



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal no Brasil

Cipriano Reis Gama

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Biblioteca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Gama, Cipriano Reis

G184 Diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal no Brasil / Cipriano Reis Gama. Salvador: CR, Gama, 2014.

viii; 41 fls. : il. [tab. quadro].

Professor orientador: Cláudia Bacelar Batista.

Anexos.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Diretivas antecipadas. 2. Autonomia. 3. Cuidados paliativos. 4. Terminalidade. I. Batista, Claudia Bacelar, I. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 616-036.887



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal no Brasil

Cipriano Reis Gama

Professor orientador: **Cláudia Bacelar Batista**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

Monografia: *Diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal no Brasil*, de **Cipriano Reis Gama**.

Professor orientador: **Cláudia Bacelar Batista**

COMISSÃO REVISORA:

- **Cláudia Bacelar Batista** (Presidente, orientadora), Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Lara de Araújo Torreão**, Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Renée Amorim dos Santos Félix**, Professora do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Luís Schiper**, Doutorando do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

“Se vale a pena viver e se a morte faz parte da vida, então, morrer também vale a pena...”

Kant

Aos Meus Pais, pela educação, amor e
dedicação.

EQUIPE

- Cipriano Reis Gama, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: crg91@hotmail.com;
- Cláudia Bacelar Batista, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: claudia_bacelar@hotmail.com

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
➤ Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha orientadora, Professora Doutora **Cláudia Bacelar Batista** pelo incentivo e acompanhamento desse trabalho.
- ◆ Às professoras **Lara de Araújo Torreão** e **Renée Amorim dos Santos Félix**, integrantes de minha comissão revisora, pelas orientações concebidas a fim de melhorar o trabalho.
- ◆ Ao Professor **José Tavares Carneiro neto**, pelo empenho e dedicação em coordenar a confecção das monografias dos estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia.
- ◆ À **Geisa Maria de Jesus Correia** pelas discussões e esclarecimentos sobre as questões jurídicas que perpassam a condição de terminalidade, bem como por seu amor e atenção.
- ◆ À Bibliotecária **Derlita Machado Silva**, responsável pela sessão de Periódicos da Biblioteca Universitária de Saúde da Universidade Federal da Bahia pela disponibilidade e atenção dedicada aos discentes.
- ◆ Aos Colegas **Alexsandra dos Santos Vasconcelos**, **Edimar Joaquim da Silva** e **Igor Ribeiro Novais Santos** pelo companheirismo e ideias compartilhadas durante todos os momentos da faculdade.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E SIGLAS	2
I. RESUMO	4
II. OBJETIVOS	5
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
IV. REVISÃO DE LITERATURA	9
1. A morte	9
1.1 Estágios do processo de morrer	9
1.2. O tecnocientificismo da medicina e o fim da vida	10
1.3 Morte Digna	11
1.3.1 Um caso real para exemplificar o direito à Morte digna	13
2. Paciente Terminal	14
3. Ortotanásia	15
4. Diretivas Antecipadas	16
5. Autonomia	18
V. METODOLOGIA	19
VI. RESULTADOS	21
VII. DISCUSSÃO	29
VIII. CONCLUSÕES	34
IX. SUMMARY	35
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
XI. ANEXO	40

ÍNDICE DE QUADRO E TABELAS

QUADRO

QUADRO 1: Descrição dos 15 artigos selecionados	22
--	-----------

TABELAS

TABELA 1: Número de artigos encontrados nas bases de dados com as respectivas Estratégias de busca	21
---	-----------

ÍNDICE DE SIGLAS

Conselho Federal de Medicina
Diretivas antecipadas de Vontade
Ministério Público Federal

CFM
DAV
MPF

I. RESUMO

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE DO PACIENTE TERMINAL NO BRASIL. A Resolução CFM nº 1.995/2012 regulamenta as diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal no Brasil, tendo em vista o respeito à dignidade humana. No entanto em 2013, o Ministério Público Federal elaborou uma ação Civil Pública alegando a ilegalidade e a inconstitucionalidade da resolução, gerando dúvidas e receios entre os profissionais da medicina. **Objetivo:** Através de revisão sistemática mostrar como o respeito às diretivas antecipadas de vontade dos pacientes vão ao encontro dos princípios constitucionais, ressaltando a legalidade da ortotanásia, nos casos de doenças terminais. **Metodologia:** Revisão sistemática nas bases de dados do Lilacs utilizando estratégia de busca com as palavras chaves: “diretivas antecipadas”, “testamento vital”, “decisões antecipadas”, “determinações prévias”, “decisões prévias”, “decisões antecipadas” “diretivas de futuro”, “declarações prévias de vontade”; e do PubMed com os descritores: “advance directives”, “living wills” e “medical power of attorney”. Foram incluídos apenas os artigos que versavam sobre a realidade brasileira. **Resultados:** Foram encontrados 45 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 26 artigos. Entre os 19 artigos selecionados um artigo foi excluído por não tratar da realidade Brasileira e três trabalhos por não obedecerem aos critérios do estudo. Assim, a pesquisa baseou-se em 15 trabalhos. **Discussão/Conclusões:** O Conselho Federal de Medicina não extrapola seu poder ao regulamentar a Resolução nº 1.995/2012. As diretivas antecipadas representam um ato legítimo e constitucional, pois age como garantidor da autonomia do paciente terminal, em respeito à morte digna e à sacralidade da vida, além de respaldar a conduta do médico nas situações conflituosas, protegendo-os da acusação de omissão de socorro ou eutanásia. Portanto, parece não haver necessidade de leis infraconstitucionais para a sua efetivação.

Palavras-chaves: 1. Diretivas antecipadas; 2. Autonomia; 3. Cuidados paliativos; 4. Terminalidade

II. OBJETIVOS

Principal

1. Mostrar em que medida o respeito às diretivas antecipadas de vontade dos pacientes vão ao encontro dos princípios constitucionais, logo pela legalidade da ortotanásia, nos casos de doenças terminais.

Secundários

1. Examinar dados da literatura sobre a constitucionalidade da resolução nº 1.995/2012, a qual legitimaria as diretivas antecipadas de vontade;
2. Estabelecer a importância das diretivas antecipadas de vontade para a autonomia do paciente na relação médico-paciente;
3. Verificar a importância da regulamentação da Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de medicina (CFM) no contexto da ética médica.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A capacidade dada pela técnica de manipular o homem, a exemplo do prolongamento artificial da vida, muitas vezes resulta em terapias fúteis e à custa de grande sofrimento para o paciente (Kovács, 2003); (Pessini, 2007). Assim, além do uso da tecnologia com prudência, visando à beneficência e à não maleficência, faz-se necessário que o médico reconheça a limitação da intervenção nos casos de falência da terapêutica e possa oferecer ao seu paciente os cuidados paliativos a fim de garantir a morte digna (Brasil, 2006).

Em janeiro de 2013, por meio da Procuradoria da República em Goiás, o Ministério Público Federal (MPF) promoveu uma ação civil pública com o objetivo de apurar eventuais omissões e ações ditas ilícitas do (CFM) no que tange à Resolução 1.995/2012. Tratava-se inicialmente de suspender a aplicação das normas da Resolução e, posteriormente, obter a proibição do CFM de expedir nova resolução, especificamente aquela que trata sobre diretivas antecipada de vontade do paciente terminal. A mencionada ação objetivava a declaração de ilegalidade e inconstitucionalidade da Resolução 1.995/2012 e sua suspensão em todo território nacional (Brasil, 2013).

Segundo o MPF, ao tentar normatizar a prática médica diante do fim da vida com a Resolução nº 1.995/2012 o CFM cometia ato ilegal e inconstitucional, visto que (Brasil, 2013):

1. Impõe riscos à segurança jurídica do paciente, pois não exige prova da capacidade civil para manifestação de vontade do paciente; deixa a critério do médico a validade desta declaração; não define o lapso temporal da diretiva; não especifica as formas de revogar o pedido; não trata dos critérios de participação da família do paciente, nem do meio documental da diretiva;
2. Exclui a família das decisões;
3. Estabelece o prontuário como instrumento ilegal para o registro de "diretivas antecipada de vontade". Pelo sigilo imposto aos prontuários médicos, até mesmo para os familiares do paciente, não haveria mecanismo de controle de atuação do médico;
4. Extravasa os limites do poder regulamentar, porque a Resolução regula assunto com repercussões familiares, sociais e nos direitos da personalidade. O CFM extrapolaria os poderes conferidos pela Lei 3.268/57 que dispõe sobre os Conselhos de

Medicina.

Em resposta, o CFM afirma que o ato normativo serve para concretização da dignidade da pessoa humana, autodeterminação individual, e liberdade, guardando pertinência com a resolução nº 1.805/2006 que teve sua validade reconhecida por decisão judicial já transitada e julgada (Brasil, 2013).

Para tanto, já em 2009, na portaria 1.820/2009, o Ministério da Saúde afirma: *“No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, os pacientes devem ter os seus valores, cultura e direitos respeitados, em especial direito ao sigilo, confidencialidade, consentimento livre, voluntário, esclarecido e livre escolha de quem será o responsável pela tomada de decisões na hipótese de sua incapacidade”* (Brasil, 2013).

Além do mais, segundo o CFM não se deve falar em ilegalidade e inconstitucionalidade, pois (Brasil, 2013):

1. A lei nº 3.268/57 autorizou aos Conselhos de Medicina tratar do exercício técnico e moral da medicina;
2. A resolução em questão tem a função apenas de informar aos médicos acerca do exercício ético da profissão, observando a vontade expressa previamente pelos pacientes quanto às condutas médicas que desejam ou não ser submetidos;
3. Respeita a autonomia do indivíduo com base na dignidade humana;
4. Os artigos 1º a 5º do código civil prevê a capacidade de expressão da vontade, não havendo a necessidade de normatização da resolução;
5. A família também será consultada na ausência de diretiva antecipada de vontade;
6. O ato da vontade não necessita de decurso de tempo, assim os pacientes podem suspender as determinações das diretivas a qualquer momento;
7. A Resolução não criou instrumento ilegal de registro da diretiva, pois o paciente pode expressar a vontade por qualquer meio com validade jurídica, sendo esclarecido que o médico registrará as diretivas no prontuário.

Desta forma, a Justiça Federal compreendeu que o CFM não ultrapassava o poder regulamentar autorizado pela lei 3.268/57 e a Resolução 1995/2012 apenas normatizaria o exercício profissional da medicina, respeitando acima de tudo o princípio da dignidade da

pessoa humana, por garantir ao paciente opor-se à terapêutica fútil. Ademais foi mantida a livre manifestação da vontade do paciente, especificando apenas que o médico tem o dever de registrar no prontuário. Com base no Código Civil, conclui que o CFM não tem a obrigação de reiterar a plausibilidade legal da resolução 1995/2012, sendo indeferida a liminar (Brasil, 2013).

Em certos âmbitos jurídicos a resolução tem sido vista como indo de encontro ao direito inalienável à vida, pois nos casos de suspensão da terapêutica em situações de doenças terminais ficaria configurada a omissão de socorro e/ou a antecipação da morte. Através de revisão sistemática da literatura, em oposição à interpretação do MPF, essa pesquisa pretende mostrar em que medida as diretivas não vão de encontro aos princípios da Constituição Federal que salvaguardam os direitos individuais. Nesse entendimento, ao ressaltar a ortotanásia como ato médico legítimo, a Resolução nº 1.955/2012 regulamenta o uso de uma prática ética e legal que avança em direção do respeito à dignidade humana, na forma da promoção da autonomia do paciente, contrapondo-se ao exercício paternalista da medicina.

IV. REVISÃO DE LITERATURA

1. A Morte

“Aqueles que tiveram a força e o amor para ficar ao lado de um paciente moribundo com o silêncio que vai além das palavras saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo. Observar a morte em paz de um ser humano faz-nos lembrar uma estrela cadente. É uma entre milhões de luzes do céu imenso, que cintila ainda por um breve momento para desaparecer para sempre na noite sem fim. Ser terapeuta de um paciente que agoniza é conscientizar-se da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso limitado período de vida. Poucos dentre nós vive além dos setenta anos; ainda assim, neste curto espaço de tempo, muitos dentre nós criam e vivem uma biografia única e nós mesmos tecemos a trama da história humana”.

Elizabeth Kubler Ross

O temor da morte sempre esteve presente em quase todas as culturas e civilizações. Para Kluber Ross (1996), nosso inconsciente não consegue imaginar um fim para nossa vida. Mesmo quando diante de um dano ou de uma enfermidade, ou ainda pelo envelhecimento ou por causas naturais, raramente pensamos sobre a nossa própria morte. Como se dotados de um pensamento mágico, a morte parece não ser possível quando se trata de nós mesmo.

O inconsciente não conseguiria diferenciar o desejo e a realidade. Assim como na infância a morte é vista como transitória, acredita-se que esse é o mesmo ânimo que “motivavam os egípcios a sepultarem seus mortos com pertences e antigos índios americanos a enterrarem seus parentes com os utensílios” (Kubler Ross, 1996).

1.1 Estágios do Processo de morrer

Kubler Ross (1996) descreve cinco estágios pelos quais as pessoas passam ao lidar com a perda, o luto e a tragédia, a saber: primeiro estágio – negação e isolamento; segundo estágio – a raiva; terceiro estágio – barganha; quarto estágio – depressão; quinto estágio – aceitação.

A negação ansiosa provém da informação de um diagnóstico de forma abrupta e é um modo de defesa, na maioria das vezes temporário. Posteriormente o indivíduo pode lançar mão do isolamento, uma forma de afastamento da realidade. Quando o paciente toma consciência da má notícia, geralmente o primeiro estágio é substituído por sentimento de raiva, revolta, ressentimento e inveja daqueles que estão saudáveis. No terceiro estágio, chamado de barganha, o paciente tenta adiar sua morte através de promessas, a exemplo da mudança de estilo de vida (Kubler Ross, 1996).

O profissional de saúde tem o dever de manter o diálogo com o paciente em todos os estágios, ajudando no reconhecimento da realidade e suas prováveis repercussões. Vale ressaltar que o rompimento da promessa de mudar hábitos e estilos de vida não pode significar o rompimento com o diálogo, mas sim o estabelecimento de uma relação de forma real e eficiente (Goldim J., 1998-2014).

Adiante o paciente aceita a ideia de perda do futuro, dos planos e dos sonhos, da impossibilidade de realizar suas expectativas. Este instante não deve ser confundido com uma derrota ou como mera ausência de alternativas, sendo comum a expressão da tristeza. Se minimizada essa perda, há o risco do paciente regredir para a fase de negação (Goldim J., 1998-2014).

Com a superação da perda, ocorre a integração da “notícia ruim”. Neste momento o paciente não é obrigado aceitar a “má notícia”, mas é importante que seja vista como uma possibilidade ainda que futura. Por exemplo, em um paciente que apesar de não ter aceitado sua condição terminal, adere às condutas terapêuticas por ter colocado como possibilidade na sua vida futura a “má notícia” (Goldim J., 1998-2014).

1.2 O tecnocientificismo da medicina e o fim da vida

A partir da metade do século XX, o grande desenvolvimento da medicina trouxe uma série de benefícios, dentre eles a cura de doenças e o prolongamento da vida. Porém, quando há exageros, o sofrimento pode ser adicionado a essas melhorias, principalmente no que concerne ao fim da vida (Pessini, 2007). E mesmo nos dias atuais, a morte continua a ser vista como um tabu entre os profissionais de saúde. Por exemplo, em situações de

terminalidade na qual a morte é inevitável ou já em curso, alguns médicos continuam a insistir na terapêutica sem qualquer ganho, trazendo mais dor e sofrimento aqueles aos quais jurou curar quando possível, mas amenizar o sofrimento sempre (Kovács, 2003).

Com o aumento do poder de intervenção da medicina sobre o ser humano, a morte deixou de ser encarada como um processo natural e passa a ser adiada a qualquer custo. A morte é entendida como falha da técnica, ao invés de parte integrante da vida. A visão da morte como um insucesso do tratamento, uma espécie de falha, gera ansiedade e frustração no médico e cobranças por parte da população (Pazin-Filho, 2005).

Muitos profissionais têm prolongado de forma desnecessária o processo de morte, levando sofrimento a seus pacientes e familiares, praticando a distanásia, que é a morte lenta, prolongada, com sofrimento e agonia (Fortes 2007). Essa preocupação já estava presente na medicina hipocrática, ao alertar que o médico deveria compreender os limites naturais da saúde e da doença, utilizando seu entendimento para estabelecer o equilíbrio entre a beneficência e a não maleficência, evitando o erro da arrogância (Pessini, 2007).

A prática da distanásia nas unidades de Terapia Intensiva basicamente deve-se a três fatores: pedidos da família; a complexidade das tomadas de decisão em equipe multidisciplinar; medo das repercussões ético-legais, a saber: suspensão do tratamento fútil interpretada como eutanásia (Silva, 2012). Contudo para Villas-Bôas (2008), as práticas médicas restritivas não devem ser confundidas com eutanásia. Praticada por piedade diante do sofrimento, a eutanásia é a antecipação da morte. Por sua vez, a ortotanásia é a morte no tempo certo, sem abreviação da vida. Aqui a intenção é diminuir o sofrimento onde não há mais resposta terapêutica.

1.3 Morte Digna

Elaborada pela associação Americana de Hospitais em 1973, a declaração dos direitos dos enfermos trouxe a expressão “direito de morrer”. Isto não significava uma autorização para antecipar a morte, apenas o direito de deixar a vida seguir o curso natural e ter um final com dignidade (Costa et al., 2007).

Segundo Borges (2005), não se deve confundir o direito de morrer dignamente com o direito à morte. Morrer dignamente estaria apoiado em vários direitos e situações

jurídicas, quais sejam: dignidade da pessoa humana, liberdade, autonomia, consciência e direito da personalidade. Garantir o direito à morte digna do paciente terminal representaria o reconhecimento de sua liberdade e autodeterminação.

Com efeito, a dignidade da pessoa humana tem sua previsão como valor supremo na Constituição Federal de 1988 ao trazer como no seu artigo 1º, a dignidade da pessoa humana.

É nesse sentido que Sarlet (2007) conceitua a dignidade da pessoa humana:

“(…) a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que asseguram a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos”. (SARLET, 2007, p. 62)

Em consonância com o conceito de dignidade da pessoa humana tem-se a noção de liberdade. Como ser em busca de auto realização, “a pessoa humana torna-se responsável pela escolha dos meios idôneos para alcançar suas potencialidades” (Branco, et al., 2009). Assim, o Estado Democrático de Direito objetiva que essas liberdades sejam garantidas, como disposto no Art. 5º da Constituição Federal:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...).

Já os direitos da personalidade, considerado essenciais à pessoa humana são aqueles:

(...) “subjetivos da pessoa de defender o que lhe é próprio, ou seja, a sua integridade física (vida, alimentos próprio corpo vivo ou morto, corpo alheio vivo ou morto, partes separadas do corpo vivo ou morto); a sua integridade intelectual (liberdade de pensamento, autoria científica, artística e literária) e sua integridade moral (honra, recato ou intimidade, segredo pessoal, doméstico e profissional, imagem, identidade pessoal, familiar e social)”. (Diniz, 1999).

A Constituição Federal de 1988 fundamenta assim os princípios Direito e da Dignidade da pessoa humana. O indivíduo torna-se o centro da Constituição, que tem o dever de proteger as liberdades individuais e o direito à vida digna. Ora, consciente ou não o paciente terminal ainda está vivo e sua autonomia e dignidade devem ser preservadas.

1.3.1 Um caso real para exemplificar o respeito à dignidade em estágio terminal

Em novembro de 2013, na Primeira Câmara Cível da Comarca de Viamão, Estado do Rio Grande Do Sul, o Ministério Público ingressou com pedido de alvará judicial para suspender a vontade de um idoso de setenta e nove anos, o qual se recusava a ser submetido à amputação de pé esquerdo, por processo necrótico. Além do risco de sepse, sofria de uma lesão tumoral que deprimia seu estado geral, diante do emagrecimento e de anemia severa.

O Ministério Público sustentou que o idoso não tinha condições psíquicas de recusar o procedimento cirúrgico, devendo-se reconhecer a ideia de prevalência do direito indisponível e inviolável à vida, em face da Constituição Federal, impondo a realização do procedimento cirúrgico, mesmo que contrário ao desejo do paciente. Todavia, conforme o inteiro teor do Acórdão N° 70054988266 (N° CNJ: 0223453-79.2013.8.21.7000), apoiado por laudo psiquiátrico, o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul afirmou que o idoso encontrava-se em pleno gozo das suas faculdades mentais, não havendo razão para intervenção do Estado para suspensão de sua vontade.

Embasado em conceitos da Bioética, o Tribunal caracterizou o quadro como ortotanásia, mantendo a recusa do paciente, considerando o procedimento cirúrgico como violação à dignidade da pessoa humana. Ponderou que o artigo 15 do Código Civil, Lei n° 10.406/2002, dispõe que: “*Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.*”.

Por fim, invocando a Constituição Federal, nos seus artigos 5º, *cápita* II e III, entendeu que o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à vida devem ser analisados em conjunto, levando em consideração que o último não é um conceito absoluto, inexistindo a obrigação constitucional de viver.

Para Borges (2005), o Estado tem o dever de oferecer aos seus pacientes os melhores tratamentos médicos, mas é inadmissível que um indivíduo seja obrigado a submeter-se a procedimentos terapêuticos contra a sua vontade. Caso o médico aja em desrespeito à liberdade do paciente, previamente explicitada acerca da recusa de tratamentos, a ação do profissional pode ser caracterizada como lesão corporal, constrangimento ilegal ou cárcere privado.

2 Paciente Terminal

A terminalidade é um conceito relativo. Por exemplo, ainda que um idoso ou um enfermo pareçam estar mais próximos da morte, este fato pode ser contrariado e pessoas mais jovens ou saudáveis podem morrer primeiro do que aqueles “predestinados à morte”. (Kovács, 2003).

Corresponde pois a um processo de morte inevitável, em dado momento da evolução de uma doença e a vida não é mais salvável, ainda que o médico disponha de todos os recursos. Medidas terapêuticas apenas prolongariam o processo de morrer, por meio de terapia fútil e à custa de sofrimento. Nestes casos, a morte deveria ser bem-vinda pois significa o percurso natural da doença, trazendo alívio ao sofrimento (Piva, 2009).

O instante em que o paciente adentra a condição terminal é bastante difícil de ser definido, sendo considerado impreciso e variável. O principal motivo dar-se por grande número de opiniões envolvidas: familiares, profissionais, paciente, comissão de ética, dentre outros. De modo que há discursos discordantes e não uniformes. Por isso, os princípios bioéticos da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça, devem ser realizados sem sequência de prioridade, de acordo com a situação ou contexto (Kovács, 2003).

O princípio da não maleficência estabelece que o médico tem o dever de não causar dano aos pacientes. É considerado um mínimo ético que se não cumprido caracteriza a conduta profissional como negligente. Vale ressaltar que quase toda intervenção médica oferece riscos de complicação, sendo necessário que o profissional pondere riscos e benefícios na tomada de decisões. O princípio da beneficência exige que o médico contribua para o bem-estar dos pacientes. Por sua vez, respeitar a autonomia do paciente significa preservar seus direitos fundamentais, assumindo o “pluralismo ético-social” dos indivíduos. À justiça corresponde o “modo apropriado e equitativo” de oferecer cuidado ao paciente (Loch, 2002).

3 Ortotanásia

Ortotanásia é o termo aplicado à prática médica de suspensão dos meios artificiais para manutenção da vida, ou seja, quando o tratamento não mais promove a recuperação, causando apenas sofrimento (Brasil, 2006).

A prática de suspender o suporte vital fútil é considerada como exercício regular da profissão, enquanto a continuidade de tratamento fútil é tida como atitude não ética, às vezes desumana (Villas-Bôas, 2008). Assim, diz Artigo 41 do Código de Ética Médica:

“o médico deve oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”.

Em 2006 o Conselho Federal de Medicina publica a Resolução 1.805/06 com as regras para a prática de ortotanásia no Brasil. Para tal foi considerado o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana e a garantia de não submissão à tortura ou tratamento desumano, como estabelecidos pela Constituição Federal. Desse modo, torna-se dever do médico de zelar pelo bem-estar do paciente portador de enfermidade em fase terminal, sem instituir terapêuticas inúteis, ampliando o processo da morte e do morrer (Brasil, 2006).

A Resolução diz que o médico pode suspender condutas que apenas prolongam a vida do doente terminal, respeitando o seu desejo ou do seu representante legal. Contudo ressalta que é dever do médico esclarecer as modalidades terapêuticas de cada situação, fundamentando e registrando no prontuário a sua decisão. Também assegura ao doente o direito a uma segunda opinião, receber cuidados para alívio do sofrimento, assistência integral, conforto físico, psíquico, social e espiritual, além do direito à alta hospitalar (Brasil, 2006).

Apesar das oposições à Resolução 1.805/06, principalmente do âmbito jurídico, em 2010 por meio de decisão judicial ficou estabelecido que a interrupção de tratamento a pedido de paciente que se encontra em estado terminal é constitucional (Vasconcelos, 2011). Mantem-se porém os cuidados paliativos que são o conjunto de técnicas com o objetivo de aliviar a dor e o sofrimento, confortar o paciente terminal e seus familiares (Marta, 2010).

4 Diretivas Antecipadas

Na literatura há diversas maneiras de denominar as diretivas antecipadas de vontade: testamento vital; manifestação explícita da própria vontade; biotestamento; diretivas avançadas; testamento biológico; vontades avançadas; entre outros. Porém diretivas antecipadas de vontade parecem mais apropriadas, haja vista que são manifestações de vontade realizadas ainda em vida (Goldim, 2012).

Em 2012 o Conselho Federal de Medicina publica a Resolução 1.995/2012 (**Anexo I**) com o objetivo de regulamentar as diretivas antecipadas de vontade no Brasil. Para tanto foram levadas em consideração a necessidade de disciplinar a conduta médica diante de tal situação; a importância da autonomia do paciente na relação médico-paciente; o equilíbrio entre a beneficência e a não maleficência, ou seja, a utilização de recursos tecnológicos sem quaisquer ganhos terapêuticos, apenas gerando sofrimento (Brasil, 2012)

Definem-se diretivas antecipadas de vontade como *“conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”* (Brasil, 2012).

Nas circunstâncias que o paciente não possa expressar de modo livre e independente o seu desejo, o médico levará em consideração as diretivas antecipadas de vontade, sendo essa preponderante até mesmo diante da opinião de familiares ou representante legal (Brasil, 2012). Só não deve ser considerada quando contrária aos ditames do Código de Ética Médica e que defenda práticas ilegais, como eutanásia e distanásia (Penalva, 2009). As diretivas diretamente comunicadas pelo paciente devem ser registradas no prontuário. Caso não sejam conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem haja consenso por parte dos representantes, quando diante de situação de terminalidade, o médico para embasar a sua decisão deve procurar a comissão de ética médica do hospital ou ao Conselho Regional ou ao Conselho Federal de Medicina para embasar a sua decisão (Brasil, 2012). Logo, parece que as diretivas antecipadas asseguram a vontade do paciente e mostra-se como um avanço ao direito de todos à morte digna (Bomtempo, 2012).

No inciso VII do Capítulo I, o Código de Ética Médica dispõe sobre a possibilidade de o médico negar-se à realização de um ato que vai contra os ditames de sua consciência. Assim, há a possibilidade do profissional médico recusar-se a cumprir a diretiva antecipada de vontade, desde que o motivo da recusa seja externado e que o paciente encaminhado para outro profissional.

No que concerne à possibilidade das diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal contrapor-se ao ordenamento jurídico, a maior preocupação dos médicos é com a prática da eutanásia, considerada ilegal no Brasil. Apesar de poder ocorrer confusão entre a eutanásia e a prática restritiva estabelecida nas diretivas pelo paciente, trata-se de condições diferentes. Eutanásia refere-se à suspensão de meios terapêuticos que são úteis na manutenção da vida, enquanto a conduta restritiva ou ortotanásia permite que o fim ocorra de modo natural, sem antecipar a morte ou diminuir a vida de maneira intencional (Penalva, 2009).

A declaração de vontade oferece como objetivos principais: a garantia ao paciente de que seus desejos serão atendidos em condição terminal, caso não esteja mais consciente ou na posse de sua autonomia; respaldo legal ao médico para agir em condições conflituosas; a suspensão da terapia fútil; manifestação prévia se o paciente deseja ou não ser informado de diagnósticos fatais; a escolha de um representante legal (Penalva, 2009).

Em relação às condutas contraindicadas à patologia do paciente ou surgimento de novas terapias e tecnologias após a declaração das diretivas de vontade utilizadas, estas não devem mais ser levadas em consideração pois se opõem “ao melhor interesse do paciente”. Deste modo, busca-se evitar a restrição de condutas que não mais sejam consideradas como obstinação terapêutica, já que novas possibilidades terapêuticas podem surgir a qualquer tempo (Penalva, 2009).

5 Autonomia

Considerada como a capacidade e o direito de auto determinar-se, o respeito à autonomia do paciente é tido como novo na ética médica. Desconsiderado desde a tradição hipocrática, urge na atualidade devido à capacidade técnica cada vez mais invasiva e pelas pressões sociais contemporâneas por maior participação na tomada de decisões que dizem

respeito à saúde e à doença. O reconhecimento do paciente como uma pessoa dotada de valores fundamentais e determinados é uma vitória sobre o poder da classe médica, tradicionalmente exercido ao longo da história de maneira paternalista, isto é, sem levar em conta a opinião do paciente. Não é incomum o médico desconsiderar o paciente como um indivíduo com direito e capacidade de autodeterminação. Muitas vezes sequer é informado adequadamente sobre o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento de sua doença (Clotet, 1993).

Como lembra o Código de Ética Médica:

“No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, **o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas**” (Princípio XXI, grifo nosso).

“É vedado ao médico, **deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar**, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo” (Art. 24, grifo nosso).

V. METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão sistemática de trabalhos científicos disponibilizados em meio eletrônico. Foram utilizadas duas bases de dados para o levantamento bibliográfico: LILACS e MEDLINE. Os endereços eletrônicos dos bancos de dados são respectivamente: <<http://www.bireme.br/>>; e, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>>. Na identificação de algum trabalho incluído nos critérios desta pesquisa e diante de sua indisponibilidade na rede, buscou-se a aquisição por via manual na Biblioteca Universitária de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

As estratégias de buscas utilizadas foram retiradas do vocabulário controlado do “Descritores em Ciências da Saúde (DeCS),” publicação da BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde); Dos termos “Medical Subject Headings (MeSH)” da United States National Library of Medicine, usados na maneira de ordenar e na recuperação dos registros incluídos no “Medline”.

Descritores: Determinações Prévias (Ética Médica), Diretivas Antecipadas (Ética Médica), Diretrizes Antecipadas, Ordens Antecipadas, Decisões Antecipadas, Diretivas de Futuro, Procuração para Assistência à Saúde, Procuração Médica.

“Keywords” (“Mesh Terms”): Foi utilizado o termo “advance directives” que está relacionado com: “Medical Power of Attorney”, “Attorney Medical Power”, “Psychiatric Will”, “Ulysses Contracts”, “Health Care Power of Attorney”, “Attorney Healthcare Power”, “Advance Directive Adherence” . Usou-se também “Living Wills”.

Crítérios de inclusão: artigos que abordam a autonomia do paciente em estágio terminal, relacionando-a de alguma forma às diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal; trabalhos que discutam a resolução nº 1.995/2012 do CFM; estudos que retratem questões ético-legais envolvidas em Unidade de Terapia Intensiva; pesquisas que discutam a ortotanásia, dando ênfase às condutas restritivas decididas pelo paciente terminal; versar sobre a realidade brasileira; em língua portuguesa.

Critérios de exclusão: trabalhos de periódicos que não envolvessem a medicina ou ciências da saúde; discussões que não fossem direcionadas à condição de terminalidade; artigos que tratassem da autonomia do paciente e da judicialização da medicina, sem abordar as diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal.

VI. RESULTADOS

A seleção de artigos para o estudo foi realizada nas bases de dados Lilacs e Pubmed. Obteve-se 45 artigos, após a exclusão dos achados repetidos nas diferentes estratégias de busca, especificados na Tabela abaixo.

Tabela 1: número de artigos encontrados nas bases de dados com as respectivas estratégias de buscas

	<u>Bases de dados</u>			
	Lilacs	Pubmed	Artigos Repetidos	Artigos triados
Diretivas Antecipadas	16	-	-	16
Advance Directives	-	6	1	5
Testamento Vital	7	-	5	2
Living Wills	-	2	2	-
Decisões Antecipadas	13	-	12	1
Medical Power of Attorney	-	7	6	1
Determinações Prévias	8	-	7	1
Decisões Prévias	23	-	12	11
Decisões Antecipadas	19	-	16	3
Diretivas de Futuro	14	-	10	4
Declarações prévias de Vontade	1		1	1
TOTAL				45

Após análise de seus títulos e resumos, dos 45 artigos triados na primeira etapa foram eleitos 19 artigos. Dentre os 19 artigos havia um do Panamá, cuja abordagem não interessava ao trabalho e por isso foi excluído. Assim foram selecionados 18 artigos para revisão sistemática.

Desses 18 trabalhos, apenas 15 artigos estavam disponíveis para realização de “download”. Dos três artigos “indisponíveis”, dois artigos foram encontrados em uma busca manual na Biblioteca Universitária de Saúde da Universidade Federal da Bahia, a saber: *Diniz D. Pró-escolha ou antívvida? Um estudo sobre a eutanásia e o suicídio assistido. Saúde debate. 1996, jan; (51): 16-21.*, e *Chacon et al. “Mentira piedosa” para pacientes com câncer. Rev Assoc Med Bras. 1995, jul-ago; 41(4): 274-6.* Um artigo foi encontrado no sistema Bireme, na Universidade de São Paulo (USP): *Grinberg M. Justa causa e quebra de sigilo médico. Diag. Tratamento. 2007, jul-dez; 12(3): 135-136.* Após a leitura desses três artigos, nenhum abordava as diretivas antecipadas como participante no processo. E Grinberg (2007) não direcionava a discussão para terminalidade. Desta forma, os três trabalhos foram excluídos e a Revisão Sistemática baseou-se em 15 artigos, tal como exposto abaixo.

Quadro 1: Descrição dos 15 artigos selecionados

Autor/Ano	Tipo de Estudo	Título	Base de dados	Argumento
Kovács, Maria Julia/2014	Revisão de literatura	A caminho da morte com dignidade no século XXI	Lilacs	A tecnologização da medicina e o aumento da expectativa de vida contribuem para a morte indigna.
Nunes M, dos Anjos MF/2014	Revisão da Literatura	Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites.	Lilacs	A DAV propicia um diálogo paciente – família –médico capaz de refletir as crenças, os valores, necessidades, metas de cuidado e preferências do paciente.
Bussinguer, Elda Coelho de Azevedo; Barcellos, Igor Awad/2013	Revisão de Literatura	O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade	Lilacs	A resolução 1.995/2012 do CFM é legítima e não há necessidade de legislação específica para sua efetivação.
Dadalto, Luciana/2013	Revisão de literatura	Reflexos Jurídicos da Resolução CFM 1.995/2012	Lilacs	Há necessidade de legislação específica sobre as diretivas antecipadas de vontade no Brasil

Continua.

Quadro 1. [continuação].

Dadalto, Luciana; Tupinambás, Unai; Greco, Dirceu Bartolomeu./2013.	Revisão de literatura	Diretivas Antecipadas de Vontade: Um modelo Brasileiro	Lilacs	No Brasil, as DAV devem ser consideradas caso a caso, pois é baseada na subjetividade de cada paciente.
Linhares, Daniela Grignani; Siqueira, José Eduardo de; Previdelli, Isolde T S./ 2013	Estudo Transversal retrospectivo	Limitação do Suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica.	Lilacs	Diante da insegurança para conduzir conflitos morais complexos, a preocupação maior dos médicos foi a sua proteção de processos judiciais.
Rocha AR, Buonicore GP, Silva AC, Pithan LH, Feijó AGS/2013	Revisão de literatura	Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética	Lilacs	As DAV garantem ao paciente terminal a não realização da prática de distanásia e dão respaldo legal às decisões médicas.
Alves, Cristiane Avancini; Fernandes, Marcia Santana; Goldim, José Roberto/2012	Revisão de literatura	Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente	Lilacs	A autonomia do paciente não desconsidera a opinião do médico e é essencial para a decisão compartilhada.
Grinberg M, Chehaibar GZ/2012	Carta ao Editor	Living Wills	Pubmed	Os médicos residentes mostraram-se receptivos às DAV e logo respeitosos com o direito à morte digna.
Forte, Daniel Neves/2011	Estudo Transversal	Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI.	Lilacs	Investir na educação médica em relação aos cuidados paliativos e o final de vida em UTI pode evitar a postura paternalista.

Continua.

Quadro 1. [continuação].

Piva, Jefferson Pedro; Garcia, Pedro Celiny Ramos; Lago, Patrícia Miranda./2011	Revisão de literatura	Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria	Lilacs	Nos processos decisórios das crianças em estágio terminal, os familiares devem ser incluídos.
Stolz, Camila; Gehlen, Géssica; Bonamigo, Elcio Luiz; Bortoluzzi, Marcelo Carlos/2011.	Estudo Transversal	Manifestações das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia.	Lilacs	Ao respeitarem autonomia do paciente, as DAV contribuem com a inibição da distanásia.
NUNES, Rui/2009	Revisão de literatura	Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais	Lilacs	As DAV são instrumentos de respeito à dignidade humana e para isso precisa-se instituir <i>guidelines</i> que legitimem a prática de ortotanásia.
Fernandes L./2008	Revisão de literatura	Aspectos éticos e legais nos estágios avançados de demência	Pubmed	Pacientes com demência, em estado avançado, geralmente é terminal e tem direito à qualidade de vida, conforto e dignidade.
Floriani, Ciro Augusto; Schramm, Fermin Roland/2008	Revisão da literatura	Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades	Lilacs	Autonomia é fundamental para efetivação do cuidado paliativo, o qual concilia a sacralidade com a qualidade de vida.

Kovács (2014) escreveu um artigo de atualização para discutir sobre a morte com dignidade no século XXI. Percebe que o uso abusivo da técnica nas práticas de saúde associado ao aumento da expectativa de vida da população tem proporcionado uma morte indigna, com prolongamento do sofrimento, o isolamento, o afastamento do núcleo familiar e

a negação de valores e crenças essenciais para vida do indivíduo. Afirma que os profissionais de saúde dedicam-se em manter a vida do paciente, preocupando-se apenas com os indicadores das funções vitais. De modo geral, os médicos sentem-se frustrados e fracassados diante da finitude, pois encaram a morte como uma inimiga a ser sempre vencida. Por isso, as diretivas antecipadas além de respeitar a particularidade do indivíduo, é um documento que respalda a conduta do médico nas situações conflituosas, protegendo-os da acusação de omissão de socorro ou eutanásia.

Para Nunes (2014), dentre os efeitos benéficos das diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal destacam-se: a realização do desejo do paciente por tratamentos menos invasivos; respeito às, crenças, valores, metas de cuidado, preferências e necessidades do indivíduo; contribui com as discussões durante o estágio de terminalidade e facilita que a equipe de saúde e os familiares cheguem ao consenso das melhores condutas. Como único ponto negativo destaca a necessidade de transferir o paciente terminal para outra equipe de saúde, quando o desejo do indivíduo conflita com as convicções pessoais do médico responsável. Constata que há no Brasil uma carência de estudos sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal, tema tão complexo. A produção de literatura especializada na temática serviria: para o entendimento das reais limitações do testamento vital; apontar ações que possam melhorar o cuidado prestado no final da vida; valorização da autonomia dos pacientes, para que o direito à morte digna deixe de ser tão somente um conceito e torne-se realidade.

Bussinguer (2013) ratifica a importância de o médico agir como “condutor do processo terapêutico” e não “senhor do destino de seus pacientes”. Contudo o assunto é difícil de ser enfrentado. Apesar do CFM discutir o tema, notadamente por meio da resolução publicada, há limitação jurídica. Pois ao respeitar à Resolução nº 1.995/2012, o médico pode sofrer o risco e de ser questionado judicialmente acerca da conduta de não intervenção. Assim, a regulamentação da ortotanásia através de lei ainda que infraconstitucional, ou seja, aquela que ocupa um nível inferior embora em acordo com à carta magna, contribuiria para a eficiência no exercício das diretivas antecipadas e concretização dos direito previsto pela constituição.

Dadalto (2013) buscou averiguar os aspectos jurídicos da Resolução CFM 1.995/2012 e defende a necessidade de legislação específica no Brasil, acerca do assunto. Assim como as

outras disposições do CFM, a Resolução tem força de lei apenas entre os médicos. De tal forma que não se pode afirmar que as diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal estejam legalizadas no país, ainda que seja inquestionável o importante passo assumido pelo CFM ao dispor sobre a prática no país.

Dadalto et al. (2013) realizaram uma pesquisa com oncologistas, intensivistas e geriatras em Belo Horizonte, Minas Gerais, apontando para a necessidade de um direcionamento do poder Legislativo, diante do receio por parte do médico de ser processado.. Além disso, indica a necessidade de uma postura ativa do profissional, a fim de auxiliar o declarante acerca da definição de condutas passíveis de restrição e expressar a vontade real do paciente terminal. Mostra assim que há desconhecimento da Resolução CFM 1.995/2012 por parte dos médicos e da sociedade em geral.

Linhares (2013) realizou um estudo de corte transversal, descritivo e retrospectivo em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, Paraná. Teve como variáveis analisadas: a tomada de decisões dos médicos quanto o uso de medidas de suporte vital de vida; ordens de não reanimação e qualidade da relação dos profissionais com familiares dos pacientes. Constatou que apenas em 5% dos casos havia registro no prontuário de diálogo com os familiares acerca das condutas a serem definidas; não havia registro de contato com o comitê de ética do hospital; a ordem de não ressuscitar foi indicada em 35,1% dos pacientes; em seis pacientes com diagnóstico de morte encefálica não havia registro de retirada do suporte vital. Parece haver insegurança por parte de profissionais de saúde para conduzir casos que envolvem complexos conflitos morais, ao tempo que temem suspender procedimentos de suporte de vida e ser processados por omissão de socorro.

Rocha (2013) ressalta que nos últimos anos o respeito à autonomia e o domínio do paciente sobre seu corpo e mente tem sido mais valorizados na medicina intensiva, graças ao reconhecimento crescente da necessidade de embasamento ético-moral nas decisões médicas. A declaração prévia de vontade do paciente terminal surge como garantia de que não será praticada a distanásia. E oferece ao médico um respaldo legal para que ele possa proceder com as decisões no final de vida do paciente, mostrando-se como instrumento útil diante de alguns dilemas éticos que surgem nesse contexto.

Alves (2012) reconhece o crescente respeito à autonomia e à autodeterminação dos pacientes, na prática médica. Como marcos regulatórios ético-legais que asseguram esse direito, cita o Código de Ética Médica que dispôs em seus artigos o respeito à autonomia do paciente e a Resolução 1.995/2012 como decisão compartilhada. Desse modo, por não haver predomínio de uma vontade sobre a outra, mas antes uma adequação entre ambas, fica caracterizada a relação de corresponsabilidades e de respeito às diferenças de valores.

Grinberg (2012) realizou uma pesquisa sobre a DAV com 32 médicos residentes do Instituto do Coração (InCor) na cidade de São Paulo, São Paulo. Obteve que 96,8% dos residentes consideraram a DAV útil para tomada de decisão, 84,3% respeitariam o desejo de seus pacientes sem questionamentos e 96,8% consideraram que seus pacientes poderiam fazer modificações no documento ao longo do tempo. O autor considerou que os jovens médicos mostraram-se bem receptivos à DAV e cientes do dever de respeitar o direito à morte digna, o que ressalta a importância da educação médica centrada em questões técnicas e éticas. Por tratar-se de uma publicação em forma de carta ao editor, o trabalho completo foi requisitado, mas Grinberg afirmou que por enquanto a pesquisa só poderia ser acessada dessa maneira.

Forte (2011) realizou um estudo com médicos que atuavam na UTI do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Percebeu que a maioria das decisões no fim de vida em UTI envolveram exclusivamente os médicos. Os profissionais que mostravam mais conhecimento sobre cuidados paliativos tendiam a não empreender medidas terapêuticas fúteis ou a ordem de não ressuscitar, diante dos casos apresentados.

Piva (2011) objetivou discutir dilemas que cercam as decisões do final da vida de crianças com doenças em estágio terminal. Identificou que muitos pacientes com doença terminal quando internados, acabam recebendo uma terapia que visa à cura. Além disso, não é incomum presenciar profissionais que questionam o amparo ético e legal de uso do suporte paliativo. Parece pois que quando não há um preparo prévio para lidar com a técnica do cuidado paliativo, o médico tende a atuar de forma mais obstinada.

Stolz (2011) fez um estudo descritivo transversal, com médicos da Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense. Buscou avaliar se as vontades antecipadas seriam respeitadas no momento de incapacidade do paciente e se este documento serviria para diminuir

a prática da distanásia. Ainda que realizado antes da regulamentação da Resolução 1.995/2012, a maioria dos médicos afirmou respeitar a vontade dos pacientes quanto ao tratamento, em casos de terminalidade, o que ressalta a importância da educação ética para formação de profissionais mais sensíveis ao respeito à morte digna.

Nunes (2009) definiu propostas sobre suspensão e abstenção de tratamento nos doentes terminais, baseadas no consenso internacional sobre ortotanásia. O autor demonstra que o consentimento informado quando em estágio terminal, não é uma prática conhecida e exercida pelo paciente. Assim, cabe ao médico esclarecer e envolver o indivíduo no processo de discussão que decidirá as circunstâncias no final de sua vida. Quando não for possível estabelecer a vontade prévia do indivíduo, o profissional precisa agir com razoabilidade e proporcionar o “melhor interesse” do paciente. Para isso, é importante basear-se no disposto pela *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* que dispõe que o bem-estar e os interesses do paciente prevalecem em relação aos interesses da ciência ou da sociedade. Para isso, os efeitos benéficos devem ser maximizados; os maléficos minimizados; respeitar à autonomia; toda intervenção médica deve ser precedida por consentimento prévio, livre e esclarecido.

Fernandes (2008) aborda aspectos éticos e legais que envolvem a demência. Para o autor, os casos avançados de demência devem ser vistos como doença terminal, nos quais não se deve priorizar o prolongamento da vida a qualquer custo e sim oferecer qualidade de vida, conforto e dignidade.

Floriani (2008) buscou descrever e analisar as intervenções passíveis de uso em condição terminal, enfatizando os cuidados paliativos que buscam conciliar a sacralidade da vida com a qualidade de vida, sem prolongar a morte. Ressalta as DAV como instrumento que garante a autonomia do paciente, pilar para a boa prática profissional no final da vida, com uma morte sem dor e com dignidade. Discute também os desafios e as dificuldades para a concretização das DAV na prática diária, ressaltando que aqueles profissionais que acreditam serem detentores de um “saber maior” tem dificuldade em desprender-se de suas convicções.

VII. DISCUSSÃO

A discussão de questões bioéticas e incorporação de certos avanços no respeito à autonomia do paciente ainda é muito recente no Brasil. O exemplo disso é a regulamentação por parte do CFM das diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal, apenas em 2012, enquanto em outros países a discussão e decisões sobre o final da vida vêm de longa data. A Espanha legislou sobre o assunto no final do século XX e o Estado Estadunidense da Califórnia legalizou o testamento vital em 1976 (Nunes, 2009).

Ao defender a sacralidade à vida tanto por questões morais quanto a fim de propiciar o aumento na confiabilidade da relação médico-paciente, torna-se imprescindível ressaltar que as “diretivas antecipadas de vontade não se tratam de suicídio, omissão de socorro ou eutanásia”, e sim do respeito à autonomia do indivíduo e ao seu direito à possibilidade de escolha (Kovács, 2014). Para tal, o documento deve ser realizado enquanto o paciente se apresenta consciente e é importante que o médico registre no prontuário as condutas realizadas em consonância com os ditames éticos do Código de Ética médica, tal como dispõe o CFM. Vale ressaltar que o CEM condena a eutanásia, a distanásia, a omissão de socorro e preza pelo exercício da ortotanásia.

O papel dos médicos deve ir além do registro das diretivas antecipadas no prontuário. O profissional deve ter uma postura ativa, a fim de auxiliar o declarante acerca da definição de condutas passíveis de restrição; expressar a vontade real do paciente quando em situação terminal e informar ao seu paciente sobre a existência da Resolução (Dadalto, 2013).

Os estudos apontam não haver inconstitucionalidade quando se leva em conta as diretivas antecipadas do paciente em estado terminal e incapaz de expressar suas vontades. Haja vista que o bem jurídico defendido pelas Diretivas Antecipadas é o “respeito à vida e à morte”, os quais são garantidos pela Constituição Federal. Em estágio terminal com a morte já instaurada e sem possibilidade de reversibilidade, o direito à morte apresenta-se como princípio fundamental (Bussinguer, 2013). Alguns autores defendem contudo que as leis infraconstitucionais garantiriam maior eficiência no exercício do testamento vital; concretização dos direitos previstos pela constituição; inibição mais efetiva na prática de distanásia e respaldo legal ao profissional médico nas condutas restritivas a serem tomadas

em condição de terminalidade, protegendo-os da acusação de omissão de socorro ou eutanásia (Rocha, 2013; Scalldaferri Pessoa, 2014; Kóvacs, 2014).

Ainda que se reconheça a atitude do Conselho Federal de Medicina em discutir o assunto no país, para esses autores a Resolução nº 1.995/2012 tem força de lei apenas entre os médicos, havendo a necessidade de legislação específica. O CFM não possuiria competência legal necessária para regulamentar questões como: especificação dos sujeitos capazes de realizar as diretivas, estabelecimento de condutas que podem ser aceitas ou rejeitadas, criação de um Registro Nacional, exigência da obrigatoriedade do registro em cartórios de nota e determinação da participação de um médico na elaboração das diretivas antecipadas (Dadalto, 2013).

Haveria ainda a assistência aos pacientes em estado vegetativo persistente e impossibilitados para uma vida de relação. Para Nunes(2009), as DAV não abrangeriam tais casos, devendo haver uma legislação que estabelecesse os limites para as práticas de tratamento destes casos. Ressalta-se contudo que aqui se está diante da discussão da prática de eutanásia, visto que esses pacientes não são considerados portadores de doença terminal.

Porém há dados suficientes na literatura que comprovam a legitimidade da Resolução nº 1.995/2012. A começar pelo respeito à autonomia do paciente, que fica ameaçado quando ele adocece, favorecendo o paternalismo médico e a superproteção dos familiares que cercam os doentes. Deste modo é comum que em situação de terminalidade haja diminuição da possibilidade do indivíduo de decidir sobre a vida e a morte. A autonomia do paciente é uma das razões suficientes para a boa prática profissional no final da vida, na garantia de uma morte sem dor e com respeito às vontades do paciente (Floriani, 2008).

Kovács (2014) destaca as diretivas antecipadas como um instrumento capaz de respeitar a particularidade do indivíduo e respaldar a conduta do médico nas situações conflituosas, protegendo-os da acusação de omissão de socorro ou eutanásia. Nunes (2009) afirma que as diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal tem se mostrado como um garantidor dos direitos individuais, do sentimento de autodeterminação e independência diante dos atos médicos indesejáveis.

Segundo Scalldaferri Pessoa (2014) o paciente terminal pode escolher ou não ser tratado, repetindo sua autonomia. Para tal é preciso que o indivíduo seja esclarecido sobre a real natureza de sua doença e o seu prognóstico, além das consequências obtidas com eventuais recusas terapêuticas. Por conseguinte, o enfermo poderá confrontar os tratamentos oferecidos com seus valores, de acordo com os projetos de vida elaborados, de maneira que sejam contrabalanceados os riscos e benefícios para que seja consentida ou não as condutas médicas. E assim o respeito às pessoas é traduzido pelo princípio da autonomia, sendo este intrinsecamente relacionado a dignidade da pessoa humana.

Ao tratar do direito à autonomia, vale a pena ressaltarmos documentos clássicos, como a Lei nº 8080/1990 (Lei orgânica) e a carta dos Usuários da saúde. O primeiro dispõe em seu artigo 7º parágrafo III acerca da “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, e no parágrafo V estabelece que as pessoas tenham direito à informação sobre sua saúde. A carta dos Usuários de saúde apresenta como quarto princípio a garantia de que o cidadão tem direito a um atendimento que respeite aos seus valores, para tal tendo o direito de “consentir ou recusar de forma livre e voluntária” após esclarecimento prévio, a não ser que haja risco à saúde pública. Além disso, o paciente tem direito à revogar a qualquer instante a decisão tomada sem imputar em “sanções morais, administrativas ou legais”. E diante da incapacidade de exercer sua autonomia, o paciente pode indicar um representante legal de sua livre escolha.

O direito de adotar decisões sobre a própria saúde surge como um direito novo graças à mudança de paradigma na relação médico-paciente de paternalista para o do consentimento informado. O consentimento informado trata dos devidos esclarecimentos sobre o diagnóstico, o prognóstico e o plano terapêutico, tendo em vista uma tomada de decisão compartilhada. Tal paradigma atual trata-se de um diálogo na relação clínica e que não se confunde com paternalismo ou o autonomismo, que é a transferência de responsabilidade, ainda que o paciente tenha a palavra final. Em relação à diminuição da autonomia por limitações etárias ou indivíduos incapazes de compreender os tratamentos e suas implicações, as informações devem ser levadas ao responsável legal do paciente, sendo este quem decide sobre o tratamento ou não (Scalldaferri Pessoa, 2014).

A tecnologização dos serviços de saúde levou à ideia de morte como falha da medicina, ao invés de parte integrante do ciclo da vida (Pazin, 2005). Em condições de terminalidade a

morte é inevitável, mas ainda assim alguns médicos prescrevem condutas terapêuticas inúteis que só acrescentam mais dor e sofrimento aos pacientes (Kovács, 2003). Sem ao menos explicar-lhes o prognóstico real da doença terminal, por conseguinte negam aos seus pacientes o direito deles conduzirem os últimos dias de sua vida. Desse modo, os médicos que acreditam serem “detentores de um saber único”, têm dificuldades em abrir mão de suas convicções e vêem os cuidados paliativos como práticas contrárias aos ditames legais da profissão (Floriani, 2008). O que mostra a importância da educação ética na formação do médico. A incorporação dessas questões éticas, bioéticas e legais no curso médico pode tornar o profissional mais preparados para lidar com os dilemas que perpassam a terminalidade, bem como mais inclinado à prática da ortotanásia.

Cuidados paliativos e curativos são medidas complementares, não podendo ser consideradas como opostas ou excludentes. O cuidado paliativo oferece uma melhor qualidade de vida para os pacientes e seus familiares, por meio de uma abordagem multidisciplinar, na qual o cuidado deve ser mantido além do momento óbito. As famílias sentem-se confortadas e valorizadas ao poderem discutir com os profissionais a condição terminal do seu ente, além de ajudar na elaboração do luto (Piva 2011).

É necessário que os médicos se interessarem mais por questões jurídicas, haja vista que a prática da medicina envolve marcos legais. Além disso, é imprescindível que o profissional de saúde respeite o paciente como o juiz de sua própria vida. Salvo em caso de risco iminente de morte, é dever do médico esclarecer em linguagem clara e acessível, a patologia, as possibilidades de tratamento, os efeitos adversos, as limitações e a possibilidade de complicações (Udelsmann, 2002).

Há a possibilidade do indivíduo ser civilmente capaz, contudo de acordo com a avaliação médica encontrar-se com as faculdades mentais afetadas, de maneira que esteja incapacitado por fazer decisões. Por exemplo na alteração da consciência secundária ao uso de alguma medicação ou obnubilação pelo curso natural da doença. Assim, o que se discute é a capacidade do paciente em compreender as informações fornecidas pelo médico e a partir daí tomar uma decisão, não a capacidade estabelecida pelo Código Civil de 2002 (Dadalto, 2013).

Após a Resolução nº 1.995/2012 do CFM houve um aumento exponencial no número de trabalhos científicos e na realização do documento no país (Dadalto, 2013). Contudo ainda há poucos estudos sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal no Brasil, o que dificulta o entendimento de discussões sobre o assunto. Desse modo, uma limitação dessa Revisão Sistemática foi a escassez de trabalhos sobre o tema. Parece pois ser imprescindível a realização de novos estudos que na área, principalmente sobre a efetividade do ensino de ética e bioética na formação de médicos sensíveis ao respeito das diretivas antecipadas de vontade, à autonomia do paciente, distantes da prática da distanásia e versados em cuidados paliativos.

VIII. CONCLUSÕES

1. Mesmo com a escassez de estudos, a literatura apresentou evidências suficientes para mostrar a constitucionalidade e a legalidade da Resolução nº 1.995/2012 do CFM, em respeito ao direito à morte digna.
2. O CFM não ultrapassou as barreiras do seu poder regulamentar, haja vista que o objetivo principal da Resolução é de orientar os médicos de como agir em condição de terminalidade.
3. O prontuário é um instrumento legal para o registro das diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal.
4. A Resolução nº 1.9995/2012 não exclui os familiares das decisões, apenas prioriza os desejos do paciente terminal. E na inexistência de manifestações antecipadas, recorre-se ao familiar mais próximo.
5. O CFM não tem a obrigação de exigir a prova da capacidade civil para manifestação de vontade do paciente. Haja vista que na relação médico-paciente a capacidade do paciente em compreender as informações fornecidas pelo médico é mais importante que a capacidade estabelecida pelo Código Civil de 2002.
6. As informações devem ser levadas ao representante legal das crianças e daqueles indivíduos incapazes de compreender os tratamentos e suas implicações. São os responsáveis que vão consentir ou não o tratamento, bem como responsabilizar-se pela decisão..
7. Não há a necessidade do CFM estabelecer um decurso de tempo para as Diretivas Antecipadas de vontade, pois o paciente pode revogar o documento a qualquer momento.
8. As diretivas antecipadas de vontade surge como um instrumento do exercício autonomia do paciente quando em situação terminal.
9. Não há necessidade de uma lei infraconstitucional para legitimação das DAV
10. Diante da insegurança para conduzir conflitos morais complexos, a preocupação maior dos médicos têm sido a proteção contra processos judiciais.
11. É necessário que sejam feitos novos estudos para determinar conhecimento dos médicos acerca das diretivas antecipadas de vontade do paciente terminal.
12. O ensino da ética e da bioética pode ser um método efetiva na incorporação de condutas humanísticas diante dos dilemas que envolvem a morte e o morrer.

IX. SUMMARY

ADVANCE DIRECTIVES OF THE TERMINAL PATIENT'S WILL IN BRAZIL. Background: The CFM Resolution No. 1,995 / 2012 regulates the advance directives of the terminal patient's will in Brazil, in view of the respect for human dignity. However, in 2013, federal prosecutors drafted a public civil lawsuit claiming the illegality and unconstitutionality of the resolution, which generated doubts and trepidations among medical professionals. **Objective:** By means of a systematic review, to show how respecting the advance directives of patients meets constitutional principles, stressing the legality of orthonasia in cases of terminal illness. **Material and Methods:** A systematic review of LILACS and Pubmed databases was conducted. For the first source of data, the search strategy included the terms "advance directives", "living will", "anticipated decisions," "preliminary determinations", "advance decisions", "advance decisions" "Policies future" and "previous declaration of will. For the second, the keywords were: "advance directives", "living wills" and "medical power of attorney.". Included were only articles that focused on brazilian reality. **Results:** 45 articles were found. After reading their titles and abstracts, 26 were excluded. Among 19 articles pre-selected, 1 was excluded for not focusing on brazilian reality and 3 were excluded for not meeting the inclusion criteria. After all, the review included 15 articles. **Discussion/ Conclusions:** The Federal Board of Medicine does not extrapolate its power to regulate Resolution No. 1,995 / 2012. Advance directives represent a legitimate and constitutional act, as it ensures the terminal patient's autonomy, with respect to a dignified death and the sacredness of life. Also, it supports the physician's conducts in conflict situations, protecting him from accusations of failure to rescue or euthanasia. Therefore, there seems no need for infra-laws for its effectuation.

KEY WORDS: 1. Advance directives; 2. Autonomy; 3. Palliative Care; 4. Terminality

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves CA, Fernandes MS, Goldim JR. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Rev HCPA & Fac Med Fed Rio Gd do Sul* 2012 out; 32(3):358-362.
2. Bomtempo TV. Diretivas antecipadas: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. *Revista de Bioética y Derecho* 2012 set;(26):22-30.
3. Borges, RCB. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. *Jus Navigandi* [internet]. 2005 nov [citado 2014 mar 9]; 10(871): v. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/7571>.
4. BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. COELHO, Inocêncio Mártires; e MENDES, Gilmar Ferreira. *Curso de Direito Constitucional*. 4. ed. rev., e atual – São Paulo: Saraiva, 2009, p. 402.
5. Brasil. Conselho Federal de Medicina. 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 seu representante legal. Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. *Diário Oficial da União*. 2006 Nov 28: seção I, p.169.
6. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. *Diário Oficial da União*. 2012;Seção I (170):269-270.
7. Brasil. Procuradoria da República em Goiás. Decisão Liminar da Ação Civil Pública do MPF n. 0001039-86.2013.4.01.3500/classe: 7100, de 14 de março de 2013, contra resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: URL: http://www.testamentovital.com.br/sistema/arquivos_legislacao/decisao%20liminar.pdf
8. Bussinguer ECA, Barcellos IA. O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade. *Ciênc. Saúde coletiva* 2013 set;18(9):2691-2698.
9. Chacon JP, Kobata CM, Liberman SP. “Mentira piedosa” para pacientes com câncer. *Rev Assoc Med Bras* 1995 jul;41(4):274-6.
10. Clotet J. Por que Bioética?. *Bioética (PUCRS)* 1993;1(1):13-19.
11. Constantino CF, Hirschheimer MR. Dilemas éticos no tratamento do paciente terminal. *Rev. Bioét* 2009 set;13(2):85-96.

12. Constituição Federal: consulta em 29/06/2014, 10:26.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
13. Costa ALG, Tróculo Neto VJ, Barbieri. Ortotanásia: o paciente terminal, o direito de morrer dignamente e a visão dos operadores de Direito da Comarca de Muriaé, MG. *Revista Jurídica da Faminas ago-dez; 3(2): 121-140.*
14. Cruz MLM, Oliveira RA. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. *Rev. bioét 2013 set;21(3):405-411.*
15. Dadalto, L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/2012. *Rev Bioét 2013 abr;21(1):106-12.*
16. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev Bioét 2013 dez;21(3):463-476.*
17. Diniz D. Pró-escolha ou antividua? Um estudo sobre a eutanásia e o sucídio assistido. *Saúde debate 1996 jan;(51):16-21.*
18. DINIZ, Maria Helena. *apud* GUERRA, Sidney César Silva. A liberdade de imprensa e o direito à imagem. Rio de Janeiro: Renovar, 1999. p. 47.
19. Fernandes L. Aspectos éticos e legais nos estados avançados de demência. *Acta Med Port 2008 out;21(1):65-72.*
20. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciênc. Saúde Coletiva 2008 dez;13(2):2123-2132.*
21. Forte DN. Associações entre a características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2011.
22. Fortes PAC. A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa. *Rev. Assoc. Med. Bras 2007 jun;53(3):195-97.*
23. Goldim JR. Diretivas antecipadas de vontade: comenários sobre a resolução 1995/2012 do conselho Federal de Medicina/Brasil. *Bioética(UFRGS)*. 2012, set. Disponível em: URL: <http://www.bioetica.ufrgs.br/diretivas2012.pdf>
24. Goldim JR. Fases do processo de entendimento de más notícias. *Bioética (UFRGS)*. 1998. Disponível em: URL: <http://www.bioetica.ufrgs.br/estagio.htm>
25. Grinberg M, Chehaibar GZ. Testamento vital. *Arq. Bras. Cardiol 2012 dez;99(6):1166-1166.*
26. Grinberg M. Justa causa e quebra de sigilo médico. *Diag. Tratamento 2007 jul-dez;12(3):135-136.*

27. Hentz AS. A relação médico-paciente e o dever de informar. Jus Navigandi. 2009, mai; ano 14, nº 2146. Disponível em: URL: <http://jus.com.br/artigos/12858>
28. Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA, Souza LL, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre ortotanásia. Rev Bioét 2010 mai;18(2):275-288.
29. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Revista Bioética 2014 abr;22(1):94-104.
30. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicol. USP 2003;14(2):115-167.
31. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996. 13-95 p. Disponível em: URL: <http://psicologianicsaude.files.wordpress.com/2012/11/kc3bcbler-ross-elizabeth-sobre-a-morte-e-o-morrer.pdf>.
32. Linhares DG, Siqueira JE, Previdelli ITS. Limitação do suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev. bioét. 2013 mai;21(2):291-7.
33. Loch JA. Princípios da Bioética. Uma Introdução à Bioética. Temas de Pediatria Nestlé 2002 n. 73: 12-19.
34. Marta GN, Hanna AS, Silva JLF. Cuidados paliativos e ortotanásia. Diagn Tratamento 2010 mar;15(2):58-60.
35. Nunes R. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. Rev. bioét. 2009 dez;17(1):29-39.
36. Nunes M, Fabri dos Anjos M. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. Rev bioé. 2014 ago; 22(2): 241-51.
37. Pazin-Filho A. Morte: considerações para a prática médica. Medicina (Ribeirão Preto). 2005 jan;38(1):20-25.
38. Penalva L. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. Rev bioé. 2009 mar;17(3):523-43.
39. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2007. 147 p. Disponível em: URL: http://books.google.com.br/books?id=mD4Vixs8_4MC&printsec=frontcover&dq=pessini+l.+distan%C3%A1sia+at%C3%A9+quando+prolongar+a+vida&hl=pt-BR&sa=X&ei=OxICVI3FOKLLsASC7IKgDg&ved=0CCYQ6wEwAA#v=onepage&q=pessini%20l.%20distan%C3%A1sia%20at%C3%A9%20quando%20prolongar%20a%20vida&f=false.
40. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Rev. Bioét 2009 nov;1(2):129-38.

41. Piva JP, Garcia PCR, Lago, PM. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. *Rev Bras Ter Intensiva* 2011 jan;23(1):78-86.
42. Procuradoria da República em Góias. Ação civil Pública do Ministério Público Federal n. 0001039-86.2013.4.01.3500/classe: 7100, de janeiro de 2013, contra a resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: URL: http://www.testamentovital.com.br/sistema/arquivos_legislacao/inicial%20ACP%20testamento%20vital.pdf
43. Rocha AR, Buonicore GP, Silva ACS, Pithan LH, Feijó AGS. Declaração Prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. *Rev Bioét* 2013 mar;21(1):84-95.
44. SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007, p. 62.
45. Scaldaferrri Pessoa L. Pensar final e honrar a vida: direito à morte digna. 1ª ed. São Paulo: Saraiva; 2013.
46. Silva KCO, Quintana AM, Nietsche EA. Obstinação terapêutica em unidade de terapia intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. *Esc. Anna Nery* 2012 out;16(4): 697-703.
47. Stolz C, Gehlen G, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC. Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. *Rev Bioét* 2011 dez;19(3):833-45.
48. Udelsmann A. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Rev Assoc Med Bras.* 2002 jan;48(2):172-82
49. Vasconcelos TJQ, Imanura NR, Villar HCEC. Impacto da resolução CFM n. 1805/2006 sobre médicos que lidam com a morte. *Rev Bioét* 2011 set;19(2):501-21.
50. Villas-Bôas ME. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. *Rev Bioét* 2008 abr;16(1): 61-83.

XI. ANEXO

ANEXO

Resolução nº 1.995/2012

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

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

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

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

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

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

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

RESOLVE:

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

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

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

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

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

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

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

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2012

ROBERTO LUIZ D'AVILA - Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA - Secretário-geral