

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE DE DIREITO**

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO INSTRUMENTO PARA O
EXERCÍCIO DA AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

RAFAEL BARROSO GASPAR

Rio de Janeiro

2022

RAFAEL BARROSO GASPAR

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO INSTRUMENTO PARA O
EXERCÍCIO DA AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação da **Professora Dra. Fabiana Rodrigues Barletta.**

Rio de Janeiro

2022

RAFAEL BARROSO GASPAR

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO INSTRUMENTO PARA O
EXERCÍCIO DA AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação da **Professora Dra. Fabiana Rodrigues Barletta.**

Data da Aprovação: ____/____/____.

Dra. Fabiana Rodrigues Barletta

Dra. Ala Luisa de Souza Correia de Melo Palmisciano

Dr. Nilo César Martins Pompílio da Hora

Rio de Janeiro

2022

CIP - Catalogação na Publicação

G249d Gaspar, Rafael Barroso
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO
INSTRUMENTO PARA O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA DA PESSOA
IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS / Rafael Barroso
Gaspar. -- Rio de Janeiro, 2022.
110 f.

Orientador: Fabiana Rodrigues Barletta.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2022.

1. Autonomia pessoal. 2. Direito dos idosos. 3.
Diretivas Antecipadas de Vontade. 4. Tomada de
decisões. 5. Cuidados Paliativos. I. Rodrigues
Barletta, Fabiana , orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

ATA DE APRESENTAÇÃO DE MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

DATA DA APRESENTAÇÃO: ____/____/____.

Na data supramencionada, a **BANCA EXAMINADORA** integrada pelos professores:

Dra. Fabiana Rodrigues Barletta; Dra. Ala Luisa de Souza Correia de Melo Palmisciano; Dr. Nilo César Martins Pompílio da Hora.

Reuniu-se para examinar a MONOGRAFIA do discente:

Rafael Barroso Gaspar

DRE: 113080492;

INTITULADA:

Diretivas antecipadas de vontade como instrumento para o exercício da autonomia da pessoa idosa em cuidados paliativos.

APÓS A EXPOSIÇÃO DO TRABALHO DE MONOGRAFIA PELO (A) DISCENTE, ARGUIÇÃO DOS MEMBROS DA BANCA E DELIBERAÇÃO SIGILOSA, FORAM ATRIBUÍDAS AS SEGUINTES NOTAS POR EXAMINADOR (A):

| | Respeito à Forma (Até 2,0) | Apresentação Oral (Até 2,0) | Conteúdo (Até 5,0) | Atualidade e Relevância (Até 1,0) | TOTAL |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---|--------------|
| Prof. Orientadora: Dra. Fabiana Rodrigues Barletta | | | | | |
| Prof. Dra. Ana Luisa de Souza Correia de Melo Palmiscian | | | | | |
| Prof. Dr. Nilo César Martins Pompílio da Hora | | | | | |
| | | | | MÉDIA FINAL | |

PROF. ORIENTADOR (A): Dra. Fabiana Rodrigues Barletta **NOTA:** _____

Prof. Dra. Ana Luisa de Souza Correia de Melo Palmiscian _____ **NOTA:** _____

Prof. Dr. Nilo César Martins Pompílio da Hora _____ **NOTA:** _____

MÉDIA FINAL*: _____

*O trabalho recebe indicação para o PRÊMIO SAN TIAGO DANTAS? (Se a média final for 10,0 dez)

() SIM

() NÃO

DEDICATÓRIA

Dedico à minha amada esposa **ISABELLE MANGUEIRA DE PAULA GASPAR**, um dos maiores presentes que Deus me deu. Nós nos conhecemos ainda no primeiro período da graduação de Enfermagem na saudosa Escola de Enfermagem Anna Nery e de lá para cá caminhamos com o mesmo propósito “Apoio, incentivo e juntos para sempre”. **Eu te amo!**

Dedico ao meu amor **SAMUEL MANGUEIRA DE PAULA GASPAR**, filho amado que inúmeras vezes soube compreender que não poderia brincar, pois tinha que sair para o plantão nos finais de semana, feriados ou cumprir os compromissos acadêmicos. Que Deus abençoe a sua vida e que eu e sua mãe possamos ter vida e saúde para assistir suas vitórias. **Para sempre, te amo.**

Dedico à minha mãe **JORGINA MUNIZ BARROSO** por ter me ensinado que “trem fora dos trilhos não exercia sua função”. Ela que apesar das inúmeras dificuldades, sempre defendeu o estudo como sendo a ferramenta de transformação. **Mãe, obrigado por não permitir que eu desviasse do caminho.**

Dedico à minha sogra **ISABEL MANGUEIRA DE PAULA** e ao meu sogro **MARCOS FERREIRA DE PAULA** por cada oração, palavra de incentivo e as inúmeras oportunidades que me possibilitaram alcançar tantos sonhos. **Somos família!**

Dedico à minha equipe (Enfermeiras Elizabeth, Flávia, Carmen, Ivanir, Isis, Maria Aparecida, Celi, Eliane e a nossa nova companheira Edwirges - **Supervisoras de Enfermagem do HUCFF/UFRJ**) que além de exemplos de pessoa e compromisso, lutam diariamente para que os pacientes sejam tratados com o devido respeito e tenham resguardados os seus direitos. Gratidão pelo apoio e incentivo, que Deus abençoe a vida de vocês. **Viva o Advocacy nursing!**

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, pela força diária e a certeza inabalável de que o melhor ainda está por vir. Em Eclesiastes 3:01 diz: “Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu”. Apesar das dificuldades enfrentadas ao longo da graduação, como o nascimento prematuro do meu filho Samuel e minha atuação como Enfermeiro durante toda a pandemia da COVID-19, posso afirmar que valeu a pena seguir.

Agradeço a minha orientadora **Dra. FABIANA RODRIGUES BARLETTA** por todo apoio e incentivo. Obrigado por ter participado de todas as fases para aprovação da minha dissertação em enfermagem e me orientar com tanta presteza, eficiência e humanidade ao longo da graduação de direito na UFRJ. Que Deus abençoe a sua vida!

Agradeço à Escola de Enfermagem Anna Nery, à Universidade da Terceira Idade (Unati/UERJ), à Pós-graduação stricto sensu da EEAN/UFRJ e à Faculdade Nacional de Direito (FND/UFRJ) por todo ensinamento. Não foi fácil trabalhar à noite e estudar em período integral, sair dos plantões noturnos sem dormir e assistir aula ou fazer prova. Mas juramento que fiz diante da **TURMA HARPIA**, em 2011, não me deixaria desistir.

Nos agradecimento de minha dissertação em enfermagem escrevi:

“**Sou enfermeiro**, daqueles que mesmo diante do processo de morte dos pacientes, não vê o fim de suas ações. Pelo contrário é nesse momento que mostramos para que nós nos formamos, pois, o conforto, a dignidade e a defesa da autonomia dos pacientes estão presentes nos preceitos éticos, morais e legais que norteiam nossas ações.”

Agradeço à **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO** por todas as oportunidades de sonhar com dias melhores. Tenho a real compreensão que caminhar nesta instituição, desde 2008, ainda na graduação de enfermagem, no mestrado em enfermagem e na graduação em direito é um privilégio. **Orgulho-me de chegar como acadêmico e permanecer como servidor.**

Por fim mas não menos importante, agradeço as valiosas contribuições do seletto grupo que compôs minhas bancas: Dra. Fabiana Rodrigues Barletta; Ana Luisa de Souza Correia de Melo Palmisciano e Dr. Nilo César Martins Pompílio da Hora.

EPÍGRAFE

"O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida."

Cicely Saunders

“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.”

Cicely Saunders

“Não é uma questão de morrer cedo ou tarde, mas de morrer bem ou mal.”

(Sêneca, 4 a.C. – 65 d.C.)

RESUMO

INTRODUÇÃO: Avanços sociais e econômicos contribuíram para processo de envelhecimento da população. Isso gerou aumento das doenças crônicas, frequentes e prolongadas internações hospitalares e comprometimento das capacidades funcionais dos idosos. Belasco e Okuno (2019) informam que, em 2025, o Brasil ocuparia a 6ª colocação no número de idosos. A respeito da autonomia dos pacientes, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução CFM nº 1995, que trata das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) dos pacientes. As DAVs retratam as escolhas dos pacientes acerca dos tratamentos de saúde que desejam ou não receber. **OBJETIVO:** Analisar o exercício da autonomia do idoso em cuidados paliativos, tendo as DAVs como mecanismo para assegurar o direito de tomada decisões. **METODOLOGIA:** Pesquisa do tipo exploratória, por meio, de um levantamento bibliográfico disponível e publicada através de artigos científicos e livros. **RESULTADO:** As DAVs são estudadas em diversos países, inclusive muitos já dispõem de legislações específicas. No Brasil, há projeto de lei sobre as DAVs tramita no Congresso Nacional, assim como o Estatuto dos Direitos do Paciente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Há necessidade de novas produções científicas e amplo diálogo sobre o tema. Além disso, a aprovação dos projetos de leis que tramitam no Congresso Nacional.

Palavras-Chaves: Autonomia pessoal; Direito dos idosos; Diretivas Antecipadas de Vontade; Tomada de decisões; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Social and economic advances have contributed to the aging process of the population. This has generated an increase in chronic diseases, frequent and prolonged hospital admissions, and compromised functional capacities of the elderly. Belasco and Okuno (2019) report that in 2025, Brazil would rank 6th in the number of elderly people. Regarding patients' autonomy, the Federal Council of Medicine (CFM) published the CFM Resolution No. 1995, which deals with patients' Advance Directives of Will (Advance Directives). Advance Directives of Will (Advance Directives) portray the patients' choices about the health treatments they wish or not to receive. **OBJECTIVE:** To analyze the exercise of autonomy by the elderly in palliative care, using Advance Directives of Will as a mechanism to ensure the right to make decisions. **METHODOLOGY:** Exploratory research, by means of a bibliographic survey available and published through scientific articles and books. **RESULT:** DAVs are studied in several countries, including many that already have specific legislation. In Brazil, there is a bill on VADs in Congress, as well as the Statute of Patients' Rights. **FINAL CONSIDERATIONS:** There is a need for new scientific productions and a wide dialogue about the theme. Besides, the approval of the bills that are in Congress.

Key words: Personal Autonomy; Elder Rights; Advance Directives of Will; Decision Making; Palliative Care.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCP - Associação Latino-americana de Cuidados Paliativos

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CFM - Conselho Federal de Medicina

DAVs - Diretivas Antecipadas de Vontade

DNCTs - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

EAPC - European Association for Palliative Care

IAHPC - International Association for Hospice and Palliative Care

IBDPAC - Instituto Brasileiro de Direito do Paciente

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Economia Aplicada

OEA - Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNI - Política Nacional do Idoso

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso

SUS - Sistema Único de Saúde

WHPCA - Worldwide Hospice Palliative Care Alliance

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| APRESENTAÇÃO..... | |
| INTRODUÇÃO..... | 16 |
| REVISÃO DE LITERATURA | 20 |
| I - Evolução dos tratados e convenções em prol dos direitos dos idosos. | 20 |
| II- Tutela jurídica para defesa dos direitos dos idosos..... | 27 |
| III - Evolução dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil. | 36 |
| III – Ortotanásia | 47 |
| IV – Distanásia..... | 53 |
| V – Eutanásia | 59 |
| VI - Evolução dos direitos dos pacientes | 61 |
| VII - Aspectos legais e jurisprudenciais sobre direitos dos pacientes e exercício de sua autonomia..... | 67 |
| METODOLOGIA..... | 75 |
| I – Modelo metodológico..... | 75 |
| II - Delimitação do tema e justificativa..... | 75 |
| III – Objeto do estudo | 75 |
| IV – Objetivo | 75 |
| V – Questão a investigar | 76 |
| RESULTADOS | 77 |
| I – Idosos - panorama sobre o processo de envelhecimento populacional | 77 |
| II - Direitos da personalidade..... | 79 |
| III - Evolução histórica das diretivas antecipadas de vontades (DAVS)..... | 86 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 98 |
| CRONOGRAMA | 100 |
| REFERÊNCIAS | 101 |

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho emerge de uma inquietação profissional, haja vista que antes de ingressar na Faculdade Nacional de Direito (FND/UFRJ), já havia cursado outra graduação na mesma universidade, formando-me como enfermeiro. A atuação do profissional enfermeiro tangencia diversas particularidades de sua clientela. Uma dessas é o papel do paciente na tomada de decisão quanto ao próprio tratamento de saúde. É cediço que muitos dos que procuram os serviços de saúde já se encontram em estado de vulnerabilidade, pois a doença afeta não só o estado físico, mas também o psicológico de quem vivencia uma doença.

Correlacionando a temática à obra *Microfísica do Poder* de Michel Foucault, ratifica-se que as unidades de saúde são permeadas por um conjunto de diferentes poderes, dentre eles o biopoder. A vida humana nesses espaços ganha novas dimensões e sentidos diante do avanço do aparato biomédico e sua aplicação nos processos de vida e morte de cada indivíduo. Não raro, a verticalização do saber e a imperatividade das normas estabelecidas nas instituições de saúde ceifam direitos humanos, como exemplo, a autonomia para decidir sobre o tratamento de saúde. O uso das terminologias específicas da área biomédica corrobora para que pacientes e familiares não tenham plena compreensão da situação, conseqüentemente não participando da tomada de decisão.

Logicamente que nos últimos anos, talvez decorrente da melhor acessibilidade de informações, o paradigma da hegemonia biomédica vem sendo desconstruído, dando lugar ainda de lentamente ao diálogo na relação profissional-paciente/familiar. Contudo, é preciso pensar na situação em que a proposta terapêutica não demonstra resultados, mas pode potencializar o sofrimento daqueles que vivenciam uma doença em estágio avançado, irreversível e que compromete a dignidade humana. Diante desse cenário, agravado pelo processo de envelhecimento populacional e das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs) que paira a inquietação que fomenta o desejo desse trabalho.

Embora não haja uma legislação específica no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e demais conselhos profissionais desenvolveram nos últimos anos resoluções profissionais que garantam a autonomia do paciente para escolher o tratamento de saúde, dentre elas a Resolução nº 1995/2012. As publicações científicas e a análise jurídica dessa resolução ajudam garantir o melhor entendimento da mesma e como pode ser utilizado como instrumento garantidor de direitos dos pacientes.

INTRODUÇÃO

Estudos desenvolvidos pelo Instituto de Economia Aplicada (IPEA) apontam que a idade é um dos elementos de composição da população de uma sociedade. No Brasil, os processos sociais e econômicos desenvolvidos, nos últimos cem anos, contribuíram para a característica estrutural da população brasileira, incluindo a mudança na estrutura etária, ou seja, o processo de envelhecimento da população. A mudança do perfil etário tem relação com diferentes fatores, dentre eles, as mudanças nos níveis de natalidade, mortalidade, alimentação, taxa de urbanização, oferta de saneamento básico, habitação, melhores acesso aos programas de saúde e educação, aumentos salariais e maior participação das mulheres no mercado de trabalho ao longo dos anos. (CARMO e CAMARGO, 2018¹; TAVARES e PEREIRA NETO, 2020²; BONIFÁCIO e GUIMARÃES, 2021)³

Embora os fatores citados demonstrem melhorias no desenvolvimento social e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população brasileira, é preciso salientar que o processo de envelhecimento é dispar. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que, as diferentes regiões do país, apresentam significativas diferenças quanto à acessibilidade aos serviços públicos e níveis de desenvolvimento sociais e econômicos. Além disso, Veras (2009)⁴ destacou que no Brasil, em poucas décadas, em decorrência do acelerado processo de envelhecimento, a população passou a ser acometida por doenças crônicas que carecem de amplos cuidados de saúde, bem como frequentes e prolongadas internações, gerando comprometimento das capacidades funcionais dos idosos.

A Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais do Secretariado das Nações Unidas (ONU) publicou a Revisão de Perspectivas da População Mundial 2019. Essa revisão descreveu o envelhecimento populacional como um fenômeno

¹ CARMO, R. L. do; CAMARGO, K. C. M. **Dinâmica demográfica brasileira recente: padrões regionais de diferenciação**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. 107p.

² TAVARES, J. M. da S., PEREIRA NETO, C. **Aspectos do crescimento populacional: estimativas e uso de indicadores sociodemográficos**. Formação (Online), v. 27, n. 50, p. 3–36, 2020. p. 3-36.

³ BONIFÁCIO, G; GUIMARÃES, R. **Projeções populacionais por idade e sexo para o Brasil até 2100**. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2021.

⁴ VERAS, Renato. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Revista de Saúde Pública [online]. 2009, v. 43, n. 3

global, ratificando os estudos do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015)⁵. Segundo a ONU⁶, em 2019, havia 703 milhões de pessoas com mais de 65 anos no mundo, o que corresponderia a 9% da população mundial. Para o ano de 2050, a perspectiva é de que haja 1,5 bilhões de habitantes idosos.

No Brasil, o IBGE, por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (2019) evidenciou o contínuo processo de envelhecimento da população brasileira, a porcentagem subiu para 10,8%. Segundo Belasco e Okuno (2019)⁷, em 2025, o Brasil ocupará a 6ª colocação no número de idosos.

Frente ao cenário, o país precisará desenvolver e aprimorar políticas públicas para atender esta significativa parcela da sociedade, com destaque para os serviços de saúde. A respeito da autonomia dos idosos, no que tange a tomada de decisões sobre o tratamento de saúde, o Estatuto do Idoso⁸, Lei n° 10.741 de 1º de outubro de 2003, dispõe no caput do art. 17, que se o idoso estiver no domínio de suas faculdades mentais, terá assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for mais favorável.

No entanto, é cediço que inúmeras circunstâncias podem interferir no exercício da autonomia de uma pessoa, em especial os idosos, tendo em vista que tais indivíduos sofrem, em decorrência do processo de envelhecimento, perdas funcionais, como por exemplo, o declínio psicofísico. Com isso, surgem determinadas incapacidades, acarreta internações prolongadas e eleva o nível de dependência e vulnerabilidade, situações que podem

⁵ OMS. **RELATÓRIO MUNDIAL DE ENVELHECIMENTO E SAÚDE**. Organização Mundial da Saúde: Genebra, 2015.

⁶ NAÇÕES UNIDAS, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População. **Perspectivas da População Mundial 2019**: Destaques [Internet]. 2019

⁷ BELASCO, Angélica Gonçalves Silva e Okuno, Meiry Fernanda Pinto. **Reality and challenges of ageing**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2019, v. 72.

⁸ BRASIL. **Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

comprometer a autonomia do idoso para tomada de decisões (BARLETTA, 2014; BARBOSA et al., 2019).^{9,10}

Frente ao exposto, é imperioso estabelecer mecanismos assecuratórios para o exercício dos direitos fundamentais consagrados na Constituição Federal de 1988. Uma vez que o texto constitucional assegura que todos são iguais perante a lei e que ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer algo, salvo por força de lei. Nesse sentido, em 31 de agosto 2012, o Conselho Federal de Medicina (CFM)¹¹ publicou a Resolução CFM nº 1995, que trata das Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes.

Assim, as Diretivas Antecipadas retratam as escolhas dos pacientes acerca dos tratamentos de saúde que desejam ou não receber diante de determinada situação em que não possam expressar sua vontade, ou seja, estejam incapacitados de se comunicar. O CFM (2012) informa que, por meios das Diretivas, o paciente pode designar um representante e que as determinações expressas no documento prevalecerão sobre desejos de familiares e será levada em consideração pela equipe médica.

O presente estudo se justifica pelo acelerado processo de envelhecimento populacional, avanço das DCNT's e prolongado tempo de internação hospitalar, o que pode comprometer a autonomia dos pacientes. A respeito das internações, grande parte dos pacientes hospitalizados e com doenças em fase avançada não conseguem exercer sua autonomia, que não raro é decidida por terceiros, seja família ou profissionais de saúde. Perdem a capacidade de tomar decisões em situações difíceis. Além disso, relatam a ocorrência da obstinação terapêutica, ou seja, medidas extraordinárias de prolongamento da vida ainda que sem qualidade e que ampliam sofrimento. Para eles, as **Diretivas**

⁹ BARLETTA, F. R. **A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do princípio do melhor interesse do idoso.** Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 119-136, 2014.

¹⁰ BARBOSA, T.; MORO, J.; ROSA JUNIOR, J.; YANES, C.; RIBEIRO, E. Causas de internações hospitalares em idosos por regiões do Brasil. Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 2, p. 70-81, 18 jul. 2019

¹¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. **Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.**

Antecipadas de Vontade (DAVs) possibilitam que os paciente exerçam sua autonomia. (COGO et al., 2021)¹²

¹² COGO, Silvana Bastos et al. **Diretivas antecipadas de vontade na assistência hospitalar: perspectiva de enfermeiros**. Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 1 [Acessado 19 Novembro 2022] , pp. 139-147.

REVISÃO DE LITERATURA

I - Evolução dos tratados e convenções em prol dos direitos dos idosos.

Segundo Antônio Carlos Efig (2014)¹³, a tutela jurídica dos idosos foi precedida de diversos acontecimentos, dentre eles a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789) que ajudou consagrar direitos à dignidade e igualdade, como consta em seu art. 1º que todos nascem livres e com igualdade de direitos.

Soma-se a isso, outros tratados humanitários tais como Carta das Nações Unidas (1945) e Declaração Universal de Direitos Humanos (1948). Ambos os documentos reconhecem a importância da dignidade humana, a liberdade como princípio fundamental. A Carta das Nações Unidas destaca, no art. 1º, que um dos propósitos das Nações Unidas é promover e estimular o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais para todos, sem distinção. Além disso, busca estimular o respeito e favorecer o pleno gozo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais.

A Declaração Universal de Direitos Humanos¹⁴, em seu art. 1º, diz que todo indivíduo é dotado de razão e consciência, nascem livres e iguais em dignidade e direitos, devendo cada um agir de forma empática em relação ao outro. Assim, nota-se que é inadmissível que os direitos dos idosos não sejam respeitados e a idade se torne um fator limitante para o exercício da autonomia pessoal.

Após a contextualização, salienta-se que o tema sobre o envelhecimento populacional despertou a necessidade da Organização Nações Unidas (ONU) promover reflexões sobre o

¹³ EFING, A. C. . Direitos dos Idosos: Tutela Jurídica do Idoso no Brasil. 1. ed. São Paulo: LTr, 2014. 133p .

¹⁴ DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Paris: 1948. Disponível em <<https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>> Acessado em: 23 de julho de 2019.

assunto. Assim, a partir da década de 70, o envelhecimento passou a fazer parte das pautas de discussão das Assembleias Mundiais. na década de 70. Em 1982, ocorreu a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, sendo estabelecido **o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento**, sendo considerado importante instrumento internacional sobre o envelhecimento, subsidiando pilares formulação de políticas e programas destinados aos idosos.

Antônio Carlos Efig (2014) acrescenta que no Plano de Ação Internacional de Viena foram estabelecidos princípios em prol dos idosos tais como: independência, autorrealização e dignidade.

Em 1991, Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 46/91 que aborda os Princípios das Nações Unidas para o Idoso. Dentre esses, destaca-se o da Participação, em que todo idoso tem o direito à integração social e participação na formulação e implementação de políticas interligadas ao seu bem-estar. Quanto à Assistência, assegura-se o acesso aos meios institucionais adequados que proporcione proteção, assim como acesso aos serviços jurídicos para garantir sua autonomia, proteção e assistência. A respeito da Autorrealização, à pessoa idosa deve ser garantida as oportunidades de total desenvolvimento de suas potencialidades. Por fim, o princípio da Dignidade confere o direito de ser tratada com justiça, viver de forma digna e segura sem sofrimento físicos e mentais.

Em 2002, ocorreu na cidade de Madri, a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, onde os países participantes adotaram a **Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento**. Esses documentos eram compostos por recomendações de ações voltadas aos idosos e desenvolvimento, promover a saúde, bem-estar na velhice e garantir um ambiente propício e de apoio aos idosos, o que leva a compreender que inclui as instituições de saúde.

Segundo Maria Emiliania Carvalho Herrmann (2020)¹⁵, o Plano de Ação Internacional de Viena (1982) e da Declaração Política e o Plano de Madri (2002) foram fundamentais para destacar o papel social do idoso e a necessidade de políticas públicas voltada para essa parcela da sociedade.

É importante frisar que a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento serviu de base para o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (2003) publicado pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República Federativa do Brasil, Luiz Inácio da Silva. A análise do plano evidencia a necessidade de mudanças das atitudes, das políticas efetivas em todos os setores níveis de atenção. Observa-se também que o objetivo do Plano de Ação visa garantir o envelhecimento com segurança e dignidade, mantendo a participação social dos longevos, assim como o exercício dos seus direitos.

Em 2007, na cidade de Brasília, o Brasil sediou a II Conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe: uma sociedade para todas as idades e de proteção social baseada em direitos, conhecida como DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA. Dessa conferência se faz o recorte de duas propostas e uma recomendação que se alinham ao tema desenvolvido neste trabalho, vejamos:

Os países participantes propuseram “a criação de marcos legais e mecanismos de supervisão para proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais das pessoas idosas, no caso tanto das que utilizam os serviços de internação prolongada quanto das que residem em seus domicílios, e facilitar a formulação e o cumprimento de leis e programas de prevenção de abuso, abandono, negligência, maus-tratos e violência contra as pessoas idosas” e a “a prática da humanização para acolher e compreender as pessoas idosas de forma integral, com absoluto respeito por seus direitos humanos e liberdades fundamentais”.

¹⁵ HERRMANN, Maria Emiliania Carvalho. A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas e sua importância para o Direito brasileiro. 2020

Além disso, a Declaração de Brasília (2007)¹⁶ recomendou “que se prestem cuidados paliativos às pessoas idosas que padeçam de enfermidades em fase terminal, bem como apoio a seus familiares, e que os profissionais sejam bastante sensíveis e competentes para perceber o sofrimento e aliviá-lo mediante intervenções de controle de sintomas físicos e psicossociais, em consonância com a assistência espiritual requerida pela pessoa idosa.

Ainda no âmbito internacional, é importante analisar a III Conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e Caribe, que ocorreu em San José de Costa Rica, 2012. Nesse Conferência adotou-se a Carta de San José sobre os direitos dos idosos na América Latina e no Caribe onde se estabeleceram o compromisso de “desenvolver políticas públicas e programas destinados a aumentar a consciência sobre os direitos dos idosos, promovendo um tratamento digno e respeitoso”, “Promover a universalização do direito à saúde para os idosos”; “Assegurar o direito a um consentimento prévio, livre e informado para toda intervenção médica, independentemente da idade, condição de saúde e tratamento previsto, a fim de favorecer a autonomia dos idosos” e “Favorecer o desenvolvimento e o acesso a cuidados paliativos, para assegurar morte digna e sem dor aos idosos portadores de doenças terminais”.

No tange as políticas internacionais destinadas aos idosos, em 2015, destacaram-se dois importantes acontecimento: O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015) e Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos da Organização dos Estados Americanos (OEA).

O Relatório reafirma que o processo de envelhecimento populacional é global e vai gerar significativas demandas para os serviços de saúde e profissionais que atuam na área. Além do que ressalta a necessidade de formulação de políticas de saúde apropriadas e que

¹⁶ COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E O CARIBE – CEPAL. Segunda Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e o Caribe. Declaração de Brasília, Brasília, 2007

atendam os desafios do envelhecimento, haja vista que os anos acrescidos precisam ter qualidade.

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015, pg. 15) informa que as política e práticas destinadas ao Envelhecimento Saudável perpassam pela prioridade da promoção da AUTONOMIA que influencia a dignidade, a integridade, a liberdade e independência dos idosos, que independem da capacidade funcional. Destaca-se a necessidade de promulgar legislações para proteger os direitos dos idosos, protegendo-os de abusos. No âmbito dos Cuidados destinados aos idosos que se encontram em processo de finitude de vida, uma importante ação é a promulgação de legislações específicas para garantir a autonomia dos pacientes diante da impossibilidade de cura terapêutica. No Brasil, cabe frisar que não há lei específica para as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs).

Ainda em 2015, a Organização dos Estados Americanos (OEA) aprovou a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos onde se buscou a proteção e promoção dos direitos das pessoas idosas, reconhecendo os longevos como sujeitos de direitos. No preâmbulo, a referida Convenção relata que “o idoso tem os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que as demais pessoas e que estes direitos, inclusive o de não ser submetido à discriminação baseada na idade nem a nenhum tipo de violência, emanam da dignidade e igualdade que são inerentes a todo ser humano”.

Costa (2022, p.32)¹⁷ informa destacou o processo legislativo para promoção dos direitos das pessoas é recente, sendo a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos¹⁸ o primeiro documento internacional específico e com caráter vinculante. O documento tem como princípio a dignidade, independência, protagonismo e

¹⁷ COSTA, C. L. (2022). CONVENÇÃO INTERAMERICANA SOBRE A PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DOS IDOSOS EM PERSPECTIVA: ENTRE DISCURSOS HOMOGENEIZADORES E O RECONHECIMENTO DA ALTERIDADE. *Revista de Direitos Humanos em Perspectiva*, 8(1).

¹⁸ ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Convenção Interamericana de Proteção aos direitos dos Idosos. Washington, D.C. junho de 2015.

autonomia do idoso, traz em seus arts. 10, 20, 60, 70, 110 e 190 importantes garantias aos idosos que se relacionam com a temática do trabalho:

“O objetivo da Convenção é promover, proteger e assegurar o reconhecimento e o pleno gozo e exercício, em condições de igualdade, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais do idoso, a fim de contribuir para sua plena inclusão, integração e participação na sociedade”; **(Art. 1º da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos);**

“Cuidados paliativos”: A atenção e o cuidado ativo, integral e interdisciplinar de pacientes cuja enfermidade não responde a um tratamento curativo ou que sofrem dores evitáveis, a fim de melhorar sua qualidade de vida até o fim de seus dias. Implicam uma atenção primordial ao controle da dor, de outros sintomas e dos problemas sociais, psicológicos e espirituais do idoso. Abrangem o paciente, seu entorno e sua família. Afirmando a vida e considerando a morte como um processo normal; não a aceleram nem a retardam”. **(Art. 2º da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos);**

“Os Estados Partes adotarão todas as medidas necessárias para garantir ao idoso o gozo efetivo do direito à vida e o direito a viver com dignidade na velhice até o fim de seus dias, em igualdade de condições com outros setores da população.” **(Art.6º da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos idosos);**

“Os Estados Partes na presente Convenção reconhecem o direito do idoso a tomar decisões, a definir seu plano de vida, a desenvolver uma vida autônoma e independente, conforme suas tradições e crenças, em igualdade de condições, e a dispor de mecanismos para poder exercer seus direitos”. **(Art.7º da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos idosos);**

“O respeito à autonomia do idoso na tomada de suas decisões, bem como a independência na realização de seus atos”; **(Art.7º da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos idosos);**

“O idoso tem o direito irrenunciável a manifestar seu consentimento livre e informado no âmbito da saúde. A negação deste direito constitui uma forma de vulneração dos direitos humanos do idoso. Com a finalidade de garantir o direito do idoso a manifestar seu consentimento informado de maneira prévia, voluntária, livre e expressa, bem como a exercer seu direito de modificá-lo ou revogá-lo, em relação a qualquer decisão, tratamento, intervenção ou pesquisa no âmbito da saúde, os Estados Partes se comprometem a elaborar e aplicar mecanismos adequados e eficazes para impedir abusos e fortalecer a capacidade do idoso de compreender plenamente as opções de tratamento existentes, seus riscos e benefícios”; **(Art.11º da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos idosos);**

“As instituições públicas ou privadas e os profissionais da saúde não poderão administrar nenhum tratamento, intervenção ou pesquisa de caráter médico ou cirúrgico sem o consentimento informado do idoso”. (**Art.11^o da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos idosos**);

“O idoso tem direito a aceitar, recusar ou interromper voluntariamente tratamentos médicos ou cirúrgicos, inclusive os da medicina tradicional, alternativa e complementar, pesquisa, experimentos médicos ou científicos, sejam de caráter físico ou psíquico, e a receber informação clara e oportuna sobre as possíveis consequências e os riscos dessa decisão”. (**Art.11^o da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos idosos**);

“Os Estados Partes estabelecerão também um processo por meio do qual o idoso possa manifestar de maneira expressa sua vontade antecipada e instruções a respeito das intervenções em matéria de atenção à saúde, inclusive os cuidados paliativos. Nesses casos, esta vontade antecipada poderá ser expressa, modificada ou ampliada em qualquer momento somente pelo idoso, mediante instrumentos juridicamente vinculantes, em conformidade com a legislação nacional”. (**Art.11^o da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos idosos**);

“Os Estados Partes deverão formular e implementar políticas públicas intersetoriais de saúde orientadas a uma atenção integral que inclua a promoção da saúde, a prevenção e a atenção à doença em todas as etapas, e a reabilitação e os cuidados paliativos do idoso, a fim de propiciar o desfrute do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social”. (**Art.19^o da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos idosos**);

Em 2019, membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) realizaram, em Washington, D.C., EUA, o 57^o o CONSELHO DIRETOR 71^a SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS, onde se discutiu sobre o **PLANO DE AÇÃO SOBRE A SAÚDE DOS IDOSOS, INCLUINDO O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL: RELATÓRIO FINAL**¹⁹. Embora o plano destaque os desafios advindos da mudança do perfil sociodemográfico e a falta de políticas públicas eficazes para promover o envelhecimento saudável e digno, ressaltou-se a importância política das regiões das Américas foi a primeira região do mundo a aprovar um instrumento sobre os direitos dos idosos: a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos

¹⁹ Organização Mundial da Saúde (OMS); Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Plano de ação sobre a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável: relatório final [Internet]. Washington, DC: OPAS/OMS; 2019 [cited 2021 mar 30]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51419/CE164-INF-6-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Humanos dos Idosos (3), desenvolvida e acordada com o apoio da Organização dos Estados Americanos (OEA), da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e da OPAS.

O Plano da OMS e OPAS (2019) diz que é:

“Priorizar o reconhecimento dos direitos dos idosos, sua participação efetiva no desenvolvimento e na tomada de decisões e a prevenção da discriminação etária nas políticas públicas locais, nacionais, regionais e mundiais”.

Em dezembro de 2020, em Genebra, a Assembleia Geral das Nações Unidas estabeleceu como estratégia para alcançar a construção social é a Década do Envelhecimento Saudável (2020 a 2030). Esse conjunto de ações tem como base a Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde da OMS, o Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento da ONU Madrid (2002) e as Metas de Desenvolvimento Sustentável da Agenda da ONU para 2030.

A década do Envelhecimento (2020-2030)²⁰ foi dividida em 4 ações:

- 1) Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento;
- 2) Garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas;
- 3) Entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa;
- 4) Propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem;

II- Tutela jurídica para defesa dos direitos dos idosos.

²⁰ ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde – OMS. Década do Envelhecimento Saudável (2020-2030). Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Acesso em : 21/11/2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52902>.

Estudos de Renato Mendes de Freitas Junior (2011)²¹ trazem informações que ratificam que há projeções do Brasil alcançar a 6ª posição entre os países com maiores taxas de envelhecimento no mundo. No entanto, até meados do ano de 2000, havia pouco aparato legislativo no país que abordassem os direitos à saúde. Ele fez um estudo retrospectivo e constatou que as Constituições de 1824 e 1891 não abordaram os direitos dos idosos, temas tratados, ainda que de forma tímida, a partir da Constituição de 1934 (Art. 121, § 1º, h); 1937 (Art. 137, m) que foi suspenso pelo Decreto nº 10.358 de 1942 que declarou estado de guerra em todo estado nacional; a de 1946 (Art. 137) manteve a menção apenas à questão previdenciária na velhice, assim como a Constituição de 1967 que manteve a temática (Art. 158, XVI).

A partir da Constituição de 1988²², conhecida como constituição cidadã, a temática sobre a pessoa idoso começou a ser mais bem constituída, ainda que com ressalvas por parte de muitos pesquisadores, haja vista que havia fragilidade, o que demandou de formulação de diversos microssistemas ao longo dos anos seguintes.

A CF/88 traz como norma principiológica a dignidade da pessoa humana, bem como a necessidade de construção de uma sociedade livre justa e solidária, comprometida com a promoção do bem para todo cidadão, vedando todo tipo preconceção, citando inclusive o referente à idade, o que converge com o princípio da prevalência dos direitos humano.

O texto constitucional segue garantindo a igualdade formal entre todos os cidadãos, liberdade de pensamento e vedação à tratamento desumano. Ser idoso passou a ser um critério importante para prioridade de votações de representantes políticos e no caso de empate de votos para cargo de Presidente e Vice-presidente, é eleito o mais idoso.

²¹ FREITAS JUNIOR, Roberto Mendes de. *Direitos e Garantias do Idoso: Doutrina, Jurisprudência e Legislação*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

²² BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

O Art. 203, incisos I e III, garante, através da Assistência Social, proteção à velhice e um salário-mínimo aos idosos que não detém meios próprios de subsistência. Além disso, o Art. 230 assegura que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas. É assegurado que todo idoso possa participar de sua comunidade, ter sua dignidade resguardada, garantindo-se o bem-estar e o direito à vida.

É cediço que as normas constitucionais são abstratas, o que confere a formulação do aparato legislativo para desenvolver a temática. Assim, no que concerne aos direitos das pessoas idosas, além da constituição, há normas infraconstitucionais que formam um microsistema jurídico, vejamos.

Em 1994, foi publicada a Lei. 8.842/1994²³, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). Posteriormente regulamentada pelo Decreto no 1.948/1996²⁴, a PNI, conforme art. 1º, objetiva promover a autonomia, a integração e a participação efetiva das pessoas idosas na sociedade. Assim como a CF/88, a PNI veda discriminação às pessoas idosas, assegura que a dignidade, o bem-deve ser de responsabilidade compartilhada entre Estado, sociedade e família (Art. 230, CF).

Resultado de um novo modelo estatal, em 2003, foi promulgada a Lei nº 10.741 de 2003 que dispõe sobre o Estatuto Nacional do Idoso. Esse dispositivo legal assegura a todas as pessoas idosas os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, dentre eles a dignidade, respeito e liberdade (Art. 20), destacando-se que esses direitos devem ser assegurados por toda sociedade (Art. 30).

²³ BRASIL. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras Providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 5 jan. 1994

²⁴ Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras Providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 4 jul. 1996.

A lei nº 10.741 de 2003, Art. 10, fala do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade da pessoa idosa. A liberdade é composta por vários aspectos dentre eles a direito de opinião e expressão. Quanto ao respeito, esse abarca a inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da autonomia.

A respeito da política de saúde da pessoa idosa, compete falar da Portaria nº 1.395/GM²⁵, de 10 de dezembro de 1999 que estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) como parte integrante da Política Nacional de Saúde e teve como enfoque a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. Logicamente, que esse entendimento decorre do alinhamento com a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada pela Lei nº 8080 de 1990.

A articulação entre a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e Política Nacional do Idoso (PNI) visam valorizar a autonomia e autodeterminação dos idosos, embora demonstrem que nem todas as pessoas idosas perdem a capacidade funcional e conseqüentemente o exercício da autonomia. Para melhor entendimento, o texto normativo em análise conceitua a autodeterminação como sendo a capacidade do indivíduo poder exercer sua autonomia e está como o exercício da autodeterminação; indivíduo autônomo é aquele que mantém o poder decisório e o controle sobre sua vida.

A Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) destaca que a saúde é um direito fundamental do ser humano. Além disso, força que é importante refletir que um serviço de saúde Integral, universal e igualitário deve ser composto por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

²⁵ Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999.

Com isso, consolida-se a importância da articulação de poderes que constituem a República Federativa do Brasil que dentro do seu rol de competência devem promover o desenvolvimento de políticas públicas e legislações específicas para garantir serviços efetivos e que tenham como diretrizes a autonomia dos usuários. Prova de que isso é um entendimento consolidado é que a Lei nº 8080 de 1990, quando trata dos Princípios e Diretrizes do SUS, destaca no art. 70, III que é preciso promover a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

Em 2006, a Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999 sofreu atualização pela Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006 que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Que tem como finalidade “[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. ”

Outro ponto importante destacado pela PNSPI é que o conceito de saúde para pessoa idosa se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica. Esse ponto dialoga diretamente com o estudo uma vez que o fato de o idoso vivenciar uma doença crônica, ainda que em fase avançada, mas que não comprometa seu cognitivo, não retira dele o direito de participar da tomada de decisão sobre os tratamentos de saúde que venha receber.

É importante frisar que as legislações concernentes aos direitos das pessoas idosas no campo da saúde interligam o processo de cuidado pautados na prevenção, promoção e recuperação de saúde. Contudo, quando se trata de uma doença crônica sem possibilidade de terapêutica de cura atual e disponível e que ameaça a continuidade da vida, é preciso que haja uma diretriz específica que possibilite a implementação de recursos adequados e o alcance de resultados que evitem iatrogenias, aumento do sofrimento, mas que priorizem o controle de sinais e sintoma, a promoção da autonomia e a dignidade humana.

Em 2011, foi publicado o Plano Nacional de Saúde (PNS 2012-2015)²⁶ que tem norte promover o acesso às ações e serviços de saúde com qualidade e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, esse plano ratifica o papel do Brasil como Estado que contribui para a prevalência dos direitos humanos e cooperação entre os povos para o progresso da humanidade (Art. 30 da CF/1988). Esse documento dispõe de metas e diretrizes para o desenvolvimento das ações de ações no âmbito nacional, sendo que a Diretriz 5- “Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção” tem como um dos principais focos a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado.

O Plano Nacional de Saúde (PNS 2016-2019) destaca, no Objetivo 3 - reafirma o compromisso com a promoção do cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida, incluindo os idosos e levando em consideração as situações de vulnerabilidade. Desta forma, segue objetivando promover a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas. Já o Plano Nacional de Saúde (PNS 2020-2023) destaca o avanço no processo de envelhecimento populacional no Brasil, a necessidade de promoção de cuidados integrais, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados e paliativos, garantindo assim a dignidade humana.

Em 2013, Claudia Alfredo Marques Carvalho²⁷, Promotora de Justiça (MG) escreveu sobre: Os limites da intervenção do Estado diante da autonomia de vontade do idoso. A autora inicia seus estudos destacando que o processo de envelhecimento populacional se deu pela melhoria na qualidade de vida da população, assim como o avanço nos meios tecnológicos aplicados ao campo da saúde. Contudo, à medida que as pessoas envelhecem torna-se imperioso a necessidade de legislações específicas. Segundo ela, foi a partir da Constituição de 1988 que

²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 114 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

²⁷ CARVALHO, C.A.M. Os limites da intervenção do Estado diante da autonomia de vontade do idoso. In: ALMEIDA, Gregório Assagra; JUNIOR, Jarbas Soares; DICK, Maria Elmira Evangelina do Amaral. Direitos das Pessoas com Deficiência e dos Idosos, 2013.

os direitos dos idosos ganharam destaque, principalmente quando correlaciona tais garantias aos direitos fundamentais.

Carvalho (2013) utiliza o Estatuto do Idoso e a Constituição Federal (1988) para balizar seus entendimentos e informa:

Art. 2º A pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em **condições de liberdade e dignidade**. (Estatuto do Idoso)

Art. 5º **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 (Constituição Federal de 1988)

Outro ponto destacado pela autora ao analisar os direitos fundamentais foi apontar suas características: imprescritibilidade, inalienabilidades, irrenunciabilidade, inviolabilidade, universalidade, efetividade, interdependência e complementaridade. Logicamente que ela assegura que tais características devem ser observadas e aplicadas de acordo com a situação. Com isso, ela chama atenção para o Direito à vida, pois embora esteja elencado no caput do art. 50 da CF/88, sua interpretação se correlaciona aos aspectos que favorecem a vida de forma digna, convergindo assim com o que está presente no art. 2, III da CF/88 “a República Federativa do Brasil tem como fundamentos a dignidade da pessoa humana”.

Desta forma, o Estado tem o dever de garantir o envelhecimento digno através da defesa e promoção de direitos fundamentais às pessoas idosas, ainda que esses em determinadas situações possam conflitar. Consubstanciando tal entendimento, o Estatuto do Idoso diz que “Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis”.

Alcântara, Camarano, Giacomini (2016)²⁸ publicaram a obra Política nacional do idoso: velhas e novas questões que desenvolve várias vertentes sobre os direitos das pessoas idosas, os desafios para seu exercício e os mecanismos de validação. Embora destaque o compromisso com a autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade, ressalta a importância de um Sistema Jurídico de Garantias para efetivação dos direitos. Esse sistema foi disposto a partir do Estatuto do Idoso, através da promulgação da Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003.

Dentre os principais meios para garantir os direitos das pessoas idosas, destacam-se o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública, Conselho dos Idosos e o Sistema Único de Saúde (SUS).

O próprio Estatuto do Idoso certifica a importância do judiciário que valida as garantias normativas, como por exemplo:

Art. 43. As medidas de proteção à pessoa idosa são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

I – Por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;

II – Por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento;

III – **em razão de sua condição pessoal.**

Essa proteção é fundamental em todas as situações em que os direitos das pessoas idosas estiverem ameaçados. Contudo, há determinadas situações que o quadro de vulnerabilidade do indivíduo se sobressai. Exemplo disso é quanto um idoso é acometido por uma doença em fase avançada, com difícil controle dos sinais e sintomas da patologia, e que pode comprometer a expressão dos desejos quanto ao tratamento de saúde desejável. Apesar disso, a Política

²⁸ Alcântara, Alexandre de Oliveira. e cols.(2016). Política Nacional do Idoso: velhas e Novas questões. Rio de Janeiro: IPEA. Acessado em: 20 de out de 2022. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>

Nacional do Idoso (PNI) não menciona os Cuidados Paliativos enquanto modalidade assistencial, o que reforça que, no Brasil, a morte e o processo de morrer está, em grande parte, interligada ao quadro de sofrimento do paciente e de sua família.

Prova disso é que, em 2015, a Economist Intelligence Unit²⁹ em parceria com sociedades nacionais e internacionais sobre Cuidados Paliativos como Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA), International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), European Association for Palliative Care (EAPC), Associação Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) e Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) desenvolveu o estudo O Índice de Qualidade da Morte de 2015: Ranking de Cuidados Paliativos no Mundo.

Esse estudo analisou dados qualitativos e quantitativos sobre a oferta de serviços e ambientes de saúde voltados aos cuidados paliativos, articulação com as estratégias governamentais, disponibilidade de recursos humanos, acessibilidade ao cuidado e sua qualidade e a participação da comunidade. Destaca-se também a importância de políticas públicas e investimentos nessa modalidade assistencial. Quanto ao ranking dos países, o Brasil ficou na 42ª posição dentre 80 países analisados, embora disponha de um Sistema Único de Saúde com diretrizes pautadas em integralidade, universalidade e equidade, não dispõe de um serviço de qualidade.

Victor (2016, p. 4)³⁰ destaca que [...] “A realidade brasileira deixa clara a necessidade de nosso aprimoramento e da construção de novos serviços, assim como a importância da difusão do conhecimento em cuidados paliativos entre os profissionais de saúde e da sociedade. é fundamental a inserção desse tema nos currículos das faculdades de medicina e enfermagem, assim como nas demais áreas atuantes na saúde”.

²⁹ ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. The 2015 quality of death Index: ranking palliative care across the world. London, UK: EIU; 2015.

³⁰ VICTOR GHGG. **Cuidados paliativos no mundo**. Rev Bras Cancerol. 2016;62(3):267-70 [acesso em 15 de nov de 2022]. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/343>

III - Evolução dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil.

Estudos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2012; 2021) descreveram que há milhares de anos já havia locais destinados à prática dos cuidados aos moribundos. Dentre esses locais, destaca-se que, no século IV, período do imperador Constantino, surgiram várias instituições religiosas vocacionadas a assistir pessoas doentes. Já em Roma, estudos apontam que surgiu em Óstia, antigo porto marítimo de Roma, um abrigo/hospital (hospedaria) destinado a cuidar de peregrinos e viajantes advindos da Ásia, África e outros locais. Esse local teria sido construído por, Fabíola, discípula de São Jerônimo, no século V (ano 400) período do reinado do imperador Juliano.

As instituições europeias de caridade e de cunho religioso que surgiram no século XVII adquiriram no século XIX características hospitalares. São exemplos o “Our Lady’s Hospice of Dying” que foi fundado em 1879, na cidade de Dublin, e o St Joseph’s Hospice” que surgiu na cidade de Londres em 1905. A ANCP (2012; 2021)^{31,32} destaca que o movimento moderno hospice teve início com as ações de Cicely Saunders, inglesa, formada em Enfermagem (1944) pelo St. Thoma’s Hospital Nightingale School (Londres), Serviço Social (1947) e em Medicina (1957) pelo St. Thoma’s Hospital Medical School.

Em sua trajetória profissional, Cicely Saunders conheceu um paciente chamado David Tasma, acometido por um câncer no intestino em fase avançada e sem possibilidades de realizar cirurgia. Conta os estudos que Saunders visitou Tasma todos os dias, assistindo-o de forma humanizada, dando conforto e dialogando sobre a importância de se criar um lugar onde os pacientes pudessem ser acolhidos, respeitados, conviver com suas famílias, receberem assistência interdisciplinar para o devido controle dos sinais e sintomas decorrentes das doenças avançadas na fase final de suas vidas.

³¹ ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. ANCP Internet]. 2. ed. ampl. Atual. Rio de Janeiro: ANCP; 2012.

³² ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos ANCP** 3. ed. ampl. Atual. Rio de Janeiro: ANCP; 2021.

Cicely Saunders atuou no St. Joseph's Hospice entre 1958 e 1965 cuidando de pacientes em fase de terminalidade da vida. Em 1967, ela recebeu da Rainha da Inglaterra (Elizabeth II – 1925/2022), o título de “Dame” tornando-a membro da Ordem do Império Britânico (OBE). Em 1967, Dame Cicely Saunders fundou o St. Christopher's Hospice, instituição destinada prestar assistência a doentes, assim como promover ensino e pesquisa sobre o tema, o que lhe conferiu ser um paradigma de Cuidados Paliativos para inúmeros países, que enviaram seus profissionais para treinamento e qualificação. ANCP (2012; 2021)

A tabela abaixo visa complementar o estudo do processo evolutivo dos Cuidados Paliativos no mundo:

Tabela 1- Histórico dos Cuidados Paliativos e Hospice

| Período histórico | Acontecimento |
|-------------------------------|--|
| Idade Média e Cruzadas | Com a difusão do Cristianismo, mosteiros começam a acolher doentes e pessoas incapacitadas. Durante os séculos VI e VII, viúvas e mulheres abastadas trabalham nesses mosteiros como as primeiras “enfermeiras”. À época das Cruzadas, viajantes exaustos refugiam-se em mosteiros e conventos. Com frequência, esses viajantes chegam doentes e muitos passam seus últimos dias sendo cuidados por monges, freiras e voluntárias. |
| Séculos XVII-XIX | Várias instituições de caridade surgem na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Essa prática se propaga com organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, passam a ter características de hospitais. |
| 1842 | O termo “hospice” é aplicado pela primeira vez para um lugar dedicado ao cuidado de pessoas que estavam morrendo quando Madame Jeanne Garnier funda o Dames de Calvaire em Lyon, França. Esse modelo evolui para a Federation des Associations des Dames de Calvaires e uma rede de sete |

| | |
|------------------|---|
| | hospices, incluindo o Calvary Hospital na cidade de Nova Iorque. |
| 1897-1905 | A Irish Sisters of Charity é uma das primeiras organizações com missão específica de cuidar de pessoas com doença em fase terminal. Em 1897, funda o Our Lady's Hospice em Dublin e em 1905, o St. Joseph's Hospice em Londres. |

Adaptado: Cartilha da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2015): Vamos falar de Cuidados Paliativos? Fragmentos para completar o estudo histórico.

A década de 70 foi marcada pela expansão do movimento hospice. Nesse período, Cicely Saunders, autora da obra “Cuidados de la enfermedad maligna terminal” conheceu a psiquiatra e escritora Elisabeth Klüber-Ross, que escreveu o livro “Sobre a Morte e o Morrer” que aborda as fases da morte conhecidas como (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação). Além disso, nesse mesmo período, foram estabelecidas parcerias que levaram o modelo Hospice para Estados Unidos da América (EUA) e no Canadá que começou a inserir o conceito de Cuidados Paliativos em suas práticas assistenciais. ANCP, (2012; 2021).

No início da década de 80, o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) buscou definir políticas voltadas ao alívio da dor e cuidados na modalidade Hospice para pacientes com câncer e que tal modelo assistencial fosse recomendado em todos os países. Embora no movimento Hospice estivesse se expandindo por vários países, em alguns lugares a terminologia Hospice era mal compreendida por não encontrar tradução para alguns idiomas. A fim de sanar tal problema, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o termo Cuidados Paliativos, já utilizado no Canadá.

Segundo Gomes e Othero (2016)³³, em 1990, a OMS definiu pela primeira vez o conceitos e princípios dos Cuidados Paliativos para 90 países e 15 idiomas. Paiva et al (2022, p.3) aborda esse conceito como sendo:

³³ GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos . *Estudos Avançados*, [S. l.], v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/124275>. Acesso em: 2 nov de 2022.

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares.

Em 2002, a OMS atualizou e ampliou o conceito para incluir a modalidade de cuidado não só aqueles acometidos por câncer, mas também por outras doenças como aids, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas. Logo, o conceito passou a ser:

[...] uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. GOMES E OTHERO (2016, p. 3-4; ANCP (2012; 2021).

Em 2019, Ribeiro e Poles publicaram a obra sobre Cuidados Paliativos: Prática de Médicos da Estratégia da Saúde da Família. Na ocasião, os autores ratificaram que os avanços da ciência, tecnologias, medicamentos e tratamentos possibilitaram a cura de muitas doenças e consequentemente o aumento da expectativa de vida. Contudo, os autores destacam que a medicina se tornou mais tecnicista, focando na doença e não no paciente. Quanto ao seu conceito, em 2017, a OMS fez uma atualização:

Uma abordagem que promove qualidade de vida dos usuários (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais ou espirituais.

Desta forma, à medida que surgem novos estudos sobre Cuidados Paliativos é natural que haja reflexão crítica é propositiva quanto a sua definição e abrangência. Em 2018, a International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC)³⁴ definiu que os cuidados paliativos:

³⁴ IAHPC. Global Consensus based palliative care definition [Internet]. Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care. 2018 [citado em 15 nov de 2022].

[...] são os cuidados holísticos ativos de indivíduos de todas as idades com sofrimento grave relacionado à saúde, ou seja, há associação a doenças ou lesões que demanda da atuação profissional para o alívio. Além disso, gera acarreta comprometimento físico, social, espiritual e/ou emocional e decorre do quadro de uma doença grave, seja aguda, crônica ou qualquer condição geradora de alto risco de mortalidade. Afeta a qualidade de vida, função diária e onera em termos de sintomas, tratamentos ou estresse do cuidador, principalmente daqueles próximos ao fim da vida. Visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes, seus familiares e seus cuidadores.

Dans et al (2021, p.782)³⁵ apresentam um conceito abrangente que inclui cuidados destinados não só ao paciente, mas também a família e cuidadores, que devem inclusive fazer parte do plano de cuidados.

[...] Cuidados paliativos como uma abordagem de cuidados de saúde centrada no paciente/família/cuidador que se concentra no gerenciamento ideal de sintomas angustiantes, ao mesmo tempo em que incorpora cuidados psicossociais e espirituais de acordo com as necessidades, valores e valores do paciente/família/cuidador crenças e culturas. O objetivo dos cuidados paliativos é antecipar, prevenir e reduzir o sofrimento; promover enfrentamento adaptativo; e apoiar a melhor qualidade de vida (QV) possível para pacientes/famílias/cuidadores, independentemente do estágio da doença ou da necessidade de outras terapias. Os cuidados paliativos devem começar no diagnóstico; ser administrado concomitantemente com terapias de prolongamento da vida dirigidas à doença; e facilitar autonomia do paciente, acesso à informação e escolha.

No Brasil, a literatura científica destaca que para o adequado delineamento dos Cuidados Paliativos é preciso compreender que a prática assistencial destinada aos pacientes com doenças que ameaçam a continuidade de suas vidas deve ser pautada e norteadas por princípios. Nesse sentido, ANCP (2021; 2021); Pinto, Cavalcante e Maia (2020)³⁶ destacam:

- 1) Iniciar o mais precocemente possível o acompanhamento em cuidados paliativos junto a tratamentos;
- 2) Modificadores da doença. Incluir toda a investigação necessária para compreender qual o melhor;
- 3) Tratamento e manejo dos sintomas apresentados;
- 4) Reafirmar a vida e sua importância;
- 5) Compreender a morte como processo natural sem antecipar nem a postergar;

³⁵ DANS M, Kutner JS, Agarwal R, Baker JN, Bauman JR, Beck AC, et al. NCCN guidelines insights: palliative care, version 2.2021. J Natl Compr Canc Netw 2021; 19:780–788.

³⁶ PINTO, Karina Danielly Cavalcanti; CAVALCANTI, Alessandra do Nascimento; MAIA, Eulália Maria Chaves. **Princípios, desafios e perspectivas dos cuidados paliativos no contexto da equipe multiprofissional: revisão da literatura.** *Psicol. Conoc. Soc.*, Montevideo, v. 10, n. 3, p. 151-172, 2020.

- 6) Promover avaliação, reavaliação e alívio impecável da dor e de outros sintomas geradores; de desconforto;
- 7) Perceber o indivíduo em toda sua completude, incluindo aspectos psicossociais e espirituais no seu; cuidado. Para isso é imprescindível uma equipe multidisciplinar.
- 8) Oferecer o melhor suporte ao paciente focando na melhora da qualidade de vida, influenciando positivamente no curso da doença quando houver possibilidade e auxiliando-o a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte.
- 9) Compreender os familiares e entes queridos como parte importante do processo, oferecendo-lhes suporte e amparo durante o adoecimento do paciente e também no processo de luto após o óbito do paciente.

Gaspar (2017. p. 37)³⁷ informou que:

[...]em 2013, o secretariado executivo da OMS, em sua 134ª sessão, publicou um relatório para descrever a situação dos cuidados paliativos no mundo, além disso, apontou medidas importantes para desenvolver esses cuidados como políticas públicas. Informou que os Estados têm a obrigação de fornecer tais serviços, já que os mesmos corroboram para integralidade da saúde enquanto direito fundamental universal garantido pelas constituições e pelos tratados universais de direitos humanos. O documento adverte que a necessidade de cuidado paliativo tende a aumentar em decorrência da alta incidência de DCNT e pelo progressivo envelhecimento populacional.

A necessidade da oferta dos serviços de Cuidados Paliativos destacado por Gaspar (2017) foi ratificada por Santos et al (2019) que relataram déficit de serviços disponíveis. Em 2014, a Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a 1ª edição do Atlas Global dos Cuidados Paliativos, em que classificou o Brasil como 3b, ou seja, um país com prestação de cuidados paliativos isolados, que apresenta pouco apoio para o desenvolvimento desse cuidado e oferta de forma desigual. Há carência de serviços específicos, assim como no fornecimento de medicamentos. O Estudo destacou que anualmente, aproximadamente 20 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos em todo mundo. LIMA et al (2019)³⁸; FONSECA et al (2022)³⁹

³⁷ GASPAR, R. B. **O gerenciamento do cuidado de enfermagem para defesa da autonomia dos idosos em terminalidade da vida.** Rio de Janeiro; s.n; dez. 2017. 162 p. tab, graf, ilus. Acesso em: 12 de nov de 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-881958>

³⁸ LIMA, L. do E. S.; SANTANA, M. E. de; CORREA JÚNIOR, A. J. S.; VASCONCELOS, E. V. Experiences of cancer patients' family caregivers in palliative care / **Juntos resistimos, separados caímos: vivências de familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, [S. l.], v. 11, n. 4, p. 931–936, 2019.

³⁹ FONSECA, L. dos S. .; CARVALHO, B. C. .; SANTOS, H. O. .; SILVA, J. M. da .; SANTOS, J. C. de O. .; FERREIRA, L. L. de L. .; KAMEO, S. Y. . **Atuação do Enfermeiro em Cuidados Paliativos na Atenção**

Em 2022, a Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a 2ª edição do Atlas Global dos Cuidados Paliativos. Nessa edição, destaca-se que houve avanços sobre a oferta de Cuidados Paliativos, ampliando a cobertura de 3 para 7 milhões de pessoas. O estudo relata com maior precisão que cerca de 56,8 milhões de pessoas necessitam de Cuidados Paliativos, sendo que dessas, aproximadamente 25,7 milhões se encontram no último ano de vida. Além disso, evidenciou-se que o Brasil apresentou melhoras na oferta de serviços.

O país agora é classificado como: 3B. Isso significa que há prestação de cuidados paliativos generalizados, há atividades de cuidados paliativos em vários locais, crescimento de apoio local nessas áreas com diferentes fontes de financiamento. Melhorou a oferta de medicamentos analgésico (morfina). Além disso, há iniciativas de formação e educação pelo centro de cuidados paliativos e organizações de cuidados paliativos. A fim de promover avanço nos estudos, formulação de políticas públicas e acessibilidade de conteúdos sobre a temática, Silva Neto et al (2020) analisaram a importância das mídias sociais no processo de divulgação dos cuidados paliativos.

Quanto ao processo evolutivo dos Cuidados Paliativos no Brasil, a ANCP (2012) informa que começou na década de 80, mas sua expansão se deu a partir de 2020. A Cartilha da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2015): *Vamos falar de Cuidados Paliativos?*, retrata esse processo. A tabela abaixo representa uma adaptação do estudo e visa sistematizar como os Cuidados Paliativos foram sendo consolidados no país.

Tabela 2- Histórico dos Cuidados Paliativos no Brasil

| | |
|-----------------------------|---|
| Início dos anos 1990 | O professor Marco Túlio de Assis Figueiredo abre os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM). |
| 1996 | O Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugura o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico, que veio a se transformar em uma unidade de Cuidados Paliativos (HC-IV) no Rio de Janeiro. Atualmente, é um dos serviços mais completos do país. |
| 1997 | Fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), com papel importante na divulgação de Cuidados Paliativos no país, com suporte de experientes profissionais da América do Norte. Primeiro curso de Cuidados Paliativos na Universidade de São Paulo (USP). |
| 1998 | A ABCP realiza seu primeiro congresso e o Fórum Nacional de Cuidados Paliativos, onde se divulga o censo de serviços de Dor e Cuidados Paliativos. |
| 1999 | O INCA organiza seu primeiro evento de Dor e Cuidados Paliativos Oncológicos, com participação de expoentes internacionais. |
| 2000 | O Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo inicia o serviço de Cuidados Paliativos em modalidade de atendimento domiciliar. Dois anos depois, inaugura uma enfermaria para garantir a continuidade do cuidado |
| 2002 | O Sistema Único de Saúde inclui a prática dos Cuidados Paliativos em serviços de Oncologia. Publicação da portaria 859 do Ministério da Saúde sobre disponibilidade de opioides. |
| 2004 | A SBGG institui sua Comissão Permanente de Cuidados Paliativos. A partir desse ano, surgem várias iniciativas de criação de serviços ou de grupos de interesse em Cuidados Paliativos por todo o país. |

| | |
|-------------|---|
| 2005 | Fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Os sócios fundadores são 30 médicos de diferentes especialidades clínico-cirúrgicas. |
| 2006 | O Conselho Federal de Medicina institui a Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos. O Ministério da Saúde cria a Câmara Técnica de Assistência em Cuidados Paliativos. O CFM publica a Resolução nº 1.805/2006, que reconhece a prática de Cuidados Paliativos. |
| 2009 | O CFM inclui, pela primeira vez na história da Medicina brasileira, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental no novo Código de Ética Médica. |
| 2011 | A Associação Médica Brasileira (AMB) reconhece a Medicina Paliativa como área de atuação de seis especialidades médicas: Pediatria, Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica, Anestesiologia, Oncologia e Geriatria. |
| 2012 | Certificação dos primeiros médicos brasileiros em Medicina Paliativa como área de atuação – 45, dos quais oito são geriatras. O CFM lança a Resolução nº 1.995/2012 sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. |
| 2014 | A Medicina Paliativa é reconhecida pela AMB como área de atuação de outras duas especialidades médicas: Medicina Intensiva e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. |

Adaptado: Cartilha da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2015): Vamos falar de Cuidados Paliativos?

Em 2002, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 19 que instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Um dos seus objetivos é: “desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com

as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria”.

Além disso, a ANCP (2021) acrescenta novas informações sobre a evolução dos Cuidados Paliativos no território brasileiro. Segundo a instituição, o primeiro serviço de saúde específico foi estabelecido no Hospital de Porto Alegre (RS) pela médica Miriam Marteleite, em 1983. Em 1986, o serviço de Cuidados Paliativos foi implementado no Hospital Conceição (Porto Alegre) e Santa Casa em São Paulo. Em 1989 chegou ao Rio de Janeiro no Instituto Nacional do Câncer (INCA) e CEPON (Florianópolis). Na década de 90 foi a vez da PUC de Sorocaba e Hospital Escola da Faculdade de Medicina da cidade de Botucatu 1990.

Em 2018, o Ministério da Saúde lançou a Resolução nº 41⁴⁰ que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). O documento determina que a assistência deve ser promovida por uma equipe multidisciplinar, a fim de promover melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Além disso, destaca que o financiamento da política de Cuidados Paliativos no SUS deve contar com a tripartite (Estado, Município e União), bem como observar o planejamento e a organização dos cuidados continuados integrados na Redes de Atenção à Saúde.

Quanto a disponibilidade dos serviços, a Resolução nº 41 destaca as ações em cada nível de assistência, vejamos a Tabela 03 que sistematiza tais ações.

⁴⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html.

Tabela 3- Ações voltadas aos Cuidados Paliativos de acordo com o nível de atenção de saúde.

| Nível de atenção | Ações desenvolvidas |
|------------------------------|--|
| Atenção Básica | Ordenadora da rede e coordenadora do cuidado , será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessária; |
| Atenção Domiciliar | As equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o plano terapêutico singular, deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal locus de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível. Será indicada para pessoas que necessitem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna. |
| Atenção Ambulatorial | Deverá ser estruturada para atender as demandas em cuidados paliativos proveniente de outros pontos de atenção da rede; |
| Urgência e Emergência | Os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis; |
| Atenção Hospitalar | Voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência. |

Adaptado: Resolução nº 41 que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro ponto importante, é esclarecer os termos que permeiam os Cuidados Paliativos e que geram dúvidas entre as pessoas. Esses termos são: Ortotanásia, Distanásia, Eutanásia e Distanásia.

III – Ortotanásia

Cano et (2020, p.2)⁴¹ destaca a importância de diferenciar os termos acima, uma vez que muitos profissionais de saúde confundem seus significados, o que gera descumprimento dos códigos de ética profissional e de normas jurídicas. Eles definem ortotanásia como sendo “a morte em seu processo natural e inevitável, respeitando o direito da pessoa de morrer com dignidade, amparada por cuidados paliativos”. Esse entendimento já vinha sendo trabalhado na área da saúde, principalmente, após a publicação da Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM)⁴².

Felix et al (2013)⁴³ destacam que embora os avanços no campo das ciências biomédica tenham possibilitado melhorias na saúde da população e ofertado qualidade de vida, é preciso analisar de forma crítica e reflexiva sobre as consequências sociais, principalmente, quando os anos acrescidos nas vidas das pessoas se dá por meios fúteis, configurando a obstinação terapêutica e comprometimento dos direitos humanos.

Para Felix et al (2013, p. 2) na ortotanásia:

o indivíduo em estágio terminal é direcionado pelos profissionais envolvidos em seu cuidado para uma morte sem sofrimento, que dispensa a utilização de métodos desproporcionais de prolongamento da vida, tais como ventilação artificial ou outros procedimentos invasivos. A finalidade primordial é não promover o adiamento da

⁴¹ CANO, Carlos Wilson de Alencar et al. **Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia**. Revista Bioética [online]. 2020, v. 28, n. 2 [Acessado 17 Novembro 2022], pp. 376-383.

⁴² Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 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.

⁴³ FELIX, Zirleide Carlos et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2013, v. 18, n. 9 [Acessado 17 Novembro 2022] , pp. 2733-2746.

morte, sem, entretanto, provocá-la; é evitar a utilização de procedimentos que aviltem a dignidade humana na finitude da vida.

A cerca dos problemas advinda da falta de compreensão sobre as terminologias, quando Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 1.805/2006, destacou que:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

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

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

A decisão referida no deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica. O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Para o entendimento de muitos juristas e pesquisadores, essa resolução do CFM retratou o entendimento de ortotanásia e encontra respaldo nas normas constitucionais uma vez que visa resguardar a dignidade da pessoa humana. A respeito desse assunto, Barroso e Martel (2010, p. 13) publicaram a obra *A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida*, onde ensinam que “a dignidade protege, também, a liberdade e a inviolabilidade do indivíduo quanto à sua desumanização e degradação”.

Barroso e Martel (2010, p. 18)⁴⁴ seguem ensinando que:

⁴⁴ BARROSO, L. R. & MARTEL, L. C. V. (2010), “A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida”, in Tania da Silva Pereira, Rachel Aisengart Menezes e Heloiza Helena Barboza, *Vida, morte e dignidade humana*. Rio de Janeiro, GZ.

A dignidade como autonomia, como poder individual (empowerment), é a concepção subjacente aos grandes documentos de Direitos Humanos do século XX, bem como a inúmeras constituições do segundo pós-guerra. Esta é a visão que serve de fundamento e justificação para os direitos humanos e fundamentais, podendo-se nela destacar quatro aspectos essenciais: a) a capacidade de autodeterminação; b) as condições para o exercício da autodeterminação; c) a universalidade; e d) a inerência da dignidade ao ser humano.

A dignidade como autonomia envolve, em primeiro lugar, a capacidade de autodeterminação, o direito de decidir os rumos da própria vida e de desenvolver livremente a própria personalidade.

Ainda sobre a Resolução nº 1.805/2006, destaca-se que uma Ação Civil Pública (nº 2007.34.00.014809-3)⁴⁵ foi movida pelo Ministério Público Federal (MPF) com pedido de ilegalidade da resolução, bem como a suspensão liminar, que foi concedida.

(TJ-RS - AC: 70054988266 RS, Relator: Irineu Mariani, Data de Julgamento: 20/11/2013, Primeira Câmara Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 27/11/2013).

SENTENÇA

Trata-se de ação civil pública com pedido de antecipação de tutela ajuizada pelo MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL contra o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA pleiteando o reconhecimento da nulidade da Resolução CFM n. 1.805/2006 e alternativamente sua alteração a fim de que se definam critérios a serem seguidos para a prática da ortotanásia.

Aduz que: [i] o Conselho Federal de Medicina não tem poder regulamentar para estabelecer como conduta ética uma conduta que é tipificada como crime; [ii] o direito à vida é indisponível, de modo que só pode ser restringido por lei em sentido estrito; [iii] considerado o contexto socioeconômico brasileiro, a ortotanásia pode ser utilizada indevidamente por familiares de doentes e pelos médicos do sistema único de saúde e da iniciativa privada.

A antecipação de tutela foi deferida para suspender os efeitos da Resolução CFM n. 1.805/2006. O Conselho Federal de Medicina agravou de instrumento.

O Conselho Federal de Medicina contestou asseverando que: [i] a resolução questionada não trata de eutanásia, tampouco de distanásia, mas sim de ortotanásia; [ii] a ortotanásia, situação em que a morte é evento certo, iminente e inevitável, está ligada a um movimento corrente na comunidade médica mundial denominado Medicina Paliativa, que representa uma possibilidade de dar conforto ao paciente terminal que, diante do inevitável, terá uma morte menos dolorosa e mais digna; [iii] a ortotanásia não é considerada crime; e [iv]

⁴⁵ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. **Processo n. 2007.34.00.014809-3**. Brasília, 23 out. 2007. Disponível em: http://www.df.trf1.gov.br/inteiro_teor/doc_inteiro_teor/14vara/2007.34.00.014809-3_decisao_23-10-2007.doc. Acesso em: 28/11/2022

É o relatório. Chego à convicção de que a Resolução CFM n. 1.805/2006, que regulamenta a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, realmente não ofende o ordenamento jurídico posto.

Além disso, a sentença utilizou conceito de ortotanásia:

[...]ortotanásia, que significa a morte "no tempo certo", conceito derivado do grego "orthos" (regular, ordinário). Em termos práticos, considera-se ortotanásia a conduta omissiva do médico, frente a paciente com doença incurável, com prognóstico de morte iminente e inevitável ou em estado clínico irreversível.

Neste caso, em vez de utilizar-se de meios extraordinários para prolongar o estado de morte já instalado no paciente (que seria a distanásia), o médico deixa de intervir no desenvolvimento natural e inevitável da morte. Tal conduta é considerada ética, sempre que a decisão do médico for precedida do consentimento informado do próprio paciente ou de sua família, quando impossível for a manifestação do doente.

Quanto a jurisprudência sobre a ortotanásia, vejamos:

TJ-MG - AC: 10443170031498001 MG, Relator: Albergaria Costa, Data de Julgamento: 19/12/2019, Data de Publicação: 23/01/2020

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS. OMISSÃO. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. MEDIDAS PALIATIVAS. MORTE CEREBRAL. ORTOTANÁSIA. DANO MORAL. DEVIDOS. Aplica-se a teoria de responsabilidade civil subjetiva quando o dano experimentado ocorre em razão da suposta falha do Poder Público ou de prestadoras de serviço público. Na ação de indenização por danos morais, o valor da condenação não pode ser irrisório, mas também não deve gerar o enriquecimento ilícito do ofendido. Seguindo a orientação do Supremo Tribunal Federal nas ADIs n.º 4.357 e n.º 4425, quando declarou, por arrastamento, a inconstitucionalidade do art. 5º da Lei 11.960/2009, as dívidas da Fazenda Pública devem ser corrigidas com base nos índices que reflatam a inflação acumulada do período - IPCA. Se tratando de danos morais, deve-se observar a data do arbitramento (Súmula n.º 362 do STJ) e a data do evento danoso (Súmula n.º 54 do STJ), para fins de correção e juros de mora, respectivamente. Recurso conhecido e parcialmente provido.

Trata-se de um recurso de Apelação em decorrência da improcedência de ação de indenização. O fato ocorreu no município de Nanuque (MG), onde segundo consta no processo que o óbito de um paciente foi declarado por morte cerebral em 26/07/2017, porém a perda total

dos sinais vitais só ocorreu em 28/07/2017. Consta que após sofrer uma parada cardiorrespiratória, o paciente ficou longo período sem receber suporte de soroterapia e oxigenioterapia.

A sentença destaca:

[...] mesmo no caso de ortotanásia, em que os médicos deixam de realizar procedimentos técnicos invasivos para prolongar a vida de um paciente em estágio terminal, resultante de doença crônica incurável, não se exclui ou retira dele os cuidados mínimos que lhe garantam uma morte mais digna e sem sofrimento.

Neste sentido, o art. 2º da Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º CFM N.º 1.805/06, que estabelece:

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

Parágrafo único A decisão mencionada no caput deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica ao representante legal do doente.

Inclusive tal decisão deve ser comunicada ao paciente ou representante legal, bem como devidamente fundamentada e registrada no prontuário, o que não ocorreu.

Além disso, os apelantes relatam que:

[...] apelantes afirmaram, basicamente, que a constatação equivocada do óbito de seu pai, deixando-o por aproximadamente 7 (sete) horas com os aparelhos desligados, sem o tratamento adequado, gerou inevitáveis danos morais, gerando sofrimento não apenas aos familiares como ao falecido nos seus últimos dias de vida.

Na sentença, o magistrado destacou que se tratava de um caso de Responsabilidade Civil subjetiva, ficou a pena por danos morais no valor de R\$ 30.000,00.

Denota-se do julgado que há validação para processos assistenciais que garantam a dignidade humana, a constituição do cuidado bem como assegura Código de Ética e resoluções profissionais. No âmbito da medicina, a Resolução CFM n.º 2217 de 2018 que dispõe sobre o

Código de Ética Médica (CEM)⁴⁶, aborda a dignidade e autonomia do paciente em diferentes pontos, vejamos:

Capítulo I: Princípios Fundamentais

“VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade.” (Grifo nosso)

“XXI - 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.” (Grifo nosso)

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados. (Grifo nosso)

Capítulo IV: Direitos Humanos

VEDAÇÃO:

“Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.” (Grifo nosso)

“Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.” (Grifo nosso)

Os trechos acima ratificam que o Código de Ética Médica (CEM) busca respeitar a autonomia dos pacientes, bem como a garantia de sua dignidade, pois entende que tais garantidas corroboram para um processo de finitude da vida pautado nos valores humanos. É notório que, embora inevitável, a morte permanece sendo um tabu na sociedade ocidental contemporânea. É importante frisar que o processo de morte e morrer não deve representar dor e sofrimento.

⁴⁶ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução Nº 2.217, de 2018.** Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Seção. I, p.179, 01 nov. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 04 de set. de 2020

Esse entendimento pode ser encontrado nos poemas de Mário Quintana:

| POEMAS DE MÁRIO QUINTANA | |
|---|---|
| Minha Morte Nasceu... | Este quarto... |
| <p>Minha Morte nasceu quando eu nasci</p> <p>Despertou, balbuciou, cresceu comigo E dançamos de roda ao luar amigo Na pequenina rua em que vivi</p> <p>Já não tem aquele jeito antigo De rir que, ai de mim, também perdi Mas inda agora a estou sentindo aqui grave e boa a escutar o que lhe digo</p> <p>Tu que és minha doce prometida Nem sei quando serão nossas bodas Se hoje mesmo...ou no fim de longa vida</p> <p>E as horas lá se vão loucas ou tristes Mas é tão bom em meio as horas todas Pensar em ti, saber que tu existes</p> | <p>Este quarto de enfermo, tão deserto de tudo, pois nem livros eu já leio e a própria vida eu a deixei no meio como um romance que ficasse aberto...</p> <p>Que me importa este quarto, em que desperto como se despertasse em quarto alheio? Eu olho é o céu! imensamente perto, o céu que me descansa como um seio.</p> <p>Pois só o céu é que está perto, sim, tão perto e tão amigo que parece um grande olhar azul pousado em mim.</p> <p>A morte deveria ser assim: um céu que pouco a pouco anoitecesse e a gente nem soubesse que era o fim...</p> |

IV – Distanásia

Cano et al (2020)⁴⁷ desenvolveram uma pesquisa intitulada **Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia** onde conceituaram a distanásia como sendo uma prática para tentar a manutenção da vida, independente de possibilidade de recuperação, qualidade de vida ou bem-estar, através de obstinações terapêuticas para evitar a morte do paciente. Nessa pesquisa, os autores entrevistaram 80 profissionais médicos, em 03 (três) instituições de saúde, e através relatos dos participantes, evidenciaram que 71 participantes responderam à pergunta sobre distanásia, sendo que 60 (75%) demonstraram conhecimento sobre o tema. Quanto a correlação entre prática profissional e reconhecimento da execução do ato, 41 profissionais reconheceram ter praticado a distanásia.

⁴⁷ CANO, Carlos Wilson de Alencar et al. **Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia**. Revista Bioética [online]. 2020, v. 28, n. 2 [Acessado 17 Novembro 2022], pp. 376-383.

Cabe destacar, conforme já demonstrado, que o Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução CFM nº 1805 de 2006 permite que o médico “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”.

Além disso, em 2012, publicou a Resolução CFM nº 1995 que tratou das Diretivas Antecipadas de vontade do paciente que visa ofertar assistência em prol dos interesses do indivíduo. Soma-se a isso, o Código de ética médica, Resolução CFM nº 2217 de 2018, conforme exposto anteriormente, determina o respeito à dignidade humana e ratifica no Art. 41, parágrafo único, que em situações de doenças incuráveis e na fase terminal, o médico não deve empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas.

Logicamente, os temas que permeiam a terminalidade da vida humana carecem de estudos interdisciplinares. No campo jurídico, há julgados divergentes, vejamos:

(TJ-DF 07076357220178070018 DF 0707635-72.2017.8.07.0018, Relator: ALFEU MACHADO, Data de Julgamento: 30/10/2019, 6ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no PJe: 11/11/2019. Pág. Sem Página Cadastrada.)

DIREITO ADMINISTRATIVO. CONSTITUCIONAL. REMESSA DE OFÍCIO. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. INTERNAÇÃO DOMICILIAR - HOME CARE. BIOÉTICA. PROTEÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA. SÍNDROME DE EDWARDS. DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA E À SAÚDE. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E MÍNIMO EXISTENCIAL. PRINCÍPIOS DA MÁXIMA EFETIVIDADE E DA FORÇA NORMATIVA DA CONSTITUIÇÃO. EFICÁCIA IMEDIATA. REMESSA E APELO CONHECIDOS E DESPROVIDOS. SENTENÇA MANTIDA. 1. A Constituição não é ornamental, nem arcabouço de ideia e princípios, e reclama, pois, uma efetividade real de suas normas. O Direito à Saúde, inserto na Constituição Federal de 1988 em seu art. 196, e o Princípio da Igualdade, esculpido no artigo 5º, caput da mesma Lei Maior, balizam todos os que são responsáveis pela garantia dos direitos fundamentais em nossa sociedade. 1.1 O direito à saúde deve se realizar por meio de políticas sociais e econômicas, propiciando aos necessitados não qualquer tratamento, mas o tratamento mais adequado e eficaz, apto a ofertar ao enfermo maior dignidade de vida e menor sofrimento, independentemente do custo do

insumo ou procedimento médico indicado. 2. A efetivação da tutela está relacionada à preservação da saúde do indivíduo, de modo que a ponderação das normas constitucionais deve privilegiar a proteção do bem maior que é a vida. Precedentes do STJ e STF. 3. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (art. 11 do Estatuto da Criança e Adolescente com recente modificação da Lei 13.257/2016). 4. Desde 2002, está regulamentado no âmbito do Sistema Único de Saúde, o subsistema de tratamento e internação domiciliar, conforme normatização expressa na Lei n. 8.080/90, artigo 19-I e seus parágrafos. 5. O argumento do Distrito Federal de que o quadro clínico da parte Autora envolve questões de éticas e que não há falta do aparelho de ventilação mecânica ou de falta de acompanhamento domiciliar e sim a necessidade de se evitar a distanásia, pois não é possível aumentar a expectativa de cura ou melhora da evolução normal da Síndrome de Edwards, não é suficiente para afastar o direito fundamental da autora de receber cuidados médicos necessários. 6. A distanásia é o prolongamento da sobrevida da paciente. No caso, a determinação de tratamento domiciliar (?home care?) decorre do estado clínico da autora, foi recomendada por médico da rede pública de saúde do próprio ente federativo recorrente e não significa tratamento que ofende a dignidade da paciente. 7. Como o direito à saúde é direito essencial, incluso no conceito de dignidade da pessoa humana e do mínimo existencial, não há empecilhos jurídicos para influência do Judiciário para conferir a tutela vindicada, tendo em vista que o Distrito Federal não comprova objetivamente sua incapacidade econômico-financeira (Precedente do STJ). 8. Remessa de ofício conhecida e desprovida. Sentença mantida.

Trata-se de um recurso de Apelação do Distrito Federal contra a sentença proferida pela Quinta Vara da Fazenda Pública do Distrito Federal (DF). No pedido da ação originária, o réu havia sido condenado a promover a internação domiciliar da autora e imediato ressarcimento dos valores despendidos nos meses de dezembro de 2018 e de janeiro a março de 2019.

O apelante alega que, no caso concreto, a apelada carece de tratamento paliativo, sendo tal tratamento não conforme às recomendações feitas pelos órgãos oficiais. “Argumenta que o tratamento médico adequado é o de cunho paliativo, pois a introdução de tecnologias médicas que aumentam a sobrevida do paciente em estágio terminal (distanásia), sem possibilidade de cura ou melhora de suas condições, é questionável do ponto de vista ético.” O recurso de apelação não foi provido e como fundamento, destacou que:

É dever do Poder Judiciário garantir a aplicabilidade imediata e a máxima eficácia das normas constitucionais que conferem ao jurisdicionado o direito a um sistema de saúde eficiente. A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, a redução do risco de doenças e outro agravo e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Observa-se que o conceito de distanásia utilizado destoa do que a literatura apresenta. O fato de a paciente necessitar de aparato tecnológico para prover suas necessidades e manutenção de sua vida não caracteriza obstinação terapêutica. O acometimento dá uma doença crônica não inviabiliza a uma vida digna. A distanásia ocorre quando o recurso terapêutico é empregado para postergar a morte, gerando sofrimento desnecessário, o que vai de encontro ao pedido de internação domiciliar.

As discordâncias sobre quais os tratamentos adequados devem ser empregados aos pacientes que vivenciam o diagnóstico de doenças grave e irreversíveis podem atingir profissionais de saúde e familiares. Vejamos um caso:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. SUBSTITUIÇÃO DE CURADOR. Decisão que deferiu o pedido de antecipação da tutela, para substituir o agravante/réu (marido da interditanda) e nomear conjuntamente os agravados/autores (genitores) na curatela de A. H. de F. N. Inconformismo do réu. Interditanda que se encontra em estado neurovegetativo. Réu que determinou a supressão de nutrição e hidratação à esposa, que está internada em uma clínica. Genitores que não concordam com a medida. Divergência sobre qual o tratamento a ser adotado à interditanda neste momento, assim como sobre quais as medidas devem ser consideradas como cuidados paliativos, ortotanásia, distanásia, e até eutanásia. Necessidade de melhor dilação probatória. Decisão que, por ora, deve ser mantida. RECURSO NÃO PROVIDO.

(TJ-SP - AI: 20131106620228260000 SP 2013110-66.2022.8.26.0000, Relator: Ana Maria Baldy, Data de Julgamento: 15/09/2022, 6ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 15/09/2022)

Trata-se de um recurso contra a decisão que deferiu antecipação de tutela em uma ação de substituição de curador. Consta nos autos que A. H. de F. N. sofreu acidente vascular cerebral com prognóstico incurável, sofrendo limitações para realização ações de capacidade funcional básica, atos complexos da vida privada e civil. O esposo da paciente relata que foi nomeado seu curador na ação nº 1015633-60.2019.8.26.0554.

O esposo de A. H. de F. N. relatou que mantinha relação harmoniosa com sua conjuge, com quem teve dois filhos. No recurso para destituir a curatela do esposo, os genitores de A.

H. de F. N alegam que o marido não estava prestando cuidados adequados a sua filha, que se encontra em estado neurovegetativo e teve suspensa a hidratação e nutrição artificial. O marido alega que jamais foi negligente e que a suspensão dos procedimentos foi resultado de orientação de profissionais de saúde que indicaram a ortotanásia.

Além da discordância entre o esposo e os genitores de A. H. de F. N, houve também abertura de sindicância pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo após uma médica que atuava no hospital onde a paciente estava internada. Esta profissional relatou que:

O tratamento realizado na clínica sempre foi de suporte clínico, sendo que a paciente tem condição clinicamente estável, sem outras comorbidades/estados patológicos. Ressalta-se que apesar do estado neurovegetativo, os demais sistemas estão em perfeito funcionamento. Surpreendentemente, no início do presente mês houve uma alteração na conduta médica, determinando a supressão da nutrição e hidratação da paciente.

Segundo foi informado à equipe médica e de enfermagem pelas médicas responsáveis pelo serviço Dra. L. M. e Dra. J. L., esta nova conduta teria sido dada após intervenção do marido da paciente, de um médico especialista em cuidados paliativos (Dr. T. C.) e de uma advogada 'especialista' em terminalidade (L. D.). O que foi informado às equipes era de que tal alteração estava de acordo com a lei e que não haveria problemas, haja vista que os avalistas eram experts no assunto.

Após apurar a situação, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo destacou que a situação era alarmante e determinou a imediata retomada do protocolo de tratamento ministrado, ou seja, a nutrição artificial e a hidratação.

A decisão que proferiu a liminar de tutela trouxe duas importantes considerações:

1) [...] artigo 1º da Resolução 1.805/2006, do Conselho Federal de Medicina, dispor que "é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal", em uma análise sumária, não há nada que indique que a alimentação e a hidratação da paciente estejam incluídas nos conceitos médicos de "procedimentos e tratamentos";

2) [...] há divergência sobre qual o tratamento a ser adotado a interditanda neste momento, assim como sobre quais as medidas devem ser consideradas como cuidados paliativos, ortotanásia, distanásia, e até eutanásia, sendo certo que esta questão merece maior dilação probatória.

É notório que os temas que envolvem questões concernentes a natureza existencial demandam de amplo diálogo crítico, reflexivo e propositivo para construção de um conhecimento interdisciplinar. Observa-se que a demanda judicial supracitada poderia ser evitada com a formulação de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), conforme disposto na Resolução CFM nº 1995/2012⁴⁸.

A respeito das atividades profissionais, Cecília Lôbo Marreiro (2013)⁴⁹ escreveu sobre Responsabilidade Civil do médico na prática da distanásia. A autora destaca que à medida que a medicina evoluiu e se tornou ciência, a responsabilidade do médico assumiu caráter subjetivo (para sua configuração é preciso a identificação da conduta culposa e do nexo de causalidade) e a culpa é o componente do caráter ilícito. Atualmente, há divergência quanto a natureza da responsabilidade civil do profissional médico tendo em vista diferentes formas de prestação dos serviços (contratual e extracontratual).

Observa-se no texto que independente da forma, há de se observar a necessidade do cumprimento de determinados deveres: a) fornece informação e esclarecimento; b) dever da técnica e perícia; c) cuidado, diligência e prudência. Além disso, a autora destaca que:

O médico que desconsidera a autonomia do paciente terminal, que o submete à prática de uma terapêutica fútil, incorre no dever de reparar os danos provenientes dessa obstinação, que cerceia o direito do doente de escolher uma morte digna e humana para si (MARREIRO (2013, p.9).

⁴⁸ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. **Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.** Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012 [acesso 20 dez. 2021].

⁴⁹ Marreiro, Cecília Lôbo. Responsabilidade civil do médico na prática da distanásia. Revista Bioética. 2013, v. 21, n. 2, pp. 308-317. Disponível em: <>. Epub 17 Out 2013. ISSN 1983-8034.

Quanto aos pressupostos, Marreiro (2013, p.9) informa:

- 1) Conduta culposa: O médico que ciente do quadro clínico do paciente opta por medidas típicas de distanásia, incorre em imperícia ou imprudência. Aos pacientes em terminalidade são preconizados os cuidados que proporcionam conforto, dignidade, ou seja, Cuidados Paliativos. Vide artigo 41 do Código de Ética Médica.
- 2) Dano: Pode ser físico, material e moral.
- 3) Nexo causal: É o liame entre a conduta culposa e o dano sofrido.

V – Eutanásia

Samuel Buzaglo, subprocurador -Geral da República, publicou na Revista do Ministério Público do RJ, 24 ed. (2006) um trabalho intitulado Considerações sobre a Eutanásia. Embora o trabalho caminhe para quase duas décadas de sua publicação, a riqueza do estudo torna-o um importante instrumento para compreensão do tema. Segundo Buzaglo (2006) e Gouvêa e Deval (2018) o vocábulo teve origem nas obras do filósofo Francis Bacon, inglês que, no século XVII, definia a eutanásia como estudo de doenças sem possibilidade terapêutica de cura. Além disso, o termo deriva dos vocábulos gregos eu (significa bom) e thánatos (ato de dar boa morte).

Quanto ao seu conceito, há época Buzaglo (2006)⁵⁰ já definia juridicamente a eutanásia como sendo o ato de pôr fim na vida de quem sofria de uma doença incurável e era acometido por um sofrimento insuportável. No Brasil, a prática é considerada crime, tipificada no Art. 121 do Código Penal brasileiro, ou seja, crime de homicídio.

No âmbito internacional, a Holanda, em 2002, foi o primeiro país a adotar uma legislação que permitia a prática da eutanásia, seguida da Bélgica. Já nos Estados Unidos, Oregon legalizou a eutanásia em 1997. Na Alemanha só era permitida a eutanásia passiva, enquanto na França (2004), a Assembleia nacional aprovou legislação sobre a eutanásia passiva. Na Suíça,

⁵⁰BUZAGLO, S. Considerações sobre a eutanásia. Rev. Minist. Público, Rio de Janeiro, RJ, (24), 2006. Acesso em: 28/11/2022.

país que ficou conhecido pelo turismo da morte, não havia autorização para eutanásia, mas sim suicídio assistido.

A respeito da legislação brasileira, o Art. 12, § 1º diz que: “Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.”

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012) ressaltou que a prática da eutanásia não faz qualquer correlação com os Cuidados Paliativos, tampouco com eutanásia passiva ou ativa. O objetivo dessa assertiva é esclarecer, evitar e/ou minimizar as discussões que tentam correlacionar as práticas. Prova dessa divergência é que o Ministério Público Federal (MPF), em 2007, ajuizou uma Ação Civil Pública contra o Conselho Federal de Medicina alegando que a Resolução CFM nº 1805/2006 precisava ser revogada, pois a prática ortotanásia, assim como a eutanásia caracterizam o crime de homicídio. Inicialmente a Justiça Federal concedeu liminar para suspender a resolução. Contudo, posteriormente, o MPF percebeu o engano.

O Código de Ética Médica veda a prática da eutanásia, vejamos:

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Luciana Dadalto (2019)⁵¹, advogada especializada em Testamento Vital, destaca-se no cenário nacional como uma pesquisadora no campo dos direitos existenciais. Dadalto publicou o artigo Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim, onde destaca que a morte digna tem caráter subjetivo, está relacionada a questões individuais e coletivas, assim como fomentou a mercantilização do direito a boa morte.

⁵¹ DADALTO, Luciana. Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim. Pensar, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 1-11, 2019. Trimestral

Ainda segundo Dadalto (2019), ao longo dos últimos anos, o conceito de eutanásia foi se modificando. A autora destaca que após a 2ª Guerra Mundial, o paciente passou a assumir o papel de sujeito de direitos e exercer mais sua autonomia. Essa mudança é importante, haja vista que com o advento dos avanços da ciência e biotecnologia a morte passou a ser um evento controlável. Destacou-se no trabalho supracitado que é preciso refletir sobre a eutanásia autônoma, prática em que o paciente é o protagonista.

Dadalto (2019, p.3) informou que “Tramita no Congresso Federal o projeto de lei do Senado n.º 236/2012 - já alterado por projetos de emendas subsequentes -, conhecido como projeto de novo Código Penal, que, em sua redação original, previa a criação de um tipo penal específico para a eutanásia: Art. 122. Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave: Pena – prisão, de dois a quatro anos. §1º O juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima. ”

Diante de tudo que foi exposto, estudo realizado por Pessini e Siqueira (2019)⁵² abordaram as Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. Eles citam um estudo realizado em parceria entre a revista *The Economist* e a Kaiser Family Foundation (2017) que descreveram sobre questões bioéticas relacionadas ao final da vida. Um ponto chama atenção para a questão da eutanásia, os autores retrataram que “nos estados de Oregon e Washington, onde a eutanásia é legalizada, as razões registradas para o suicídio assistido foram perda de autonomia (90% dos pacientes) e da dignidade pessoal (70%)” PESSINI E SIQUEIRA (2019, p. 7).

VI - Evolução dos direitos dos pacientes

O surgimento dos direitos dos pacientes ocorreu a partir da segunda metade do século XX e teve como base um conjunto de movimentos de reivindicação social contra o paternalismo exercido pelos profissionais médicos, bem como direito sobre os próprios corpos e

⁵² PESSINI, Leo e SIQUEIRA, José Eduardo de. **Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida.** Revista Bioética [online]. 2019, v. 27, n. 1 [Acessado 28 Novembro 2022] , pp. 29-37.

centralização da assistência ao paciente. Segundo Albuquerque (2020), a década de 70 foi importante para os avanços do entendimento de que paciente é um sujeito de direito, fato que mudaria a relação médico-paciente nas instituições de saúde, a ideia do poder médico sobre os corpos. Um dos principais o entendimento de que os pacientes são sujeitos de direitos iniciou com a obra de George Annas, *The Rights of patients*, ainda na década de 70.

Em 1974, George J. Annas⁵³ e Joseph M. Healey, Jr. Publicaram o artigo “The Patient Rights Advocate: Redefining the Doctor-Patient The Patient Rights Advocate: Redefining the Doctor-Patient Relationship in the Hospital Context” onde abordam o impacto da tecnologia na área de saúde, inclusive o adiamento mecânico da morte. Os avanços tecnológicos remodelaram a natureza humana, trouxe significativos avanços, mas questionamentos importantes no campo da bioética e das responsabilidades profissionais e institucionais. O texto revela a necessidade de refletir sobre as forças instituídas nas tomadas de decisões sobre os tratamentos de saúde, onde os pacientes não precisam esperar passivamente o curso de suas doenças até a morte, até porque há evidências de que desejam participar das tomadas de decisões.

Quanto ao conceito, os direitos dos pacientes, para alguns autores, são aqueles inerentes ao indivíduo que se encontra em tratamento de saúde. Dentre os quais se destacam o direito à vida, à privacidade, à informação, à liberdade e o de não ser tratado de forma desumana. Logicamente, que não se trata de um rol taxativo, uma vez que, a singularidade e a necessidade de cada paciente podem fazer ensejar um novo direito. ALBUQUERQUE (2020)⁵⁴

O Brasil apresenta, no âmbito nacional, um atraso no que tange à formulação legislativa específica destinada aos pacientes. Em 2014, o Ministério da Saúde (MS) lançou o manual Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente que cita relatório do Institute of Medicine (IOM) *To Err is Human* que deu relevância ao tema sobre segurança dos pacientes e conseqüentemente seus direitos. Segundo o IOM, anualmente morriam nos Estados Unidos da América (EUS) mais de 100 mil pacientes vítimas de eventos adversos, além

⁵³ Annas GJ, Healey JM. The patient rights advocate: redefining the doctor-patient relationship in the hospital context. *Vanderbilt Law Rev.* 1974 Mar;27(2):243-69. PMID: 11662092.

⁵⁴ ALBUQUERQUE, A. **Os Direitos dos Pacientes no Brasil: análise das propostas legislativas e o papel do Sistema Único de Saúde.** Revista Brasileira de Bioética, [S. l.], v. 15, p. 1–24, 2020.

de vultosos prejuízos econômicos. O IOM passou a adotar a segurança do paciente como um dos atributos de qualidade dos serviços de saúde.

A Figura 1 retrata os atributos estabelecidos pelo IOM para conferir isonomia, equidade e respeito aos direitos dos pacientes:

Figura 1 - Dos atributos estabelecidos pelo IOM

| Atributos | Definição |
|------------------------------|--|
| Segurança* | Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los. |
| Efetividade | Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente). |
| Cuidado centrado no paciente | Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente. |
| Oportunidade | Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado. |
| Eficiência | Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia. |
| Equidade | Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica. |

*Esta é a definição de segurança do paciente do Instituto de Medicina. Não difere muito da definição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Portaria MS/GM nº 529/2013: reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014, p.7.

Observa-se assim que, no Brasil, o Ministério da Saúde através dos Cuidados Centrados no paciente preconizou que os tratamentos propostos estejam de acordo com as preferências e valores dos pacientes, que deverão estar devidamente informados pelos serviços de saúde. Entretanto, o próprio manual que destaca a importância do Cuidado Centrado no Paciente, destaca em sua página 27:

A maior parte dos pacientes não conhece seus direitos e os que conhecem muitas vezes não são compreendidos pelos profissionais da Saúde. Parte dos profissionais da Saúde reage mal, quando pacientes indagam sobre qual o tipo de medicamento está sendo administrado, ou quando solicitam uma segunda opinião sobre seu diagnóstico. (BRASIL, 2014, p.27)

A parte grifada abre um leque de indagações sobre a relação profissional de saúde e pacientes no que tange às escolhas terapêutica. A cerca dessas escolhas, Pepe e Castro (2000)

fizeram significativas ponderações na obra *A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico*.

Segundo os autores, há múltiplos fatores que podem interferir na prescrição médica, dentre eles as singularidades de cada paciente, seus valores, crenças e saberes. A prescrição terapêutica se estabelece a partir da interação entre o médico e o paciente a partir das informações transmitidas por esse. Logicamente, que esse processo é permeado por aspectos inerentes ao prescritor, como seus valores, sua cultura, além do local de atuação e a clientela assistida. Embora seja evidente que o paciente tem o direito de participar de seu tratamento, Pepe e Castro (2000, p.6)⁵⁵ destacam que a prescrição do “medicamento pode simbolizar a saúde ou a cura, objetivos da relação terapêutica, reproduzir, de certa forma, o poder do médico sobre o paciente”.

Nesse contexto, para que haja maior participação dos pacientes é fundamental a criação e aperfeiçoamentos de mecanismos que assegurem o exercício de seus direitos. O Brasil, infelizmente, encontrada na primeira fase do processo evolutivo dos direitos dos pacientes, ou seja, não dispõe de uma legislação nacional. Compreende-se que embora as legislações estaduais sejam importantes, revelam um atraso para segurança dos direitos dos pacientes. Dentre os principais obstáculos para os avanços e consolidação legislativa no cenário brasileiro, destacam-se o paternalismo profissional, a falta de mobilização social, o estabelecimento de uma visão mercadológica na relação estabelecida entre profissionais e pessoas que procuram serviços de saúde, além da má utilização terminologia nos serviços de saúde que não distinguem pacientes e usuários. ALBUQUERQUE (2020); GASPAR e SILVA (2022)⁵⁶.

Albuquerque (2020, p. 15) destaca que a história evolutiva dos direitos dos pacientes se divide em 4 fases. A Tabela 4 é uma adaptação das informações da autora.

⁵⁵ PEPE, Vera Lúcia Edais e Castro, Claudia G. S. Osorio de. **A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2000, v. 16, n. 3

⁵⁶ GASPAR, R. B; SILVA, B. M. da. **Papel do enfermeiro na defesa da autonomia e da promoção do cuidado compassivo ao idoso que vivencia o processo de finitude da vida**. In: PROENF- Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Idosos: Ciclo 5/ Organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem; organizadora-geral: Angela Maria Alvarez; organizadoras: Célia Caldas, Lucia Hisako Takase Gonçalves – Porto Alegre: Atrmed Pan-americana, 2022.

Tabela 4- Fases do processo evolutivo dos direitos dos pacientes.

| Fase | Período | Acontecimento |
|----------------|------------------------|---|
| 1 ^a | Década de 70/Século XX | Reconhecimento dos pacientes como sujeitos de direitos; |
| *** | Década de 80 | Pacientes e familiares apresentavam dificuldades para fazer valer seus direitos; |
| 2 ^a | Década de 90/Século XX | Legislações nacionais sobre direitos dos pacientes; |
| 3 ^a | Início do século XXI | Aprofundamento da formulação dos cuidados centrados no paciente e da Tomada de Decisão Compartilhada; |
| 4 ^a | Atualmente | Implementação dos direitos dos pacientes, dos Cuidados Centrado no Paciente e da Tomada de Decisões Compartilhadas. |

Além disso, Albuquerque (2020, p. 12-13) destaca que a década de 90 foi importante para o desenvolvimento legislativo em diversos países a fim de assegurar os direitos dos pacientes. Dentre eles, ela destaca a Finlândia como pioneiro na adoção de legislação protetivas, seguido de outros países do velho continente como Holanda e Hungria. Contudo, Áustria, Bulgária, Irlanda, Itália e Malta não desenvolveram legislações especiais sobre a temática.

Tabela 5 - Legislações sobre direitos dos pacientes.

| Região | Período | Proposta |
|---------------------------|----------------|---|
| Estados Unidos da América | 1990 | Lei de Autodeterminação do Paciente Patients Self-Determination Act (PSDA) |
| Equador | 2006 | Amparo e direitos dos pacientes (Ley 77) |
| Uruguai | 2008 | Direitos e Obrigações dos pacientes e usuários (Lei n. 18.335) |
| Argentina | 2009 | Trata dos direitos dos pacientes, história clínica e Consentimento Informado |

| | | |
|--------|------|---|
| Israel | 1999 | Lei dos direitos dos pacientes |
| Chile | 2012 | Direitos e deveres das pessoas em relação às ações relacionadas à sua saúde |
| Quênia | 2013 | Carta Nacional dos Direitos dos Pacientes do Quênia |

Adaptado: Obra Manual de direitos do paciente. ALBUQUERQUE (2020) e Projeto de Lei (PL 5559/2016) que dispõe sobre os direitos dos pacientes e dá outras providências.

Segundo Instituto Brasileiro de Direito do Paciente (IBDPAC), em 2021, foi aprovado com unanimidade, pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados Federal, o Projeto de Lei nº 5559 de 2016, que será apreciado pelo Senado Federal. Esse projeto dispõe sobre a criação do Estatuto dos Direitos do Pacientes e visa tratar sobre os direitos dos pacientes que recebem assistência prestada por serviços de saúde de qualquer natureza ou por profissionais de saúde.

O referido projeto faz alusão à autodeterminação do paciente como sendo a capacidade daquele que recebe cuidados de saúde, seja por uma instituição ou por profissional autônomo, de expressar sua vontade e escolhas sem qualquer tipo de coerção ou influência. Para que se atente aos preceitos legais e bioéticos, é preciso que haja informação clara, objetiva e detalhada sobre as condutas a serem tomadas. Tais medidas precisam ser estabelecidas do Termo de Consentimento Informado.

Embora a literatura científica e diversos textos legislativos abordem a autonomia pessoal, Damion e Moreira (2018)⁵⁷ informam que a abordagem sobre a temática acerca da autonomia dos pacientes é algo recente. Além disso, as autoras destacam que o processo de hospitalização pode provocar diversos afeitos adversos, dentre eles a insegurança, a despersonalização do indivíduo e, conseqüentemente, impedimentos para o exercício da autonomia. Contudo, elas destacam que a autonomia é um fator fundamental para promoção da saúde e está diretamente ligada a ideia de liberdade e capacidade pessoal para tomada de decisões.

⁵⁷ DAMION, Marina; MOREIRA, Mariana Calessio. **Percepção do paciente sobre sua autonomia na unidade de terapia intensiva.** Patient's perception of his autonomy in intensive care unit. *Contextos Clínic*, São Leopoldo, v. 11, n. 3, p. 386-396, dez. 2018 .

Dadalto, Arantes e Baruffi (2021)⁵⁸ explicam que a saúde e integridade de cada pessoa está ligada a princípios e valores, dentre eles a autonomia, que além de garantir a direitos legais, dispõe sobre a capacidade de tomar decisões de forma coerente e livre e racional.

VII - Aspectos legais e jurisprudenciais sobre direitos dos pacientes e exercício de sua autonomia.

No âmbito internacional, a declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) menciona a importância da promoção do respeito universal aos direitos e liberdades fundamentais entre todos os seres humanos, uma vez que, esses são dotados de capacidade para usufruir de tais prerrogativas sem quaisquer distinções, incluindo o fator idade. Desta forma, destaca-se, no art. 1º da aludida declaração, que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”. Ademais, consta em seu art. 18 e 19 que o ser humano é dotado do direito de liberdade de pensamento, opinião e expressão, sem que haja, quaisquer tipos de interferência.

Além disso, Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) tem como um de seus objetivos, a proteção dos direitos humanos, bem como a contribuição para que a dignidade de cada cidadão seja respeitada. A referida proteção tem a finalidade de garantir o respeito à vida e às liberdades fundamentais. No que se refere à autonomia pessoal, a presente Declaração destaca que tal direito frente à tomada de decisões deve ser respeitado, com devida responsabilidade de quem a toma. Ressalta a importância de se estabelecer mecanismos efetivos para garantir a autonomia daqueles que, por algum motivo, estejam incapazes, garantindo dessa forma o exercício dos seus direitos.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) destaca em seu art. 18 que a tomada de decisões e tratamento das questões de bioética deve estar pautada no profissionalismo, na honestidade e na transparência frente às tomadas de decisões. Desta forma, o documento citado preconiza o diálogo entre os sujeitos envolvidos e a aplicação dos melhores

⁵⁸ DADALTO, Luciana, Arantes, Alexandra Mendes Barreto e Baruffi, Priscila Demari. **Diretivas antecipadas de vontade em pacientes com doença de Alzheimer**. Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 3

recursos biotecnológicos nos exames e tratamentos propostos. Além disso, outro ponto destacado é a utilização da avaliação e gestão dos riscos quanto à utilização do aparato biomédico.

No âmbito nacional, a Constituição Federal (CF/88) declara que o Brasil tem como um de seus fundamentos norteadores o princípio da dignidade da pessoa humana, assim como objetiva a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, sem a qualquer forma de discriminação, incluindo as decorrentes da idade.

Nesse sentido, o presente projeto encontra consonância com o arcabouço legislativo pátrio, tendo em vista que o texto constitucional assegura que todo cidadão é igual perante a lei, não podendo existir qualquer distinção, o que inclui as questões etárias. O que faz jus envidar esforços para garantir a autonomia dos idosos em diversos aspectos, incluindo a sua participação no próprio tratamento de saúde.

Um estudo realizado por Esteves e Molinarro (2018)⁵⁹ descreve o conceito utilizado por Sarlet (2015)⁶⁰, onde a Dignidade da Pessoa Humana seria:

(...) a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida a 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 que assegurem 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, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida.** (ESTEVES E MOLINARRO, 2018, pg.4) (Grifo nosso)

Desta forma, para promover a participação do indivíduo se torna crucial que este exerça sua autonomia. No âmbito dos serviços de saúde, a CF/88, os art. 196 e seguintes destacam que

⁵⁹ ESTEVES, A. S e MOLINARRO, C. A. . A dignidade da pessoa humana na visão de Ingo W. Sarlet: desde a problematização do conceito até o pensar fora do marco jurídico estabelecido. DOI: <http://dx.doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0103/2018.v4i1.4074>.

⁶⁰ SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade (da pessoa) Humana e os Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015a.

a saúde é um direito de todo cidadão e cabe ao Estado garanti-la mediante políticas públicas que visem reduzir riscos e agravos. Além disso, as ações e serviços de saúde são consideradas de relevância pública e constituem o Sistema Único de Saúde. A respeito do SUS, a Lei nº 8080⁶¹ de 1990, dispõe sobre sua forma de organização e o funcionamento dos serviços prestados, incluindo os ofertados pela esfera privada que atuam de forma complementar. Com isso, o serviço público e privado deve seguir o princípio da preservação da autonomia pessoal visando defender a integridade física e moral do indivíduo.

Goulart (2019)⁶², ao analisar a obra do Ministro Luíz Roberto Barroso (2014), destacou o valor fundamental da dignidade humana, bem como seu conceito multifacetado. O autor destaca que Barroso (2014) considera que a autonomia como um elemento que fundamenta o livre arbítrio e possibilita que as pessoas busquem viver de acordo com seus ideais e tenham assim, uma boa vida. No entanto, apresenta uma condição para que a autonomia não se torne uma ficção. Ou seja, a pessoa precisa apresentar estado de bem-estar.

Outro marco legal que aborda a autonomia do paciente é a Lei n 10.406 de 2002, que institui o Código Civil brasileiro. Em seu Capítulo II, o Código trata sobre os Direitos da Personalidade, e descreve no art. 150 que nenhuma pessoa física pode ser obrigada a se submeter, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica. Esse dispositivo abrange o Princípio da Autonomia da Vontade e informa que o profissional de saúde não pode utilizar quaisquer tipos de mecanismo para pressionar o paciente, tendo em vista que tal ação fere a relação de boa-fé entre os sujeitos envolvidos, assim como ceifa a autonomia da vontade do paciente.

A Resolução CFM Nº 2217 de 27/09/2018, que dispõe sobre o atual Código de Ética Médica, diz que um dos princípios norteadores da profissão retrata que o profissional médico diante da tomada de decisão profissional aceitará as escolhas de seus pacientes a respeito dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, desde estes sejam adequados e comprovados pela

⁶¹ BRASIL. Lei 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

⁶² GOULART, João Pedro Minguete. **A Dignidade Da Pessoa Humana No Direito Constitucional Contemporâneo: A Construção De Um Conceito à Luz Da Jurisprudência Mundial.** *Revista Do Direito Público* 14, no. 3 (2019).

ciência. Outro ponto importante é que o médico deve garantir que o paciente exerça seu direito de decidir de forma livre sobre seu bem-estar, não podendo assim, haver limitação por parte do profissional. Com isso, é vedado desrespeitar o direito do paciente ou do representante legal acerca da tomada de decisão sobre condutas terapêuticas ou exames diagnósticos, salvo se o paciente apresentar risco de morte.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução nº 2.232 de 2019⁶³, estabeleceu normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Além disso, determinou que a recusa terapêutica é um direito do paciente e deve ser respeitado pelo médico, que deve informar os riscos e as consequências diante da decisão e podem elencar outras possibilidades de tratamento. Contudo, o direito de recusa requer que a pessoa seja maior de 18 anos e apresente quadro cognitivo suficiente, salvo quando houver situação de risco iminente de morte ou coloque terceiros em risco.

Quanto às jurisprudências sobre autonomia e demais direitos dos pacientes, destacam-se alguns julgados:

Superior Tribunal de Justiça STJ – RECURSO ESPECIAL: Resp 0032016-96.2004.8.07.0001 DF 2015/0155174-9

Ementa

Recurso especial. Violação ao art. 535 do cpc/1973. Não ocorrência. Responsabilidade civil do médico por inadimplemento do dever de informação. Necessidade de especialização da informação e de consentimento específico. Ofensa ao direito à autodeterminação. Valorização do sujeito de direito. Dano extrapatrimonial configurado. Inadimplemento contratual. Boa-fé objetiva. Ônus da prova do médico. Desenvolver a parte legislativa nacional e alguns julgados sobre a autonomia do paciente.

Segundo o Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, “o princípio da autonomia da vontade, ou autodeterminação, com base constitucional e previsão em diversos documentos internacionais, é fonte do dever de informação e do correlato direito ao consentimento livre e informado do paciente e preconiza a valorização do sujeito de direito por trás do paciente,

⁶³ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 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.**

ênfatizando a sua capacidade de se autogovernar, de fazer opções e de agir segundo suas próprias deliberações”.

Além disso, ele relatou que o dever “de informar é dever de conduta decorrente da boa-fé objetiva e sua simples inobservância caracteriza inadimplemento contratual, fonte de responsabilidade civil per se”.

TJ-SP – AC: 10009381320168260100 SP 1000938-13.2016.8.26.0100, Relator: Mary Grun, data de julgamento: 10/04/2019, 7ª Câmara de Direito Privado, data da publicação: 11/04/2019

JURISPRUDÊNCIA VOLUNTÁRIA. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE. ORTOTANÁSIA. Pretensão de estabelecer limites à atuação médica no caso de situação futura de grave e irreversível enfermidade, visando o emprego de mecanismos artificiais que prologuem o sofrimento da paciente. Sentença de extinção de processo por falta de interesse de agir. Manifestação de vontade elaboração de testamento vital gera efeitos independentemente da chancela judicial. Jurisdição voluntária com função integrativa da vontade do interessado cabível apenas aos casos previstos em lei. Manifestação que pode ser feita por meio de cartório extrajudicial. Desnecessidade de movimentar o Judiciário apenas para atestar sua sanidade no momento da declaração de vontade. Cartório Extrajudicial pode atestar a livre e consciente manifestação de vontade e, caso queira cautela adicional, a autora poderá se valer de testemunhas e atestados médicos. Declaração do direito à ortotanásia. Autora que não sofre de qualquer doença. Pleito declaratório não pode ser utilizado em caráter genérico e abstrato. Falta interesse de agir verificada. Precedentes. Sentença de extinção mantida. Recurso não provido.

TJ-RS - AC: 70054988266 RS, Relator: Irineu Mariani, Data de Julgamento: 20/11/2013, Primeira Câmara Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 27/11/2013)

APELAÇÃO CÍVEL. ASSISTÊNCIA à SAÚDE. BIODIREITO. ORTOTANÁSIA. TESTAMENTO VITAL. 1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico, morrer para "aliviar o sofrimento"; e, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida. 2. O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. 3. O direito à vida garantido no art. 5º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer

que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal. 4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado testamento vital, que figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina. 5. Apelação desprovida. (Apelação Cível Nº 70054988266, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Irineu Mariani, Julgado em 20/11/2013).

Esse último julgado trouxe grandes considerações que reforçam a autonomia do paciente, no caso em tela, um idoso que, a respeito de seu tratamento de saúde, tomou sua decisão de forma consciente.

(TJ-RN - AC: 151717 RN 2010.015171-7, Relator: Juiz Nilson Cavalcanti (Convocado), Data de Julgamento: 24/05/2011, 2ª Câmara Cível)

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. PRELIMINAR DE AGRAVO RETIDO. ILEGITIMIDADE ATIVA. QUESTÃO QUE SE CONFUNDE COM O MÉRITO DA DEMANDA. TRANSFERÊNCIA PARA A FASE MERITÓRIA. MÉRITO. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. COMPLICAÇÕES. FALECIMENTO DO PACIENTE. ATO MÉDICO NÃO PRECEDIDO DO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO. VIOLAÇÃO AO ART. 14, DO CDC, ART. 59, DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E A RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. PROVAS CONSTANTES NOS AUTOS APTAS A ENSEJAR A CONDENAÇÃO. ÔNUS DA PROVA QUE COMPETIA AOS MÉDICOS. PRESENÇA DOS REQUISITOS ENSEJADORES DA RESPONSABILIDADE CIVIL. PREJUÍZOS MORAIS. QUANTUM INDENIZATÓRIO. FIXAÇÃO COM RAZOABILIDADE. REFORMA DA SENTENÇA. CONHECIMENTO E PROVIMENTO DO RECURSO. - Os irmãos do de cujus são partes ativas legítimas no pedido de indenização pelo dano moral decorrente da morte do ente querido. - Não havendo uma prova sequer nos autos, atestando a existência do consentimento informado ao paciente ou, ao menos, do termo de consentimento formal, é imperiosa a responsabilização civil do médico e do anestesiológista, por não cientificarem devidamente o paciente das probabilidades de seqüelas e possibilitar que ele aquilatasse corretamente a conveniência, ou não, de submeter-se ao ato, mormente diante da complexidade do procedimento a que são submetidos os portadores da SASO (Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono) ACÓRDÃO

O julgado acima trata do direito de o paciente receber as devidas informações sobre o tratamento proposto. O Código Civil Brasileiro, em seu art. 15, diz que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica, além de ratificar a necessidade do respeito ao princípio da boa-fé. Além disso, a Lei nº 8078/90, que dispõe sobre a proteção dos direitos do consumidor, determina em seu art 60 que são direitos do consumidor: “a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por

práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos, a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem”.

A Resolução 533 de 2017⁶⁴, que atualizou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, teve como base a Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação)⁶⁵, a Lei nº 13.460/ 2017⁶⁶, que dispõe sobre a participação, a proteção e a defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde relata que nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, os usuários dos serviços de saúde têm o direito à informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado em evidências e a relação custo-benefício da escolha de tratamentos, com direito à recusa, inclusive deve ser garantido o direito à escolha de tratamento, quando houver.

O paciente tem direito a informações sobre o seu estado de saúde, de forma objetiva, respeitosa, compreensível, e em linguagem adequada para compreender o diagnóstico, os resultados dos exames, os riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento. Inclusive a duração prevista do tratamento proposto, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, as partes do corpo afetadas pelos procedimentos, os efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis.

⁶⁴ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS n. 553, de 9 de agosto de 2017. Aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde.

⁶⁵ BRASIL. Controladoria Geral da União. Acesso à informação pública: uma introdução à Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

⁶⁶ BRASIL. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública.

Logo, o Recurso Especial (nº 1.848.862 – RN) trata-se de ação indenizatória a fim de buscar reparação por danos morais gerados pela morte de um paciente em decorrência do choque anafilático ocasionado após início da indução anestésica. A cirurgia serve para realizar a correção do quadro de apneia obstrutiva do sono que gerava roncos no paciente.

Trata de ação indenizatória ajuizada por Anna Maria da Trindade dos Reis e Geraldo José Macedo da Trindade contra José Delfino da Silva Neto, Pedro de Oliveira Cavalcanti Filho e Clínica Pedro Cavalcanti Ltda., buscando a reparação pelos danos morais causados em razão do falecimento de seu irmão, ocasionado por choque anafilático sofrido logo após o início da indução anestésica que precederia procedimento cirúrgico para correção de apneia obstrutiva do sono, a qual causava problemas de "ronco" no paciente.

Castro et al (2020)⁶⁷ retrataram a importância do termo de consentimento na assistência de saúde. Para eles, o termo decorre de um processo de trocas de informações, que corroboram para a tomada de decisão. Quanto à decisão, para que seja proferida de forma autônoma é preciso que haja conscientização do paciente através da explicação clara. Esse entendimento vai ao encontro do Conselho Federal de Medicina que, no artigo 22 e 34, um que obriga o profissional a obter o termo de consentimento do paciente/familiar e outro que retrata o dever de prestar informações ao paciente sobre seu quadro de saúde.

⁶⁷ CASTRO, Carolina Fernandes de et al. **Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde**. Revista Bioética [online]. 2020, v. 28, n. 3 [Acessado 28 Novembro 2022] , pp. 522-530. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422020283416>>. Epub 06 Nov 2020. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283416>.

METODOLOGIA

I – Modelo metodológico

Para delinear o desenvolvimento desta monografia, optou-se desenvolver uma pesquisa do tipo exploratória, por meio, de um levantamento bibliográfico preliminar das publicações sobre um determinado tema. Para Martins (2018)⁶⁸ a pesquisa bibliográfica é uma metodologia que se baseia na análise da literatura científica disponível e publicada através de artigos científicos e livros. A autora acrescenta que é possível utilizar, nesse contexto, a análise do que chama de literatura cinzenta, ou seja, teses e dissertações.

II - Delimitação do tema e justificativa

O tema a ser investigado, é o exercício da autonomia dos idosos hospitalizados frente a tomada de decisões frente ao próprio tratamento de saúde e como as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) podem garantir tal direito.

III – Objeto do estudo

Estudar sobre o exercício da autonomia do idoso em cuidado paliativo, tendo as diretivas antecipadas de vontade como mecanismo para tomada decisões sobre seu tratamento de saúde.

IV – Objetivo

Levantar as correntes de opiniões acerca da autonomia dos idosos em Cuidados Paliativos.

⁶⁸ MARTINS, Maria de Fátima M. **Estudos de revisão de literatura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2018. 37 p. Trabalho apresentado no Curso de Acesso à Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Modalidade: Qualificação. Acesso em: 06/12/2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29213>

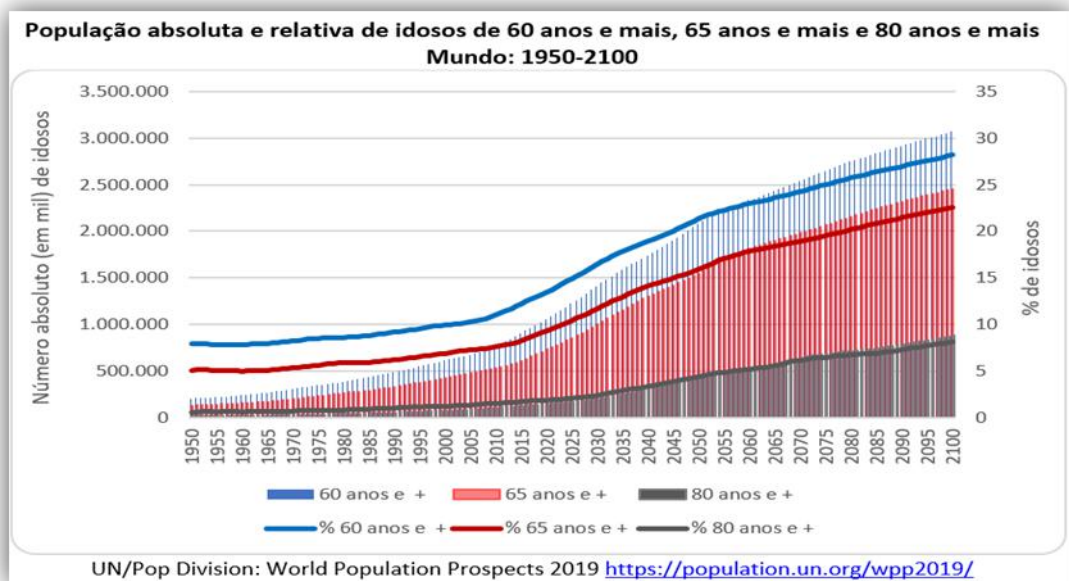
V – Questão a investigar

Como as Diretivas Antecipadas de Vontade podem contribuir para o exercício da autonomia dos idosos em cuidados paliativos diante de seu tratamento de saúde?

RESULTADOS

I – Idosos - panorama sobre o processo de envelhecimento populacional

Segundo Alves (2020), uma importante característica da dinâmica demográfica global é o processo de envelhecimento da população. O autor informa que havia, em 2020, aproximadamente 7,8 bilhões de pessoas no mundo, sendo que 1,1 bilhão era de idosos com mais de 60 anos. Quanto ao cenário brasileiro, no mesmo ano supracitado, havia 213 milhões de pessoas, sendo 29,9 milhões com mais de 60 anos, o que representa aproximadamente 14% da população. As tabelas e gráficos abaixo retratam o processo de envelhecimento populacional ao longo das últimas décadas no cenário nacional e internacional.



**População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais
Mundo: anos selecionados entre 1950 e 2100 (em mil)**

| Anos | Total | 60 anos e + | 65 anos e + | 80 anos e + | % 60 e + | % 65 e + | % 80 e + |
|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|----------|
| 1950 | 2.538.381 | 202.157 | 128.709 | 14.281 | 8,0 | 5,1 | 0,6 |
| 2000 | 6.145.494 | 610.886 | 422.209 | 71.715 | 9,9 | 6,9 | 1,2 |
| 2020 | 7.796.819 | 1.049.748 | 727.606 | 145.504 | 13,5 | 9,3 | 1,9 |
| 2050 | 9.735.034 | 2.079.639 | 1.548.852 | 426.367 | 21,4 | 15,9 | 4,4 |
| 2100 | 10.874.902 | 3.069.374 | 2.456.436 | 881.008 | 28,2 | 22,6 | 8,1 |
| 2100/1950 | 4,3 | 15,2 | 19,1 | 61,7 | 3,5 | 4,5 | 14,4 |

UN/Pop Division: World Population Prospects 2019 <https://population.un.org/wpp2019/>

Em 2019, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentaram a estimativa da população brasileira, bem como sua correlação com diferentes faixas etárias. Delineando o objeto desse estudo, a correlação abaixo aborda apenas os idosos, ou seja, indivíduos com 60 anos ou mais. A tabela abaixo demonstra o crescimento populacional nos últimos 05 anos, bem como a evolução em cada região do país. Esse crescimento já vinha sendo noticiado pelo órgão em anos anteriores. Prova disso que, em 2018, a Agência de notícias do IBGE publicou um estudo intitulado Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Nele, destacou-se que a população de idosos cresceu entre 2012 e 2017 cerca de 18%, ou seja, saindo de 25,4 milhões para 30,2 milhões de idosos.

No Brasil, os índices demográficos são analisados por importantes instituições, como exemplo, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, fundação vinculada ao Ministério da Economia.

Em 2021, o IPEA realizou um estudo sobre as projeções populacionais que abrangeu, dentre outros elementos, a correlação idade e sexo para o Brasil até 2100. Constatou-se que a análise do processo de envelhecimento perpassa por fatores complexos e interligados. Dentre eles, elementos demográficos, políticos, socioeconômicos. Além disso, fatores como redução da fecundidade, da taxa de mortalidade materno-infantil, melhoria na condição de vida, acesso aos serviços de saúde e avanços biomédicos corroboram para mudança do perfil epidemiológico e, conseqüentemente, para processo de transição demográfica.

MIRANDA, MENDES e SILVA (2016)⁶⁹ já haviam demonstrado a correlação entre os fatores mencionados pelos IPEA (2021) com o processo de envelhecimento populacional, ou seja, elementos diretamente ligados a transição demográfica e a transformação do perfil epidemiológico.

⁶⁹ MIRANDA, G. M. D; MENDES, A.C.G; SILVA, A.L.A. **Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]. 2016, v. 19, n. 03 [Acessado 19 Julho 2022] , pp. 507-519. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>>. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

É importante destacar que os avanços sócio-políticos e econômicos colaboraram para maior expectativa de vida dos indivíduos. Contudo, cabe salientar que os anos acrescidos nem sempre estão diretamente ligados ao ganho de qualidade de vida, haja vista que embora o processo de envelhecimento não possa ser relacionado ao processo patológico, é o período marcado por perdas na capacidade funcional, mental e maior propensão para acometimento de doenças crônicas e degenerativas que acarretam aumento na taxa de internações hospitalares e conseqüentemente interferência na autonomia do indivíduo hospitalizado (MIRANDA, BORGES e RIBEIRO, 2019)⁷⁰.

II - Direitos da personalidade

Antes de adentrarmos a temática, cabe destacar que o indivíduo idoso goza de todos os direitos sociais e políticos tal como qualquer outro cidadão. Tal assertiva encontra respaldo na Constituição Federal de 1988 nos Art. 30, IV e Art. 50, I e II. Além disso, a Lei no 10.741 de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, diz em seu art. 20:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Além do exposto, destaca-se que a personalidade é um atributo inerente a toda pessoa, que somada à capacidade, confere ao indivíduo aptidão para ser titular de direitos e obrigações. A respeito dos direitos da Personalidade, os autores inferem que se trata de características físicas, psíquicas e morais de cada pessoa, além de como tais direitos se projetam na sociedade. Além disso, tais direitos apresentam diferentes características, dentre elas o caráter geral, absoluto, extrapatrimonial, indisponível e imprescritível, inalienável, intransmissível e não taxativo (STOLZE E PAMPLONA, 2019; SCHREIBER, 2020)^{71,72}

⁷⁰ MIRANDA, G. B. S.; BORGES, N. G. S.; RIBEIRO, N. M. da S. **Impacto do tempo de hospitalização na mobilidade e na qualidade de vida de idosos.** Revista de Ciências Médicas e Biológicas, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 330–334, 2019. DOI: 10.9771/cmbio.v18i3.34417. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/34417>. Acesso em: 20 jul. 20

⁷¹ Stolze, Pablo ; Pamplona Filho, Rodolfo Manual de direito civil – volume único / Pablo Stolze; Rodolfo Pamplona Filho. – 3. ed. – São Paulo : Saraiva Educação, 2019.

⁷² CHREIBER, Anderson. Manual de Direito Civil Contemporâneo. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

Schreiber (2020) analisou a possibilidade de autolimitação dos Direitos da Personalidade, uma vez que o Código Civil (2002) descreve que tais direitos não podem sofrer autolimitações voluntárias, o que para o autor demonstra dissonância entre a evolução da sociedade e legislação. Prova disso é que a I Jornada de Direito Civil tratou do tema e declarou que os Direitos da Personalidade poderiam sofrer limitações voluntárias. Logicamente que esse entendimento encontra divergência doutrinária.

Ainda sobre os Direitos da Personalidade, Flávio Tartuce (2020) após analisar os conceitos elaborados por Rubens Limongi França, Maria Helena Diniz, Francisco Amaral, Cristiano Chaves de Farias e Nelson Rosental e Pablo Stolze Gagliano e Rodolfo Pamplona Filho, chegou à compreensão de que os referidos direitos são os inerentes à pessoa e sua dignidade, o que reafirma o princípio fundamental da Dignidade da Pessoa Humana presente no texto da Constituição Federal (CF/1988).

Ainda nessa seara, Tartuce (2020)⁷³ apresenta em seus estudos a perspectiva civil-constitucional, que tem como um de seus expoentes, Gustavo Tepedino, professor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Tal professor defende a existência de uma cláusula geral de tutela e promoção da pessoa humana como mecanismo de certificação dos Direitos Fundamentais previstos na CF/1988, tendo em vista que são essenciais ao ser humano e sem as quais não seria possível alcançar a plenitude ou sobrevivência.

Schreiber et al (2020) destacam que os Direitos da Personalidades são fundamentais para manutenção da prevenção e promoção da dignidade da pessoa humana, sendo o Art. 10, III e Art. 50 da CF/88 sua base legal. Além disso, os autores classificam tais direitos como subjetivos e objetivos. Os primeiros seriam os que conferem a cada indivíduo a capacidade de contrair direitos e obrigações. Já os objetivos seriam os atributos de cada pessoa para que possam ter a tutela do estado na defesa de seus direitos.

Nesse sentido, convém destacar que se um idoso, ainda que acometido de uma doença crônica, avançada e que ameace a continuidade de sua vida, deve receber a tutela do Estado

⁷³ TARTUCE, Flávio. Manual de direito civil. 11. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Método, 2020.

para que possa participar da tomada de decisões sobre a implementação ou não de determinados tratamentos ou a continuidade ou não caso esses já tenham sido realizados. É preciso ampliar os estudos sobre tal temática, haja vista a controvérsia doutrinária e dos profissionais da área de saúde, que não raro tendem a achar que são titulares dos desejos dos pacientes.

É cediço que os profissionais têm o direito de exercer suas profissões com autonomia, pautando-se em princípios éticos e bioéticos tais como beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Contudo, as ações e escolhas devem ter ponderação, mesmo preceito utilizado quando há colisão entre princípios fundamentais.

O desrespeito a autonomia dos pacientes atenta contra a cláusula geral de tutela da pessoa humana e, por conseguinte, o princípio da Dignidade da Pessoa. Nesse sentido, a IV Jornada de Direito Civil, Enunciado 274 diz que:

“Os direitos da personalidade, regulados de maneira não-exaustiva pelo Código Civil, são expressões da cláusula geral de tutela da pessoa humana, contida no art. 1º, inc. III, da Constituição (princípio da dignidade da pessoa humana). Em caso de colisão entre eles, como nenhum pode sobrelevar os demais, deve-se aplicar a técnica da ponderação.” Enunciado 274

CHAVES e ROSENVALD (2017)⁷⁴ explicam que os Direitos da Personalidade estão diretamente ligados ao desenvolvimento do indivíduo e visam garantir a dignidade de cada pessoa. No entanto, tal garantia nem sempre foi assegurada, daí a necessidade de os autores abordarem o processo histórico evolutivo e jurídico que gerou a consagração de tais direitos.

CHAVES e ROSENVALD (2017) destacam que, embora tenham sido tratados de forma incipiente, alguns direitos já eram tratados no Direito Romano, como exemplo, a possibilidade de ação contra atos de injúria. Posteriormente, veio o direito à liberdade presente na Constituição Inglesa de 1215, a liberdade e igualdade de direitos com o advento da Declaração dos Direitos do Homem (1789), mas foi, principalmente, após a II Guerra Mundial que os

⁷⁴ FARIAS, Cristiano Chaves de. ROSENVALD, Nelson. *Curso de direito civil: sucessões*. 3. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: Ed. JusPodivm, 2017.

Direitos da Personalidade avançaram, como pode ser visto com a promulgação da Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH, 1948) que traz em seus Art. 1o e 2o:

Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Eles possuem razão e consciência, e devem se comportar uns com os outros com espírito de fraternidade. (Art. 1o)

Todos os direitos e liberdades definidos nesta Declaração aplicam-se igualmente a todas as pessoas, sem qualquer diferenciação, seja por raça, cor da pele, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição. (Art. 2o)

No Brasil, os Direitos da Personalidade ganharam força através de estudos de diferentes doutrinas e desenvolvimento e aperfeiçoamento legislativo como, por exemplo, a Constituição Federal e o Código Civil de 2002 que destacou um capítulo para tratar do assunto. CHAVES e ROSENVALD (2017) promovem uma reflexão abordando os Direitos da Personalidade e as Liberdades públicas. Quanto aos direitos, destacam-se que são condições mínimas que uma pessoa dispõe para o exercício de suas atividades, bem como projeção de suas ações diante da sociedade, o que demanda dos demais membros sociedade a não criação de mecanismos impeditivos. A respeito das liberdades públicas, são ações autodeterminadas e autorizadas pelo Estado.

Nesse sentido, defende-se que um indivíduo com capacidade cognitiva tem direito de participar de seu tratamento de saúde, ter ciência do seu quadro clínico e se o tratamento proposto será capaz de trazer qualidade de vida, minimizar seu sofrimento ou se a eventual utilização do aparato biotecnológico pode gerar efeitos adversos e ampliar o sofrimento físico ou psíquico, o que a literatura descreve como distanásia.

DADALTO e GONÇALVES (2020)⁷⁵ publicaram na Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil a obra “NOVO DANO PARA UM NOVO PARADIGMA DE PROTEÇÃO DA AUTONOMIA”. As autoras ao longo do texto descrevem que o direito de recusa do paciente vem sendo tratado em diversos país há alguns anos, inclusive países da América do Sul como,

⁷⁵ DADALTO, L.; GONSALVES, N. R. “Wrongful prolongation of life”: um novo dano para um novo paradigma de proteção da autonomia. **Revista Brasileira de Direito Civil**, [S. l.], v. 25, n. 03, p. 271, 2020. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/581>. Acesso em: 2 nov. 2022.

por exemplo Argentina e Uruguai. Embora haja muita resistência por parte de muitos profissionais de saúde, eles destacam que o processo de formação acadêmica, questões morais e religiosas, medo de eventual judicialização por negligência e a precária comunicação corroboram para que muitos não respeitem as decisões dos pacientes, sejam estas expressadas diante do tratamento ou quando foi deixado algum documento assegurando os desejos diante de uma eventual impossibilidade de participação.

DADALTO e GONÇALVES (2020) retratam que no Estados Unidos da América (EUA), em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei de Autodeterminação do Paciente cujo objetivo é concretizar os direitos dos pacientes que pode ser feito através da utilização da Diretivas Antecipadas, ou seja, instrumentos legais que podem ser constituídos em diferentes modalidades. Outro ponto importante destacado no texto são as ações indenizatórias decorrentes do não reconhecimento dos direitos dos pacientes.

No Brasil, a temática sobre os direitos dos pacientes no que tange ao processo de fim de vida vem encontrando diversas barreiras, inclusive no Congresso Nacional, marcado pelo conservadorismo e influência de diferentes grupos religiosos. Desde 2009, tramita na Câmara dos Deputados o projeto de lei no 6715 que busca excluir a ilicitude da ortotanásia presente no Código Penal brasileiro.

Em 2009, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1820/GM/MS que dispõe sobre os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, documento aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária e que visa garantir direitos tais como:

Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde, obter informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, alinhada.

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia,

religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência.

Nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, ter resguarda sua:

- a) a integridade física;
- b) a privacidade e ao conforto;
- c) a individualidade;
- d) aos seus valores éticos, culturais e religiosos;
- e) ter informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha, assim como a escolha do local de morte e o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto.

A Portaria nº 1820/GM/MS foi atualizada pela Resolução nº 553 de 09 de agosto de 2017 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa atualização coaduna com o Art. 196 e 197 da CF/88, haja vista que a saúde é um direito de todo cidadão e as ações e serviço de saúde são de relevância pública, devendo o Estado prover mediante políticas sociais e devida regulamentação.

Além disso, a formulação da Resolução nº 553 de 09 de agosto de 2017 visando aprovar a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde levou em consideração outras legislações:

- 1) Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, publicada por meio da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009;
- 2) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a organização e funcionamento dos serviços correspondentes;
- 3) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS;
- 4) Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
- 5) Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);
- 6) Lei nº 12.527 (Lei de Acesso à Informação), de 18 de novembro de 2011;
- 7) Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre a participação, a proteção e a defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública;
- 8) Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais;

- 9) Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- 10) Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;
- 11) Portaria nº 2.866, de 02 de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta; Considerando as Diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, de 2003;
- 12) Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007;
- 13) Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS), Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013;
- 14) Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, Resolução CNS nº 363, de 11 de agosto de 2006;
- 15) Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC);

Ainda sobre as garantias dos pacientes que visam assegurar seu direito de personalidade, a lei nº 14.238 de 2021, que instituiu o Estatuto da Pessoa com Câncer⁷⁶, destaca como princípios:

- 1) Respeito à dignidade da pessoa humana, à igualdade, à não discriminação e à autonomia individual;
- 2) Informação clara e confiável sobre a doença e o seu tratamento;
- 3) Fomento à formação e à especialização dos profissionais envolvidos;
- 4) Estímulo à conscientização, à educação e ao apoio familiar
- 5) Humanização da atenção ao paciente e à sua família;
- 6) Sustentabilidade dos tratamentos, garantida, inclusive, a tomada de decisão com vistas à prevenção de agravamentos e à sócio eficiência;

Guilherme Calmon Nogueira da Gama⁷⁷, professor Titular de Direito Civil da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), coordenou a formulação da obra “ **Direitos da Personalidade da Pessoa Idosa** – Editora Appris – 2019, composta por vários textos que são produtos de estudos e debates a respeito do processo de envelhecimento populacional. Logo no primeiro capítulo “ **Dignidade da pessoa humana e o melhor interesse do idoso**”, reafirma-se a Dignidade da pessoa como fundamento da democracia, serve como norte de direitos implícitos, tem caráter normativo, defensivo e prestacional. O texto cita o jurista Ingo Sarlet⁷⁸, autor da obra Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988 (2001), em que descreve que dignidade de um indivíduo está vinculada aos

⁷⁶ BRASIL. LEI Nº 14.238, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2021 - Poder Legislativo Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências.

⁷⁷ GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. (coord.). Direitos da Personalidade da Pessoa Idosa. Curitiba: Editora Appris, 2019.

⁷⁸ SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. 7. Ed. rev. Atual – Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2009

seus direitos fundamentais e caso haja alguma violação a tais direitos, certamente ofenderá a sua dignidade.

Embora a lei nº 14.238 de 2021 não trata especificamente de idosos com câncer, cabe recordar que a CF/88, em seu art. 5º que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros a inviolabilidade do direito à vida, direito esse que carece de uma perspectiva mais ampla, conforme disposto no fundamento apresentado pelo Desembargador Irineu Mariani, relator da Apelação Cível (AC nº 70054988266) do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul TJ-RS:

“O direito à vida garantido no art. 5º, *caput*, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, **vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida**, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constringida a tal. (Grifo nosso)

Ainda sobre o Estatuto da Pessoa com Câncer (lei nº 14.238 de 2021), garante-se aos pacientes atendimento integral, que inclui, tratamento adequado da dor, atendimento multidisciplinar e cuidados paliativos. Soma-se também, o direito ao acesso a tratamento universal, equânime, adequado e menos nocivo. Desta forma, ratifica-se o compromisso estatal da não utilização da obstinação terapêutica presente em muitas situações, e que não agrega qualidade de vida ao paciente e ofende a sua dignidade. Esse entendimento dialoga com Dadalto (2013, p.4) que ao escrever sobre reflexos jurídico da Resolução CFM 1995/2012, ensina:

“A resolução efetivamente fez foi reconhecer o direito de o paciente recusar tratamentos fúteis, também conhecidos como extraordinários, entendidos como os tratamentos que não oferecem benefício real ao paciente, pois a morte é inevitável 3, ou seja, são aqueles tratamentos que visam apenas prolongar a vida biológica do paciente, sem garantir a qualidade de vida”.

III - Evolução histórica das diretivas antecipadas de vontades (DAVS)

Com o advento do envelhecimento populacional e desenvolvimento biotecnológico utilizado nos serviços de saúde, observou-se a necessidade ampliar as pesquisas sobre a autonomia dos pacientes quanto as suas participações nas tomadas de decisões acerca das propostas terapêuticas para o próprio tratamento. A utilização de biotecnologias para manutenção da vida precisa convergir com as possibilidades de tratamento do paciente, analisando questões clínicas e estágio da doença. Além disso, cabe salientar que quando a doença é classificada como irreversível, a busca da cura e a aplicação do aparato biotecnológico pode gerar problemas tais como perda da autonomia, dignidade e distanásia (COGO e LUNARDI 2018)⁷⁹; (COGO et al. 2021)⁸⁰.

Nesse sentido, diversos pesquisadores passaram a analisar as Diretivas Antecipadas de Vontades (DAVs) enquanto instrumento que possibilita o exercício da cidadania e dignidade dos pacientes, uma vez que, torna possível a manifestação de forma de forma prévia sobre o tratamento que desejam ou não receber, principalmente, no momento que não puderem expressar suas vontades de forma autônoma. (COGO et al.,2017)⁸¹

O surgimento das DAVs está correlacionado ao avanço do desenvolvimento do aparato biomédico, que por vezes, era realizado em casos inadequados. Assim, surge a premissa do paciente, de forma antecipada, resguardar sua dignidade e autonomia através da expressão de seus desejos e manutenção de seus direitos decisórios. Há autores que defendam a formalidade no processo de constituição das DAVs, assim como um quadro cognitivo que certifique lucidez, orientação, consciência das decisões e desdobramentos. É um mecanismo que tem como objetivo “manifestar a vontade a respeito de cuidados, tratamentos e intervenções às quais deseja (ou não) ser submetida quando estiver impossibilitada de se expressar. As diretivas

⁷⁹ COGO, Silvana Bastos; LUNARDI, Valéria Lerch. **DIRETIVAS ANTECIPADAS: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL NO CONTEXTO MUNDIAL. Texto contexto - enferm.**, v. 27, n. 3, e1880014, 2018. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300300&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 17 jan. 2022. Epub 06-Ago-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001880014>.

⁸⁰ COGO, S. B. et al. **Diretivas antecipadas de vontade na assistência hospitalar: perspectiva de enfermeiros.** Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 1 [Acessado 8 Dezembro 2021], pp. 139-147. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021291454>>. Epub 21 maio 2021. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291454>

⁸¹ COGO, Silvana Bastos et al. **Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar.** Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2017, v. 38, n. 04 [Acessado 17 Janeiro 2022], e65617. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.65617>>. Epub 07 Jun 2018. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.65617>.

podem ser revogadas a qualquer momento pelo paciente, mas, caso não o faça, entrarão em vigor quando este se tornar incapaz de tomar as próprias decisões” (MONTEIRO e SILVA, 2019, p.2)⁸².

Hassegawa et al (2019, p. 267)⁸³ utiliza o conceito abaixo para definir DAVs:

“As Diretivas Antecipadas da Vontade (DAV) são entendidas como o conjunto de desejos manifestados previamente pelo paciente sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. As DAV reconhecem o direito do paciente de recusar tratamentos fúteis, também conhecidos como extraordinários, ou seja, aqueles tratamentos que visam apenas a prolongar sua vida biológica, sem garantir sua qualidade”.

Consta na literatura que o Testamento Vital (living will) teve origem nos EUA, em 1969, como o objetivo de conferir, aos doentes, o direito de recusar tratamento que prolongasse sua vida em situações de irreversibilidade (MONTEIRO e SILVA, 2019); (SILVA, CRIPPA e BONHEMBERGER, 2021)⁸⁴.

Na década de 90, o Congresso Americano aprovou uma lei federal (Patient Self-Determination Act) que determinada que as DAVs representam um gênero que se subdivide em duas espécies: 1) o Testamento Vital (living will); 2) o Mandato Duradouro (durable power of attorney for health care), podendo ambos serem utilizados ao mesmo tempo (BEVILAQUA et.

⁸² MONTEIRO, Renata da Silva Fontes e SILVA, Aluísio Gomes da. **Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina**. Revista Bioética [online]. 2019, v. 27, n. 1 [acessado 19 Novembro 2022], pp. 86-97. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422019271290>>. Epub 21 Fev 2019. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271290>.

⁸³ HASSEGAWA, Luiz Carlos Ufei et al. **Approaches and reflexions on advance healthcare directives in Brazil**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2019, v. 72, n. 1 [acessado 19 novembro 2022], pp. 256-264. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0347>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0347>.

⁸⁴ Silva, Caroline Oliveira da, Crippa, Anelise e Bonhemberger, Marcelo. **Diretivas antecipadas de vontade: busca pela autonomia do paciente**. Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 4 [Acessado 2 Dezembro 2022], pp. 688-696. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021294502>>. Epub 18 Mar 2022. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294502>.

Al, 2022)⁸⁵; (DADALTO, TUPINAMBÁS E GRECO, 2013)⁸⁶; (SILVA, CRIPPA e BONHEMBERGER, 2021).

No que tange aos requisitos para formulação, observa-se o Testamento Vital (TV) que é visto como um modelo de pura autonomia e “é redigido por pessoa que vivencia a plenitude de suas capacidades mentais, mas que tenta prever determinadas situações em que não possa mais responder por seus desejos. Logo, fica visa definir previamente se deseja ou não receber “tratamentos e procedimentos”, tais como a utilização de manobra de ressuscitação cardiopulmonar, uso de aparelhos de ventilação mecânica, “administração de dietas artificiais”, “medicamento e fluídos intravenosos”. (COGO et al. 2021, p.140); (BEVILAQUA et. Al, 2022)

Já o Mandato Duradouro visa “nomear um procurador de saúde, que será responsável por decidir em nome do paciente quando este não o puder fazer” (COGO et al. 2021, p.140). Além disso:

O mandato duradouro prevê a nomeação de procurador de saúde e registra a amplitude de seus poderes. Há países onde a lei permite que o procurador seja responsável pelas decisões quando o paciente for permanente ou temporariamente incapaz de fazê-lo; em outros, o procurador é apenas espécie de guardião da vontade do paciente, velando para que o documento seja cumprido exatamente como escrito. Esse tipo de diretiva encaixa-se no modelo de julgamento substituto, que supõe 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. O maior problema é selecionar o procurador, considerando que a proximidade entre as partes deve bastar para que a pessoa escolhida saiba qual seria a decisão do paciente, de modo a não se embasar em suas próprias vontades. (MONTEIRO e JUNIOR, 2019, p.87)

No Brasil, as (DAVs) foram instituídas pela Resolução no 1995 de 2012 do CFM que, buscou regulamentar os atos desenvolvidos pelos profissionais médicos. Contudo, cabe salientar que o respectivo órgão não disponha de capacidade legislativa e normatização sobre

⁸⁵ BEVILAQUA, T. F. .; COGO, S. B. .; VENTURINI, L. .; SEHNEM, G. D. .; SARI, V. .; CARDOSO, A. L. .; RODRIGUES, P. V. G. .; PILGER, C. H. Advance directive: analysys of the trends of brazilian scientific productions in the health area. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 6, p. e6611628663, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i6.28663. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28663>. Acesso em: 2 dec. 2022.

⁸⁶ DADALTO, Luciana, Tupinambás, Unai e Greco, Dirceu Bartolomeu. **Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro**. Revista Bioética. 2013, v. 21, n. 3, pp. 463-476. Disponível em: <>. Epub 13 Mar 2014. ISSN 1983-8034. Acesso em: 21/12/2021

as demais profissões da saúde. Destaca-se também que não há uma legislação específica para normatizar a matéria em âmbito nacional (SILVA, CRIPPA e BONHEMBERGER, 2021).

No entanto, observam-se leis estaduais como, por exemplo, Lei nº 10.241 de 1999, conhecida como Lei Mário Covas, além da Lei nº 3.613 de 2001, que sofreu alteração pela Lei nº 8.955 de 30 de julho de 2020), que embora, não dispõe especificamente sobre as DAVs, retrata os direitos dos pacientes que, devidamente informados, podem recusar ou consentir tratamentos ou diagnósticos, inclusive os que geram sofrimento e cooperam para o prolongamento da vida sem acrescentar qualidade a mesma. COGO e LUNARDI (2018); PITTELLI, OLIVEIRA E NAZARETH (2020)⁸⁷

Além disso, no estado de Minas Gerais, há a Lei nº 16.279 de 2006, que dispõe sobre os direitos dos usuários de serviços de saúde no respectivo estado. Consta na legislação que o usuário deve ser tratado de forma, digna, atenciosa e respeitosa, receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre diagnóstico, tratamento proposto, as ações terapêuticas, os riscos inerentes ao tratamento, bem como consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, ser submetido a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, salvo em caso de iminente perigo de vida. (SILVA, CRIPPA e BONHEMBERGER, 2021).

No estado do Paraná, há a lei 14.254 de 2003, que reafirma o compromisso de ofertar atendimento humano, digno, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. O texto normativo destaca alguns direitos, vejamos:

Consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados e deve consentir de forma livre, voluntária, esclarecida com adequada informação e, quando ocorrerem alterações significantes no estado de saúde inicial ou da causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado, com exceção dos casos de emergência médica;

⁸⁷ PITTELLI, Sergio Domingos, Oliveira, Reinaldo Ayer de e Nazareth, Janice Caron. Diretivas antecipadas de vontade: proposta de instrumento único. Revista Bioética [online]. 2020, v. 28, n. 4 [Acessado 20 Dezembro 2021], pp. 604-609. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422020284423>>. Epub 20 Jan 2021. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284423>

Consentir ou recusar a ser submetido a experimentação ou a pesquisas e, no caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado por escrito por seus familiares ou por seus responsáveis;

Revogar o consentimento anterior, a qualquer instante, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais;

Receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre riscos, benefícios e inconvenientes provenientes das medidas diagnosticas e terapêuticas propostas;

Ter assegurado, durante as consultas, internações ou no aguardo de internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas inclusive quando atendido no leito ou no ambiente onde está internado;

Recusar tratamento doloroso ou extraordinário para tentar prolongar a vida;
(Grifo nosso)

Ter uma morte digna e serena, podendo ele próprio (desde que lúcido) ou a família ou o responsável, optar pelo local de morte; (Grifo nosso)

No que tange aos desafios de aplicação das DAVs no contexto hospitalar, Cogo et al (2016)⁸⁸ citaram o desejo do paciente não retratar seus desejos, bem como as complicações clínicas decorrentes do avanço da doença.

Além disso, a dificuldade de compreensão sob as diferentes perspectivas e possibilidades de tratamento, assim como os tabus vivenciados pelos profissionais de saúde diante da iminência da morte, conferindo dificuldade de aceitação de tal fato. É cediço que o processo de formação acadêmica no campo da saúde tem uma perspectiva intervencionista, com modelo hospitalocêntrico e embasado por um paradigma curativista mesmo em casos de doenças crônicas irreversíveis e em fase avançada. Outro ponto crucial é o temor pela responsabilização dos atos praticados, tendo em vista que a falta de uma legislação específica acarreta incertezas sobre sua utilização.

Dadalto, Arantes e Baruffi (2021) explicam que autonomia e independência podem ser relacionadas à condição do idoso ser considerado saudável, tendo em vista que a idade e a presença de determinadas doenças não são fatores determinantes, não desconsiderando, contudo, que há uma prevalência de doenças crônicas na população idosa que pode comprometer sua participação nas tomadas de decisões. As autoras, no entanto, chamam a

⁸⁸ COGO, Silvana Bastos et al. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2016, v. 69, n. 6 [acessado 17 janeiro 2022], pp. 1031-1038. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0085>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0085>.

atenção para o desenvolvimento do quadro de demências, dentre elas a doença de Alzheimer, cuja perspectiva para o ano de 2050 é de 150 milhões de casos no mundo. Nesse contexto, destacam um estudo da Sociedade Europeia de Cuidados Paliativos (2014) que recomendou ações específicas aos pacientes com demência, dentre as quais se destacam oferecer cuidado centralizado no paciente, reconhecendo sua autonomia, prestar auxílio quanto ao planejamento de vida futura e garantir o melhor interesse do idoso.

Gomes et al (2018)⁸⁹, ao estudar as DAVs no campo da geriatria, descrevem que a melhora na qualidade da vida humana e, conseqüentemente, seu prolongamento estão ligados aos avanços tecnológicos na área de saúde.

Entretanto, é preciso ter uma reflexão crítica e reflexiva sob tal situação, uma vez que a atualização do aparato biotecnológico em idosos com doenças crônicas, avançadas e incapacitantes não configuram distanásia, ou seja, um tratamento fútil e que não evita sofrimento diante da morte. Nesse sentido, é preciso ampliar a discussão sobre os mecanismos que garantam a autonomia dos pacientes quando estes ainda tiverem a discernimento cognitivo adequado para decidir sobre eventuais intervenções médicas.

Outro ponto importante destacado no estudo é a falta de conhecimento das DAVs entre familiares, acompanhantes, médicos e estudantes de medicina, o que evidencia a necessidade de novos estudos sobre o assunto, bem como oferta de cursos, palestras e divulgação pelos conselhos de classes que normatizam as ações dos profissionais de saúde.

A obra **Advance Directives: Rethinking Regulation, Autonomy & Healthcare Decision-Making (2018)** de Hui Yun Chain, professora da Faculdade de Direito da Universidade pública Hertfordshire, aborda novas perspectivas sobre as Diretivas Antecipadas (DA), incluindo questões judiciais. Descreve-se as dificuldades de implementação das DAs,

⁸⁹ GOMES, Bruna Mota Machado et al. Diretivas antecipadas de vontade em geriatria. Revista Bioética [online]. 2018, v. 26, n. 3 [Acessado 25 Dezembro 2021] , pp. 429-439. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422018263263>>. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263263>.

sua aplicação e validade. A diretriz que permeia as decisões antecipadas é o princípio da autonomia, contudo surgem vários questionamentos como capacidade mental e o fornecimento de informações corretas no momento da constituição da DA. Como as DAs são feitas antes que algo aconteça com o paciente, a depender do tempo que foi formulada, muitos profissionais se saúdem tentar interpelar se não haveria uma mudança de pensamento acerca da decisão tomada.

Outro ponto importante no debate sobre a Tomada de Decisão diante dos tratamentos de saúde é o Consentimento Informado. Segundo Albuquerque (2020)⁹⁰ a origem do Consentimento Informado tem como precursor o caso *Mohr v. Willims* (1905), onde um médico havia recebido a autorização do paciente para operar um ouvido, mas no decorrer do procedimento decidiu operar o outro, sendo acusado posteriormente por violação de integridade corporal.

Outro caso apontado por Albuquerque (2020) retrata uma cirurgia feita sem a autorização da paciente, que por sinal, já havia expressado o desejo de não realizar o procedimento. Como resultado, a paciente sofreu amputação de seus dedos como em decorrência da cirurgia. A terminologia “consentimento informado” foi utilizada, em 1957, e estabeleceu que o paciente deveria ser informado sobre eventuais riscos, benefícios do procedimento e a partir daí decidir sobre fazer ou não.

Albuquerque (2020) ensina que o Consentimento Informado é espelhado no direito à autodeterminação, abarca o direito de escolha e traz o viés jurídico à autonomia das pessoas. Além disso, possibilita o direito de tomada de decisões, já que através do consentimento, o paciente tem o direito de permitir ou não a realização do procedimento. É importante ressaltar que a autodeterminação, a autonomia pessoal e a liberdade de escolha estão diretamente ligada ao direito de ser informado adequadamente sobre os tratamentos e seus riscos.

⁹⁰ ALBUQUERQUE, A. **Os Direitos dos Pacientes no Brasil: análise das propostas legislativas e o papel do Sistema Único de Saúde**. Revista Brasileira de Bioética, [S. l.], v. 15, p. 1–24, 2020. DOI: 10.26512/rbb.v15.2019.27130. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/27130>. Acesso em: 17 jan. 2022.

Albuquerque (2020, p.131)⁹¹ aborda também os elementos do Consentimento Informado, que são: Informação adequada; Capacidade do paciente de decidir; Liberdade de influência coercitiva e dinamismo.

A autora cita as considerações Beauchamp e Childress (2013), autores de *Principles of Biomedical Ethics*. Onde retratam que a capacidade de decisão do indivíduo deve ser permeada de ato voluntário, livre de quaisquer tipos de manipulação ou coerção. Logo, para ser voluntário, o paciente não deve estar sobre controle de outra pessoa, tampouco sobre influência. É importante destacar que existe diferentes formas de influenciar um paciente, seja o coagindo, manipulando seu pensamento ou persuadindo a determinadas decisões. (ALBUQUERQUE, 2020, p.131)

Cozzolino e Mattos (2019, p. 80)⁹² ensina que o Consentimento Informado é fundamental, para o reconhecimento do respeito ao paciente, já que suas decisões estão pautadas em auto responsabilização e liberdade de escolha. Além disso, o instrumento busca assegurar a moralidade, a integridade corporal, bem como a participação nas decisões sobre a manutenção da saúde. Contudo, os autores abordaram as dificuldades para obtenção do termo de consentimento, como exemplo, o desconhecimento sobre o tratamento de saúde, as barreiras no processo de comunicação. Nesse sentido, destacam que o Termo de Consentimento Informado perpassa por dois aspectos importantes: compreensão e livre consentimento.

A compreensão está diretamente ligada à informação transmitida, assim como o conhecimento do paciente sobre sua condição clínica, os tratamentos propostos, os risco e benefícios advindos com a proposta terapêutica. O outro aspecto, ou seja, o livre consentimento é tratado por Cozzolino e Mattos (2019, p. 80) como “ato intencional e voluntário”. Com isso, compreende-se que o consentimento não pode sobre permeado por quaisquer tipos de coação. Isso possibilita que o paciente expresse verdadeiramente sua vontade e opção de tratamento.

⁹¹ ALBUQUERQUE, Aline. Manual de direito do paciente. Belo Horizonte: CEI, 2020. ISBN 978-65-00-12066-

⁹² COZZOLINO, João Gabriel Martins. MATTOS, Mariana Montocorvo. Direito à saúde e consentimento informado do idoso. In: GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. (coord.). Direitos da Personalidade da Pessoa Idosa. Curitiba: Editora Appris, 2019.

No que se refere aos idosos, sua capacidade de consentir encontra base em valores jurídicos e no Art. 17 do Estatuto do Idoso, ou pessoa idosa, nomenclatura a partir da Lei nº 14.423, de 2022. Embora o dispositivo já tenha sido abordado em outro momento, reforça a correlação entre o Consentimento Informado e os direitos do idoso.

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

Parágrafo único. Não estando a pessoa idosa em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando a pessoa idosa for interditada;

II – pelos familiares, quando a pessoa idosa não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

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

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

Cozzolino e Mattos (2019, p. 80), assim como Albuquerque e Leite et al. (2020;2020), destacam que o direito à autodeterminação significa uma mudança de paradigma na relação profissional médico e paciente, que em muitas situações segue permeada pelo paternalismo. Embora a autodeterminação fortaleça o princípio da dignidade da pessoa, para que tal direito seja pleno “é necessário que a capacidade do paciente esteja preservada e sua autonomia protegida”.

Leite et al (2020, p.620) apresentam o conceito de autonomia como que [...] deriva da expressão grega que significa “reger-se pela própria lei”, tendo sido definida, já por Kant, como “vontade que não sofre influências heterônomas”. Essas influências para vem perdendo força à medida que [...] “O modelo paternalista, até então hegemônico, perde paulatinamente espaço para um sistema mais pautado no diálogo entre os polos da relação. Essa transformação certamente ocorre, também, em razão do avanço tecnológico da própria ciência médica”.

No que trata dos idosos, é importante destacar que nem todas as pessoas idosas estão em quadro de vulnerabilidade de saúde. O que há na verdade é um preconceito que, ao ser analisado sob a perspectiva do envelhecimento populacional, busca torna a pessoa idosa, embora detentora de direitos fundamentais, é tratada como sujeito passivo, principalmente frente as decisões, em especial nos hospitais (Cozzolino e Mattos, 2019, p. 84).

(TJ-DF 07073272220198070000 - Segredo de Justiça 0707327-22.2019.8.07.0000, Relator: ANGELO PASSARELLI, Data de Julgamento: 06/08/2019, 1ª Câmara Cível, Data de Publicação: Publicado no PJe : 09/08/2019 . Pág.: Sem Página Cadastrada.)

CONFLITO NEGATIVO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO DE TESTAMENTO VITAL (DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE). BIODIREITO à ORTOTANÁSIA. MANIFESTAÇÃO MERAMENTE DECLARATÓRIA. COMPETÊNCIA DA VARA DE REGISTROS PÚBLICOS (INCISO III DO ARTIGO 31 DA LEI Nº 11.697 /2008). NÃO CONFIGURAÇÃO. COMPETÊNCIA RESIDUAL DA VARA CÍVEL. INCIDÊNCIA DO ARTIGO 25 DA LEI Nº 11.697 /2008. COMPETÊNCIA DO JUÍZO SUSCITADO. 1 - Na ação de testamento vital ajuizada, a Autora busca seja declarada, pelo Poder Judiciário, o seu biodireito à ortotanásia, a fim de que, caso venham a submetê-la a situação artificial de prolongamento da vida por meio de intervenção médica, estejam ela e sua representante nomeada munidas de pronunciamento jurisdicional favorável à morte natural. Em outras palavras, trata-se de manifestação prévia, diretiva de vontade, que tem o condão declarar o seu direito a não ser submetida a tratamento médico futuro em situação em que ela estiver incapacitada de se manifestar contrariamente à intervenção. 2 - A possibilidade de que sejam realizadas diretivas antecipadas de vontade dos pacientes traz difíceis questões a serem enfrentadas tanto pelo Poder Judiciário como pela ética médica. Do ponto de vista médico, a possibilidade de realização de diretivas antecipadas de vontade dos pacientes tem regulamentação na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina. 3 - Como a demanda originária tem natureza meramente declaratória, sem qualquer relação com tentativa já manifestada de formalização do ato de vontade nos registros públicos e notariais, ou seja, sem que se configure questão contenciosa e administrativa que se refira diretamente a atos de registros públicos e notariais em si mesmos (artigo 31 , II , da Lei nº 11.697 /2008), a competência para processamento e julgamento do Feito é da Vara Cível, tendo em vista o critério residual (artigo 25 da Lei nº 11.697 /2008). Conflito de competência admitido e acolhido para o fim de declarar competente o Juízo Suscitado.

(TJ-SP - AC: 10009381320168260100 SP 1000938-13.2016.8.26.0100, Relator: Mary Grün, Data de Julgamento: 10/04/2019, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 11/04/2019)

JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE. ORTOTANÁSIA. Pretensão de estabelecer limites à atuação médica no caso de situação futura de grave e irreversível enfermidade, visando o emprego de mecanismos artificiais que prologuem o sofrimento da paciente. Sentença de extinção do processo por falta de interesse de agir. Manifestação de vontade na elaboração de testamento vital gera efeitos independentemente da chancela judicial. Jurisdição voluntária com função integrativa da vontade do interessado cabível apenas aos casos previstos em lei. Manifestação que pode ser feita por meio de cartório extrajudicial. Desnecessidade de movimentar o Judiciário apenas para atestar sua sanidade no momento da declaração de vontade. Cartório Extrajudicial pode atestar a livre e consciente manifestação de vontade e, caso queira cautela adicional, a autora poderá se valer de testemunhas e atestados médicos. Declaração do direito à ortotanásia. Autora que não sofre de qualquer doença. Pleito declaratório não pode ser utilizado em caráter genérico e abstrato. Falta de interesse de agir verificada. Precedentes. Sentença de extinção mantida. Recurso não provido.

O caso acima retrata uma apelação, onde inicialmente a autora moveu ação para deixar registrado seus desejos quanto aos tratamentos que não gostaria de receber da equipe médica caso viesse a ter uma doença grave e irreversível. A sentença extingui o processo por falta do interesse de agir. Entendendo-se que uma pessoa pode manifestar sua vontade na elaboração de um testamento vital ou Diretiva Antecipada de Vontade e para isso não carece de autorização do poder judiciário, ou seja, não cabe atestar sanidade mental no judiciário, sendo que isso pode ser feito em cartório extrajudicial e havendo desejando adicional cautelar, a pessoa pode valer-se de testemunhas e documentos médicos.

Nota-se que não há pretensão resistida, assim, não faz sentido intervenção estatal. Contudo, a apelante diz que:

“[...]é fundamental que o Estado reconheça, por meio do exercício da jurisdição, a possibilidade de tutelar o direito à vida com dignidade e, ao mesmo tempo, acompanhe o procedimento em que a pessoa pede para ter direito de veto ao tratamento médico fútil, o que promove maior segurança ao procedimento, já que o documento que expressa à vontade é uma sentença”

O recurso não foi provido, uma vez que o SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ) apresenta “entendimento consolidado de que não cabe ação declaratória para simples interpretação de tese jurídica, se ausente a demonstração da repercussão do provimento desejado na esfera jurídica da recorrente”. Destaca-se que a apelante não dispõe de doença incurável e busca o judiciário para tentar validar uma hipótese. Por fim, cabe salientar que o Testamento Vital/Diretiva Antecipada de Vontade já foi validade no Enunciado nº 528 da V Jornada de Direito Civil do Conselho da Justiça Federal (CJF):

É válida a declaração de vontade expressa em documento autêntico, também chamado "testamento vital", em que a pessoa estabelece disposições sobre o tipo de tratamento de saúde, ou não tratamento, que deseja no caso de se encontrar sem condições de manifestar a sua vontade. **Enunciado nº 528 da V.**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou o processo de envelhecimento populacional e as transformações sociais advindas com ele. Os anos acrescidos na vida de uma pessoa nem sempre estão correlacionados à qualidade de vida e o exercício de seus direitos, em especial a autonomia. As pessoas idosas que são acometidas por doenças crônicas avançadas necessitam de repetidas e prolongadas internações hospitalares, bem como cuidados de saúde complexos que, inúmeras vezes, os impossibilitam de exercer a participação nas tomadas de decisões quanto aos próprios tratamentos de saúde.

Nesse sentido, é imperioso que se estabeleça o diálogo crítico e propositivo diante de situações que ameaçam a continuidade da vida e ao mesmo permeadas por diferentes fatores que podem interferir na proposta de tratamento que assegure dignidade, conforto e participação. Dentre os fatores citam-se o desconhecimento dos profissionais de saúde quanto aos direitos dos pacientes, a formação acadêmica desses profissionais pautadas em um modelo curativista, que ainda que diante de um prognóstico reservado, travam uma luta para vencer a morte, o que pode causar aplicação de medidas desproporcionais e que ampliam o sofrimento humano.

Destacam-se também o papel das famílias que, diante de uma notícia que evidencia um diagnóstico que ameaça a vida de um ente querido, por questões emocionais, religiosas ou outras, nem sempre conseguem vislumbrar uma forma para proporcionar um cuidado humanizado, focado no controle de sinais e sintoma que garanta os direitos do paciente e o inclua, bem como a família no projeto terapêutico individualizado para atender às demandas do paciente. A respeito dessa modalidade assistencial, fala-se nos Cuidados Paliativos que tem como princípios norteadores: O início precoce do acompanhamento em cuidados paliativos junto a tratamentos modificadores da doença, a compreensão da morte como processo natural sem antecipar nem a postergar, promoção do alívio impecável da dor, assim como outros sintomas geradores de desconforto e compreender os familiares. É preciso oferecer apoio, orientação e amparo durante o adoecimento do paciente e também no processo de luto após o óbito do paciente.

Diante disso, é importante destacar a legislação vigente que serve de base para que as pessoas idosas tenham seus direitos respeitados, inclusive quando hospitalizadas. A proximidade da finitude da vida, que em diversos casos, tem o agravamento de doenças que comprometem o quadro cognitivo dos pacientes, vem sendo debatida no Brasil, por diferentes estudiosos, dentre eles: pesquisadores da área de saúde, do meio jurídico, das ciências humanas e sociais. É preciso ressaltar que, apesar de todos os desafios, o Brasil, ao longo dos últimos anos, desenvolveu políticas públicas em prol da melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Quanto à legislação, o Estatuto do Idoso assegura todos os direitos fundamentais e a proteção dos interesses dos idosos. Além disso, preconiza o atendimento preferencial e ressalta o dever da sociedade civil quanto ao dever de garantir os direitos da pessoa idosa, ainda que acometidas de doenças que comprometam sua capacidade cognitiva. Além disso, há conselhos de ética profissionais, como exemplo, o Conselho de Ética da Medicina que publicou uma resolução profissional que trata das Diretivas Antecipadas, instrumento que visa dar legitimidade à decisão do paciente.

Nesse sentido, o presente estudo buscou compreender, através do desenvolvimento de uma revisão bibliográfica, como as diretivas antecipadas de vontade poderiam colaborar para o exercício da autonomia da pessoa idosa que vivencia os cuidados paliativos. Observou-se que, embora haja material disponível, o tema requer formulação de políticas públicas efetivas, tais como a promulgação do Estatuto do Paciente e da Lei que cria as Diretivas Antecipadas de Vontade.

A insegurança jurídica quanto às escolhas de tratamento de saúde destinados aos pacientes gera medo entre os profissionais de saúde que lidam, diariamente, com demandas existenciais. As decisões judiciais certificam a validade da Resolução nº 1995/2012, que trata das Diretivas Antecipadas, contudo apresentam divergência quanto aos conceitos e a aplicabilidade das diretivas. É preciso fomentar pesquisas sob a perspectiva interdisciplinar para subsidiar os direitos dos pacientes, bem como a segurança jurídica aos profissionais e familiares.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos. ANCP** [Internet]. 2. ed. ampl. Atual. Rio de Janeiro: ANCP; 2012 [acesso 15 de nov de 2022]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidadospaliativos-ANCP.pdf>

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos ANCP** 3. ed. ampl. Atual. Rio de Janeiro: ANCP; 2021.

ALBUQUERQUE, A. **Os Direitos dos Pacientes no Brasil: análise das propostas legislativas e o papel do Sistema Único de Saúde**. Revista Brasileira de Bioética, [S. l.], v. 15, p. 1–24, 2020. DOI: 10.26512/rbb.v15.2019.27130. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/27130>. Acesso em: 17 jan. 2022.

BARBOSA, T.; MORO, J.; ROSA JUNIOR, J.; YANES, C.; RIBEIRO, E. Causas de internações hospitalares em idosos por regiões do Brasil. Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 2, p. 70-81, 18 jul. 2019.

BARLETTA, F. R. **A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do princípio do melhor interesse do idoso**. Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 119-136, 2014. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v15i1p119-136. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82809>. Acesso em: 17 jan. 2022.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no Direito Constitucional Contemporâneo: A construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Tradução de Humberto Laporet de Mello. 3ª ed. Belo Horizonte/MG: Fórum, 2014.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Ação Civil Pública n. 2007.34.00.014809-3**. Petição Inicial (Wellington Divino Marques de Oliveira – Procurador Regional dos Direitos do Cidadão/1ª Região). Disponível em: <http://noticias.pgr.mpf.gov.br/noticias-do-site/pdfs/ACP%20Ortotanasia.pdf>. Acesso em: 15 nov de 2022.

BRASIL. **Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. **Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002**. Código Civil. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 11 jan. 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 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, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20/01/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 114 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. **Portaria nº 1.820**, de 13 de agosto de 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 16 nov de 2022

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **ACP nº2007.34.00.014809-3**. Petição Inicial (Wellington Divino Marques de Oliveira – Procurador Regional dos Direitos do Cidadão/1ª Região). Disponível em: http://www.mpf.mp.br/pgr/copy_of_pdfs/ACP%20Ortotanasia.pdf/view acesso em 16 de nov de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p.7.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. **Processo n. 2007.34.00.014809-3**. Brasília, 23 out. 2007. Disponível em: http://www.df.trf1.gov.br/inteiro_teor/doc_inteiro_teor/14vara/2007.34.00.014809-3_decisao_23-10-2007.doc. Acesso em: 28/11/2022.

BONIFÁCIO, G; GUIMARÃES, R. **Projeções populacionais por idade e sexo para o Brasil até 2100**. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2021. ISSN 1415-4765. Acesso em: 07/01/2022. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38575&Itemid=457 DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2698>

BARROSO, L. R. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. 3ª Reimpressão. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

BARROSO, L. R. & MARTEL, L. C. V. (2010), “A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida”, in Tania da Silva Pereira, Rachel Aisengart Menezes e Heloiza Helena Barboza, Vida, morte e dignidade humana. Rio de Janeiro, GZ.

BELASCO, Angélica Gonçalves Silva e Okuno, Meiry Fernanda Pinto. Reality and challenges of ageing. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2019, v. 72, suppl 2 [Acessado 17 Janeiro 2022] , pp. 1-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2019->

72suppl201>. Epub 05 Dez 2019. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2019-72suppl201>.

BUZAGLO, S. **Considerações sobre a eutanásia**. Rev. Minist. Público, Rio de Janeiro, RJ, (24), 2006. Acesso em: 28/11/2022. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2758620/Samuel_Buzaglo.pdf

CARMO, R. L. do; CAMARGO, K. C. M. **Dinâmica demográfica brasileira recente: padrões regionais de diferenciação**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. 107p. (Texto para discussão 2415). Acesso em: 20/12/2021. Disponível em: <https://www.econbiz.de/Record/din%C3%A2mica-demogr%C3%A1fica-brasileira-recente-padr%C3%B5es-regionais-de-diferencia%C3%A7%C3%A3o-carmo-roberto-luiz/10011919414>

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; FERNANDES, Daniele. Brasil envelhece antes e pós-PNI. In: Política nacional do idoso: velhas e novas questões / Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini - 615p. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

CANO, Carlos Wilson de Alencar et al. Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia. Revista Bioética [online]. 2020, v. 28, n. 2 [Acessado 17 Novembro 2022], pp. 376-383. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422020282399>>. Epub 26 Jun 2020. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282399>.

CARVALHO, C.A.M. Os limites da intervenção do Estado diante da autonomia de vontade do idoso. In: ALMEIDA, Gregório Assagra; JUNIOR, Jarbas Soares; DICK, Maria Elmira Evangelina do Amaral. Direitos das Pessoas com Deficiência e dos Idosos, 2013.

CASTRO, Carolina Fernandes de et al. **Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde**. Revista Bioética [online]. 2020, v. 28, n. 3 [Acessado 28 Novembro 2022], pp. 522-530. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422020283416>>. Epub 06 Nov 2020. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283416>.

CHAN, H.Y. (2018). The Making of Advance Directives. In: Advance Directives: Rethinking Regulation, Autonomy & Healthcare Decision-Making. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine, vol 76. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-00976-2_2

COGO, S. B. et al. **Diretivas antecipadas de vontade na assistência hospitalar: perspectiva de enfermeiros**. Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 1 [Acessado 8 Dezembro 2021], pp. 139-147. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021291454>>. Epub 21 maio 2021. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291454>

COGO, Silvana Bastos et al. **Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2016, v. 69, n. 6 [Acessado 17 janeiro 2022], pp. 1031-1038. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0085>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0085>.

COGO, Silvana Bastos et al. **Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar.** Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2017, v. 38, n. 04 [Acessado 17 Janeiro 2022], e65617. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.65617>>. Epub 07 Jun 2018. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.65617>.

COGO, Silvana Bastos; LUNARDI, Valéria Lerch. **DIRETIVAS ANTECIPADAS: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL NO CONTEXTO MUNDIAL. Texto contexto - enferm.,** v. 27, n. 3, e1880014, 2018. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300300&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 17 jan. 2022. Epub 06-Ago-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001880014>.

COGO, Silvana Bastos et al. **Diretivas antecipadas de vontade na assistência hospitalar: perspectiva de enfermeiros.** Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 1 [Acessado 19 Novembro 2022], pp. 139-147. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021291454>>. Epub 21 maio 2021. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291454>.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E O CARIBE – CEPAL. Segunda Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e o Caribe. Declaração de Brasília, Brasília, 2007

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. **Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.** Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012 [acesso 20 dez. 2021]. Seção 1. Disponível: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução Nº 2.217, de 2018.** Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Seção. I, p.179, 01 nov. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 04 de set. de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 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 [Internet]. Brasília, p. 113-4, 16 set 2019. Acesso: 20/01/2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>

COSTA, C. L. (2022). **CONVENÇÃO INTERAMERICANA SOBRE A PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DOS IDOSOS EM PERSPECTIVA: ENTRE DISCURSOS HOMOGENEIZADORES E O RECONHECIMENTO DA ALTERIDADE.** *Revista de Direitos Humanos em Perspectiva*, 8(1),

DADALTO, Luciana, Tupinambás, Unai e Greco, Dirceu Bartolomeu. **Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro.** Revista Bioética. 2013, v. 21, n. 3, pp. 463-476. Disponível em: <>. Epub 13 Mar 2014. ISSN 1983-8034. Acesso em: 21/12/2021

DADALTO, Luciana, Arantes, Alexandra Mendes Barreto e Baruffi, Priscila Demari. **Diretivas antecipadas de vontade em pacientes com doença de Alzheimer.** Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 3 [Acessado 25 Dezembro 2021] , pp. 466-474. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021293482>>. Epub 18 Out 2021. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293482>.

DAMION, Marina; MOREIRA, Mariana Calesso. **Percepção do paciente sobre sua autonomia na unidade de terapia intensiva.** Patient's perception of his autonomy in intensive care unit. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 11, n. 3, p. 386-396, dez. 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822018000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 17 jan. 2022. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.113.09>.

DANS M, Kutner JS, Agarwal R, Baker JN, Bauman JR, Beck AC, et al. NCCN guidelines insights: palliative care, version 2.2021. J Natl Compr Canc Netw 2021; 19:780–788. Acesso em: 15 de nov de 2022. Disponível em: <https://jncn.org/view/journals/jncn/19/7/article-p780.xml>

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Paris: 1948. Disponível em <<https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>> Acessado em: 23 de julho de 2019.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 quality of death Index: ranking palliative care across the world.** London, UK: EIU; 2015.

EFING, A. C. **Direitos dos Idosos: Tutela Jurídica do Idoso no Brasil.** 1. Ed. São Paulo: LTr, 2014. 133p.

DEVAL, R. A.; GOUVÊA, G. G. **O DIREITO DE MORRER E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.** Revista CEJ, v. 22, n. 75, 17 out. 2018. Acesso em: 28/11/2022. Disponível em: <https://revistacej.cjf.jus.br/cej/index.php/revcej/article/view/2209>

ESTEVES, A. S e MOLINARO, C. A. . **A dignidade da pessoa humana na visão de Ingo W. Sarlet: desde a problematização do conceito até o pensar fora do marco jurídico estabelecido.** DOI: <http://dx.doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0103/2018.v4i1.4074>. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/HermeneuticaJuridica/article/view/4074>. Acesso em: 19/01/2022

FELIX, Zirleide Carlos et al. **Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2013, v. 18, n. 9 [Acessado 17 Novembro 2022] , pp. 2733-2746. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>>. Epub 26 Ago 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>.

FONSECA, L. dos S. .; CARVALHO, B. C. .; SANTOS, H. O. .; SILVA, J. M. da .; SANTOS, J. C. de O. .; FERREIRA, L. L. de L. .; KAMEO, S. Y. . **Atuação do Enfermeiro em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa**. Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.], v. 68, n. 1, p. e-071383, 2022. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1383. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1383>. Acesso em: 15 nov. 2022.

FREITAS JUNIOR, Roberto Mendes de. **Direitos e Garantias do Idoso: Doutrina, Jurisprudência e Legislação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GASPAR, R. B. **O gerenciamento do cuidado de enfermagem para defesa da autonomia dos idosos em terminalidade da vida**. Rio de Janeiro; s.n; dez. 2017. 162 p. tab, graf, ilus. Acesso em: 12 de nov de 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-881958>

GASPAR, R. B; SILVA, B. M. da. **Papel do enfermeiro na defesa da autonomia e da promoção do cuidado compassivo ao idoso que vivencia o processo de finitude da vida**. In: PROENF- Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Idosos: Ciclo 5/ Organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem; organizadora-geral: Angela Maria Alvarez; organizadoras: Célia Caldas, Lucia Hisako Takase Gonçalves – Porto Alegre: Atrmed Pan-americana, 2022. Acesso em: 26/11/2022. Disponível em: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/sobre-o-ciclo-5>.

GOULART, João Pedro Minguete. **A Dignidade Da Pessoa Humana No Direito Constitucional Contemporâneo: A Construção De Um Conceito à Luz Da Jurisprudência Mundial**. *Revista Do Direito Público* 14, no. 3 (2019). Acesso em: 19/014/2022. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario%20A/Downloads/35891-188976-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario%20A/Downloads/35891-188976-1-PB%20(2).pdf)

GOUVÊA, G. G; DEVAL, R. A. **O direito de morrer e a dignidade da pessoa humana the right to die and human dignity**. *Revista CEJ*, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 51-58, maio/ago. 2018. Acesso em: 28/11/2022. Disponível em: <https://revistacej.cjf.jus.br/cej/index.php/revcej/article/view/2209>

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. **Cuidados paliativos**. *Estudos Avançados, [S. l.]*, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/124275>. Acesso em: 02 nov. 2022.

GOMES, Bruna Mota Machado et al. **Diretivas antecipadas de vontade em geriatria**. *Revista Bioética* [online]. 2018, v. 26, n. 3 [Acessado 25 Dezembro 2021], pp. 429-439. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422018263263>>. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263263>.

HASSEGAWA, Luiz Carlos Ufei et al. **Approaches and reflexions on advance healthcare directives in Brazil**. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2019, v. 72, n. 1 [acessado 19 novembro 2022], pp. 256-264. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0347>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0347>.

HERRMANN, Maria Emiliana Carvalho. A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas e sua importância para o Direito brasileiro. 2020. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. doi:10.11606/D.2.2020.tde-06052021-204003. Acesso em: 2022-12-02.

IAHPC. Global Consensus based palliative care definition [Internet]. Houston, TX: **The International Association for Hospice and Palliative Care**. 2018 [citado em 15 nov de 2022]. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

LEI nº 10241. **Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado**. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 18 de março de 1999. Acesso em: 12/12/2021. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html>

LIMA, L. do E. S.; SANTANA, M. E. de; CORREA JÚNIOR, A. J. S.; VASCONCELOS, E. V. Experiences of cancer patients' family caregivers in palliative care / **Juntos resistimos, separados caímos: vivências de familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, [S. l.], v. 11, n. 4, p. 931–936, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.931-936. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6756>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MARTINS, Maria de Fátima M. **Estudos de revisão de literatura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2018. 37 p. Trabalho apresentado no Curso de Acesso à Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Modalidade: Qualificação. Acesso em: 06/12/2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29213>

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A.C.G; SILVA, A.L.A. **Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]. 2016, v. 19, n. 03 [Acessado 19 Julho 2022] , pp. 507-519. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>>. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MIRANDA, G. B. S.; BORGES, N. G. S.; RIBEIRO, N. M. da S. **Impacto do tempo de hospitalização na mobilidade e na qualidade de vida de idosos**. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 330–334, 2019. DOI: 10.9771/cmbio.v18i3.34417. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/34417>. Acesso em: 20 jul. 20

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Lei Estadual nº 16.279, de 20 de julho de 2006. **Dispõe sobre os direitos dos usuários das ações e dos serviços públicos de saúde no estado**. Diário Oficial de Minas Gerais [Internet]. Belo Horizonte, 20 jul 2006 [acesso 18 nov 2022]. Disponível: <https://bit.ly/2YuL5GA>

MONTEIRO, Renata da Silva Fontes e SILVA, Alúcio Gomes da. **Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina**. Revista Bioética [online]. 2019, v. 27, n. 1 [acessado 19 Novembro 2022], pp. 86-97. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422019271290>>. Epub 21 Fev 2019. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271290>.

NAÇÕES UNIDAS, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População. **Perspectivas da População Mundial 2019: Destaques** [Internet]. 2019. <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html>. Acesso em: 22/12/2021

OMS. RELATÓRIO MUNDIAL DE ENVELHECIMENTO E SAÚDE. Organização Mundial da Saúde: Genebra, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-relatorio-sobre-envelhecimento-e-saude/> Acesso em: 09/12/2021.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução para o português: Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília; 2005. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=17>. Acesso em: 20/12/2021

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana de Proteção aos direitos dos Idosos**. Washington, D.C. junho de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Plano de ação so-bre a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável: relatório final [Internet]**. Washington, DC: OPAS/OMS; 2019 [cited 2021 mar 30]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51419/CE164-INF-6-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde – OMS. **Década do Envelhecimento Saudável (2020-2030)**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Acesso em : 21/11/2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52902>.

PAIVA CF, Santos TCF, Costa, LMC, Almeida-Filho AJ. **Trajatória dos Cuidados Paliativos no mundo e no Brasil**. In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.) **Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente**. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 41 a 49 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c04>

PARANÁ. Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. Lei Estadual nº 14.254, de 4 de dezembro de 2003. **Prestação de serviço e ações de saúde de qualquer natureza aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS** e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Paraná [Internet]. Curitiba, 4 dez 2003 [acesso 18 nov 2022]. Disponível: <https://bit.ly/2X0jrjW>

PARANHOS, D. G.; ALBUQUERQUE, A. **Direitos humanos dos pacientes como instrumentos bioéticos de proteção das pessoas idosas**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 53–64, 2019. DOI: 10.17566/ciads.v8i1.507. Disponível

em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/507>. Acesso em: 18 jan. 2022.

PEPE, Vera Lúcia Edais e Castro, Claudia G. S. Osorio de. **A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2000, v. 16, n. 3 [Acessado 20 Novembro 2022] , pp. 815-822. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300029>>. Epub 15 Ago 2001. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300029>.

PESSINI, Leo e SIQUEIRA, José Eduardo de. **Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida**. Revista Bioética [online]. 2019, v. 27, n. 1 [Acessado 28 Novembro 2022] , pp. 29-37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422019271283>>. Epub 21 Fev 2019. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271283>.

PINTO, Karina Danielly Cavalcanti; CAVALCANTI, Alessandra do Nascimento; MAIA, Eulália Maria Chaves. **Princípios, desafios e perspectivas dos cuidados paliativos no contexto da equipe multiprofissional: revisão da literatura**. *Psicol. Conoc. Soc.*, Montevideo , v. 10, n. 3, p. 151-172, 2020 . Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262020000300151&lng=es&nrm=iso>. accedido en 15 nov. 2022. Epub 01-Dic-2020. <https://doi.org/10.26864/pcs.v10.n3.10>.

PITTELLI, Sergio Domingos, Oliveira, Reinaldo Ayer de e Nazareth, Janice Caron. **Diretivas antecipadas de vontade: proposta de instrumento único**. Revista Bioética [online]. 2020, v. 28, n. 4 [Acessado 20 Dezembro 2021] , pp. 604-609. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422020284423>>. Epub 20 Jan 2021. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284423>

RIO DE JANEIRO (ESTADO) Lei nº 8.860, 03 jul. 2020. **Dispõe sobre a criação da central de informações sobre pacientes internados na rede estadual de saúde durante a pandemia do novo Coronavírus – Covid-19** – e dá outras providências. **DOERJ**, 06 abr. 2020. Disponível em:

<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/c8aa0900025feef6032564ec0060dfff/fc0f8d797c81db5b032585810063b250?OpenDocument&Highlight=0,8.860>. Acesso em: 12/12/2021.

RIBEIRO, Júlia Rezende e Poles, Kátia. **Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2019, v. 43, n. 3 [Acessado 21 Novembro 2022] , pp. 62-72. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>>. Epub 23 Maio 2019. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>.

SANTOS, Cledy Eliana dos et al. **Palliative care in Brasil: present and future**. Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2019, v. 65, n. 6 [Accessed 15 November 2022], pp. 796-800. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.6.796>>. Epub 22 July 2019. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.6.796>.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade (da pessoa) Humana e os Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015a.

SILVA NETO, P. K. da; BOAVENTURA, J. R.; PESSALACIA, J. D. R.; MARINHO, M. R.; DOS SANTOS, F. R. Cuidados paliativos nas mídias sociais: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 14, n. 4, 2020. DOI: 10.29397/reciis.v14i4.2056. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2056>. Acesso em: 15 nov. 2022.

TAVARES, J. M. da S., PEREIRA NETO, C. **Aspectos do crescimento populacional: estimativas e uso de indicadores sociodemográficos**. Formação (Online), v. 27, n. 50, p. 3–36, 2020. p. 3-36. ISSN: 2178-7298. E-ISSN: 1517-543X. Acesso em: 07/01/2022. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario%20A/Downloads/5928-27657-1-PB.pdf>

VERAS, Renato. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Revista de Saúde Pública [online]. 2009, v. 43, n. 3 [Acessado 17 Janeiro 2022] , pp. 548-554. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>>. Epub 17 Abr 2009. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.

VICTOR GHGG. **Cuidados paliativos no mundo**. Rev Bras Cancerol. 2016;62(3):267-70 [acesso em 15 de nov de 2022]. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/343>
