Volnei Garrafa. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 8 jun. 2021.

as mais necessitadas. O Brasil e a América Latina mostraram ao mundo uma participação acadêmica, atualizada e ao mesmo tempo militante nos temas da bioética, com resultados práticos e concretos, como é o caso da presente Declaração, mais um instrumento à disposição da democracia no sentido do aperfeiçoamento da cidadania e dos direitos humanos universais.

Volnei Garrafa Professor titular e coordenador da Cátedra UNESCO de Bioética da UnB

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS¹ Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado Revisão: Volnei Garrafa

A Conferência Geral, Consciente da capacidade única dos seres humanos de refletir sobre sua própria existência e sobre o seu meio ambiente; de perceber a injustiça; de evitar o perigo; de assumir responsabilidade; de buscar cooperação e de demonstrar o sentido moral que dá expressão a princípios éticos, Refletindo sobre os rápidos avanços na ciência e na tecnologia, que progressivamente afetam nossa compreensão da vida e a vida em si, resultando em uma forte exigência de uma resposta global para as implicações éticas de tais desenvolvimentos, Reconhecendo que questões éticas suscitadas pelos rápidos avanços na ciência e suas aplicações tecnológicas devem ser examinadas com o devido respeito à dignidade da pessoa humana e no cumprimento e respeito universais pelos direitos humanos e liberdades fundamentais, Deliberando ser necessário e oportuno que a comunidade internacional declare princípios universais que proporcionarão uma base para a resposta da humanidade aos sempre crescentes dilemas e controvérsias que a ciência e a tecnologia apresentam à espécie humana e ao meio ambiente, Recordando a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948, a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, adotada pela Conferência Geral da UNESCO, em 11 de Novembro de 1997 e a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, adotada pela Conferência Geral da UNESCO em 16 de Outubro de 2003, Recordando o Pacto Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, de 16 de Dezembro de 1966, a Convenção Internacional das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, de 21 de Dezembro de 1965, a Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, de 18 de Dezembro de 1979, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de 20 de Novembro de 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre a Diversidade Biológica, de 5 de Junho de 1992, os Parâmetros Normativos sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Incapacidades, adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1993, a Convenção de OIT (n.º 169)

referente a Povos Indígenas e 1 Adotada por aclamação em 19 de outubro de 2005 pela 33a. Sessão da Conferência Geral da UNESCO Tribais em Países Independentes, de 27 de Junho de 1989, o Tratado Internacional sobre Recursos Genéticos Vegetais para a Alimentação e a Agricultura, adotado pela Conferência da FAO em 3 de Novembro de 2001 e que entrou em vigor em 29 de Junho de 2004, a Recomendação da UNESCO sobre a Importância dos Pesquisadores Científicos, de 20 de Novembro de 1974, a Declaração da UNESCO sobre Raça e Preconceito Racial, de 27 de Novembro de 1978, a Declaração da UNESCO sobre as Responsabilidades das Gerações Presentes para com as Gerações Futuras, de 12 de Novembro de 1997, a Declaração Universal da UNESCO sobre a Diversidade Cultural, de 2 de Novembro de 2001, o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) anexo ao Acordo de Marraqueche, que estabelece a Organização Mundial do Comércio, que entrou em vigor em 1 de Janeiro de 1995, a Declaração de Doha sobre o Acordo de TRIPS e a Saúde Pública, de 14 de Novembro de 2001, e outros instrumentos internacionais relevantes adotados pela Organização das Nações Unidas e pelas agências especializadas do sistema da Organização das Nações Unidas, em particular a Organização para a Alimentação e a Agricultura da Organização das Nações Unidas (FAO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), Observando, ainda, instrumentos internacionais e regionais no campo da bioética, incluindo a Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano com respeito às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina do Conselho da Europa, adotada em 1997 e que entrou em vigor em 1999 e seus protocolos adicionais, bem como legislação e regulamentações nacionais no campo da bioética, códigos internacionais e regionais de conduta, diretrizes e outros textos no campo da bioética, tais como a Declaração de Helsinque, da Associação Médica Mundial, sobre Princípios Éticos para a Pesquisa Biomédica Envolvendo Sujeitos Humanos, adotada em 1964 e emendada em 1975, 1989, 1993, 1996, 2000 e 2002, e as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas, adotadas em 1982 e emendadas em 1993 e 2002; Reconhecendo que a presente Declaração deve ser interpretada de modo consistente com a legislação doméstica e o direito internacional, em conformidade com as regras sobre direitos humanos; Tendo presente a Constituição da UNESCO, adotada em 16 de Novembro de 1945, Considerando o papel da UNESCO na identificação de princípios universais baseados em valores éticos compartilhados para o desenvolvimento científico e tecnológico e a transformação social, de modo a identificar os desafios emergentes em ciência e tecnologia, levando em conta a

responsabilidade da geração presente para com as gerações futuras e que as questões da bioética, que necessariamente possuem uma dimensão internacional, devem ser tratadas como um todo, inspirando-se nos princípios já estabelecidos pela Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos e pela Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos e levando em conta não somente o atual contexto científico, mas também desenvolvimentos futuros, Consciente de que os seres humanos são parte integrante da biosfera, com um papel importante na proteção um do outro e das demais formas de vida, em particular dos animais, Reconhecendo, com base na liberdade da ciência e da pesquisa, que os desenvolvimentos científicos e tecnológicos têm sido e podem ser de grande benefício para a humanidade inter alia no aumento da expectativa e na melhoria da qualidade de vida, e enfatizando que tais desenvolvimentos devem sempre buscar promover o bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades e da humanidade como um todo no reconhecimento da dignidade da pessoa humana e no respeito universal e observância dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, Reconhecendo que a saúde não depende unicamente dos desenvolvimentos decorrentes das pesquisas científicas e tecnológicas, mas também de fatores psicossociais e culturais, Reconhecendo, ainda, que decisões sobre questões éticas na medicina, nas ciências da vida e nas tecnologias associadas podem ter impacto sobre indivíduos, famílias, grupos ou comunidades e sobre a humanidade como um todo, Tendo presente que a diversidade cultural, como fonte de intercâmbio, inovação e criatividade, é necessária aos seres humanos e, nesse sentido, constitui patrimônio comum da humanidade, enfatizando, contudo, que esta não pode ser invocada à custa dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, Tendo igualmente presente que a identidade de um indivíduo incluem dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, Reconhecendo que condutas científicas e tecnológicas antiéticas já produziram impacto específico em comunidades indígenas e locais, Convencida de que a sensibilidade moral e a reflexão ética devem ser parte integrante do processo de desenvolvimento científico e tecnológico e de que a bioética deve desempenhar um papel predominante nas escolhas que precisam ser feitas sobre as questões que emergem de tal desenvolvimento, Considerando o desejo de desenvolver novos enfoques relacionados à responsabilidade social de modo a assegurar que o progresso da ciência e da tecnologia contribua para a justiça, a equidade e para o interesse da humanidade, Reconhecendo que conceder atenção à posição das mulheres é uma forma importante de avaliar as realidades sociais e alcançar equidade, Dando ênfase à necessidade de reforçar a cooperação internacional no campo da bioética, levando particularmente em consideração as necessidades específicas dos países em desenvolvimento,

das comunidades indígenas e das populações vulneráveis, Considerando que todos os seres humanos, sem distinção, devem se beneficiar dos mesmos elevados padrões éticos na medicina e nas pesquisas em ciências da vida, Proclama os princípios a seguir e adota a presente Declaração. DISPOSIÇÕES GERAIS Artigo 1 – Escopo a) A Declaração trata das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais. b) A presente Declaração é dirigida aos Estados. Quando apropriado e pertinente, ela também oferece orientação para decisões ou práticas de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas. Artigo 2 – Objetivos Os objetivos desta Declaração são: (i) prover uma estrutura universal de princípios e procedimentos para orientar os Estados na formulação de sua legislação, políticas ou outros instrumentos no campo da bioética; (ii) orientar as ações de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas; (iii) promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos; (iv) reconhecer a importância da liberdade da pesquisa científica e os benefícios resultantes dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, evidenciando, ao mesmo tempo, a necessidade de que tais pesquisas e desenvolvimentos ocorram conforme os princípios éticos dispostos nesta Declaração e respeitem a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais; (v) promover o diálogo multidisciplinar e pluralístico sobre questões bioéticas entre todos os interessados e na sociedade como um todo; (vi) promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos e a participação nos benefícios, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento; (vii) salvaguardar e promover os interesses das gerações presentes e futuras; e (viii) ressaltar a importância da biodiversidade e sua conservação como uma preocupação comum da humanidade. PRINCÍPIOS Conforme a presente Declaração, nas decisões tomadas ou práticas desenvolvidas por aqueles a quem ela é dirigida, devem ser respeitados os princípios a seguir. Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade. b) Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade. Artigo 4 – Benefício e Dano Os benefícios diretos e indiretos a pacientes, sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados devem ser maximizados e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate

da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas. Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia. Artigo 6 – Consentimento a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito. b) A pesquisa científica só deve ser realizada com o prévio, livre, expresso e esclarecido consentimento do indivíduo envolvido. A informação deve ser adequada, fornecida de uma forma compreensível e incluir os procedimentos para a retirada do consentimento. O consentimento pode ser retirado.