



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

LAUDJANE DA TRINDADE ARAÚJO

AUTONOMIA DA ÚLTIMA VONTADE DO PACIENTE TERMINAL

CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

2019

LAUDJANE DA TRINDADE ARAÚJO

AUTONOMIA DA ÚLTIMA VONTADE DO PACIENTE TERMINAL

Artigo Científico apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharela em Direito.

Orientador: Prof. Esp. Francisco Ramos de Brito

Área de Concentração: Bioética e Direitos Humanos

CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A663a Araujo, Laudjane da Trindade.
Autonomia da última vontade do paciente terminal
[manuscrito] / Laudjane da Trindade Araujo. - 2019.
19 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Jurídicas, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Francisco Ramos de Brito ,
Coordenação do Curso de Direito - CCJ."
1. Autonomia do Paciente. 2. Paciente Terminal. 3.
Diretivas Antecipadas de Vontade. I. Título
21. ed. CDD 342

LAUDJANE DA TRINDADE ARAÚJO

AUTONOMIA DA ÚLTIMA VONTADE DO PACIENTE TERMINAL

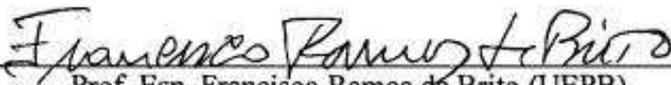
Artigo Científico apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas,
Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do Título de Bacharela em Direito.

Orientador: Prof. Esp. Francisco Ramos de Brito

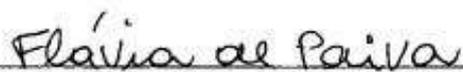
Área de Concentração: Bioética e Direitos Humanos

Aprovada em: 04/12/2019.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Esp. Francisco Ramos de Brito (UEPB)
(Orientador)


Prof. Dr. Aureci Gonzaga Farias (UEPB)


Prof. Dr. Flávia Paiva Medeiros de Oliveira (UEPB)

Dedico, primeiramente, este Artigo a Deus, por permitir que eu tenha a força e a coragem de nunca desistir dos meus sonhos.

Dedico a todos os professores que, com maestria, mostraram a beleza que existe nas Ciências Jurídicas e de como é possível fazer um mundo melhor quando a justiça prevalece.

“A felicidade não está em viver, mas em saber viver. Não vive mais o que mais vive, mas o que melhor vive”.

Mahatma Gandhi

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Mortalidade Por Neoplasia na Paraíba em 2017.....	18
----------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
<u>DAV</u>	Diretivas Antecipadas de Vontade
FAP	Fundação Assistencial da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....	09
2.1	BREVE CONTEXTO HISTÓRICO.....	10
2.2	PRINCÍPIO DA DIGNIDADE E A AUTONOMIA DA VONTADE.....	10
2.3	NORMATIZAÇÃO.....	12
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	14
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
	REFERÊNCIAS.....	16

AUTONOMIA DA ÚLTIMA VONTADE DO PACIENTE TERMINAL

ARAÚJO, Laudjane Trindade*

RESUMO

A autonomia prévia da vontade do paciente foi o eixo central desse Artigo Científico. Para tanto, por meio de um método descritivo, foram apresentadas questões atinentes aos princípios constitucionais que envolvem a temática, bem como a base normativa que ampara a vontade do paciente quando da sua decisão de não se submeter a tratamentos que o levem ao sofrimento e não à cura, pois esta é impossível diante da condição física, psíquica e espiritual que se encontra o paciente em estado terminativo. Assim, procurou-se refletir o fato do Brasil estar caminhando a passos lentos quando o assunto é o debate bioético e o biodireito, a julgar que o instituto das diretivas antecipadas de vontade, documento que garante ao indivíduo acometido de doença terminativa, o respeito à sua dignidade e a sua autodeterminação, já encontra-se devidamente regulamentado nos Estados Unidos, na Europa e em alguns países da América Latina. Pois, a ausência de legislação específica no ordenamento jurídico brasileiro, que garanta a autonomia da vontade do paciente e permita segurança jurídica à comunidade médica, impossibilita que se possa externar previamente à vontade, independentemente de ser surpreendido por uma doença que levará a pessoa ao destino final da sua jornada na terra.

Palavras-chave: Autonomia do Paciente. Morte Digna. Paciente Terminal. Diretivas Antecipadas de Vontade.

AUTONOMY OF LAST WILL OF TERMINAL PATIENT

ARAÚJO, Laudjane Trindade*

ABSTRACT

The prior autonomy of the patient's will was the central axis of this scientific article. Therefore, through a descriptive method, questions were presented regarding the constitutional principles that involve the theme, as well as the normative basis that supports the patient's will when deciding not to undergo treatments that lead him to suffering and not to heal, because this is impossible in front of the physical, psychic and spiritual condition that the patient is in a terminative state. Thus, we tried to reflect the fact that Brazil is walking with slow paces when it comes to the bioethical debate and the bio-right, judging the institute of advance directives of will, a document that guarantees to individual affected by terminative disease, respect for its dignity and self-determination, is already regulated in the United States, Europe and some Latin American countries. Because, the absence of specific

* Bacharela em Administração pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Bacharela em Ciências Contábeis pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Concluinte do Curso de Bacharelado em Direito pela UEPB. Analista Ministerial do Ministério Público Estadual da Paraíba.

* Bachelor of Business Administration from the Federal University of Pernambuco (UFPE). Bachelor of Accounting from Paraíba State University (UEPB). Undergraduate of Law from UEPB. Ministerial Analyst of the State Public Prosecutor of Paraíba.

legislation in the Brazilian legal system, which guarantees the autonomy of the patient's will and allows the legal certainty for medical community, makes impossible that can externalize previously at will, regardless of being surprised by a disease that will lead the person to their final destination of your journey on earth.

Keywords: Patient Autonomy. Decent Death. Patient Terminal. Advance Willing Directives.

1 INTRODUÇÃO

A temática abordada no presente Artigo Científico, intitulado “Autonomia da Última Vontade do Paciente Terminal” tem como objetivo central contextualizar a autonomia da última vontade do paciente em estado terminativo, a partir do ordenamento jurídico brasileiro, em consonância com princípio constitucional da dignidade.

No Brasil, o tema é tratado de forma incipiente, por ainda não haver lei específica, sendo o instituto das diretivas antecipadas de vontade amparada na Resolução nº 1995 de 31 de agosto de 2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Contudo, tramita no Senado Federal o Projeto de Lei nº 149, de 03 de abril de 2018, de autoria do Senador do Rio Grande do Sul, Lasier Martins, do dispendo sobre a regulamentação da matéria.

A partir de experiências extensionista da autora em projetos realizados nas dependências da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), e no Grupo de Apoio ao Paciente Oncológico (GAPO) e, diante do debate bioético sobre a melhor maneira de vivenciar a morte humana, surgiu a motivação para o desenvolvimento desse Artigo Científico.

Justifica-se a escolha do tema como objeto de estudo, pela necessidade de ampliar a discussão com ênfase na realidade apresentada pela legislação nacional, a fim de promover o reconhecimento dos direitos do paciente à autonomia e à autodeterminação, considerando a inexistência de lei no nosso ordenamento jurídico.

Entende-se que a norma editada pelo CFM é um passo rumo à regulamentação das diretivas antecipadas de vontade, mesmo que temporário, para as situações finais de vida, porém, espera-se que a proposta que tramita no Congresso Nacional, venha a efetiva-se em lei, garantindo ao paciente terminal, a segurança que sua vontade será respeitada por médicos e familiares, na hora que ele decidir se deseja prolongar a sua vida, mesmo que a custo de muito sofrimento, ou se deseja aguardar um fim de vida digno e tranquilo, no aconchego de familiares e amigos.

Contudo, necessário se faz ampliar o debate para que a sociedade tenha conhecimento da existência do instituto das diretivas antecipadas de vontade e da importância do atendimento do desejo do paciente em estado terminativo.

Para realização do estudo, tomou-se por base a utilização do método observacional e indutivo. Considerando o método indutivo, o estudo originou-se da observação de relatos de familiares de pacientes oncológicos em estado de terminalidade e a sua vontade de um fim de vida digno, em ambiente familiar. Assim, partiu-se do fenômeno particular para generalização haja a vista a quantidade de óbitos de pacientes acometidos de neoplasia que ocorrem nas dependências dos hospitais.

Para alcançar o objetivo proposto, realizou-se uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e, visando dar consistência ao referencial teórico, foi feita uma revisão sistemática de fonte secundária em artigos publicados e revistas com os seguintes descritores: diretivas antecipadas de vontade, autonomia da vontade, paciente terminal, princípio da dignidade, cuidados paliativos.

2 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

2.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO

O surgimento das diretivas antecipadas de vontade se deu no ano de 1969, nos Estados Unidos, quando Luis Kutner propôs a adoção do *living will*, que Brasil é conhecido como testamento vital. O documento intenta proteger o direito individual de uma morte digna.

O documento proposto por Kutner deveria contemplar quatro finalidades importantes: (a) auxiliar o julgamento jurídico em processos envolvendo homicídio privilegiado por relevante valor moral e homicídio qualificado por motivo torpe, servindo como prova de conduta; (b) preservar a autonomia e a autodeterminação do paciente que deseja morrer; (c) servir como instrumento de declaração de vontade, pelo qual o paciente manifesta seu desejo de morrer, inclusive se futuramente estiver incapacitado para expressar seu consentimento; (iv) representar uma garantia de cumprimento da vontade do paciente. (KUTNER, 1969, p. 541).

A regulamentação do *living will*, só veio ocorrer a partir do caso Nancy Cruzan, quando o instituto foi analisado pela primeira vez em um tribunal estadunidense. Nancy havia sofrido um acidente automobilístico que a deixou em estado vegetativo irreversível. A família requereu a interrupção dos procedimentos de nutrição artificial que a mantinham viva. O caso repercutiu muito e causou grande comoção na sociedade americana. Em virtude do clamor social gerado pelo caso Cruzan, as diretivas ganharam importância no país. Logo, em 1991, o Congresso Americano aprovou o *Patient Self-Determination Act*, lei federal que reconhecia o direito à autodeterminação do paciente. Entretanto, todos os estados norte-americanos só passaram a reconhecer a legalidade do documento a partir de meados de 90. (DADALTO; TUPINAMBAS; GRECO, 2013, p. 464).

Na Europa, a discussão sobre o instituto das diretivas antecipadas de vontade surgiu com a Convenção para Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano em decorrência das Aplicações da Biologia e da Medicina, conhecido como Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina ou Convenção de Oviedo, ratificada em Portugal, Espanha e Suíça, entre outros.

A Holanda adotou uma atitude inovadora objetivando tutelar os direitos de pacientes em terminalidade, já reconhecendo seus direitos mesmo antes do Convênio de Oviedo em 1996, do qual é signatária. Já a Bélgica, foi o primeiro país a regulamentar chamada “*déclaration anticipéede volonté*”, após o advento do Convênio de Oviedo, a legislação tutelou a autonomia e a autodeterminação do paciente, garantindo o direito à informação sobre o conteúdo e as consequências dos procedimentos e tratamentos, por meio de uma linguagem simples e compreensiva. (CORREA, LEONARDO; CARVALHO CARLA, 2016, p. 6).

Na América Latina, Porto Rico foi pioneiro a legislar sobre as diretivas antecipadas de vontade, enquanto a Argentina é o país sul-americano com maior quantidade de doutrina a cerca do tema, sendo o instituto regulamentado inicialmente em âmbito regional e posteriormente, uma lei federal determinou sua eficácia em âmbito nacional. No Uruguai, por sua vez, foi editada em 2009 uma lei que estabelece a competência de toda pessoa maior de idade, e com discernimento, para elaborar uma declaração prévia para o fim da vida, manifestando seu desejo de recusar futuros tratamentos médicos que prolonguem seu processo de morte. (*Id. Ibid.*, p. 20).

2.2 PRINCÍPIO DA DIGNIDADE E A AUTONOMIA DA VONTADE

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, elenca entre os fundamentos do Estado Democrático de Direito, o princípio da dignidade da pessoa, o referido princípio alcança cada vez mais relevância nos diversos ramos do Direito, bem como quando se trata de Bioética.

A dignidade da pessoa ganha diferentes exegeses e aplicações, a depender do contexto em que estiver inserida em virtude da subjetividade que o princípio apresenta. Nesse sentido, não se encontra um único conceito para o princípio da dignidade da pessoa, na Constituição encontramos o princípio dignidade citado direto ou indiretamente em vários dispositivos.

Para Kant (2002, p. 56), a dignidade é o valor de que se reveste tudo aquilo que não tem preço, ou seja, não é passível de ser substituído por um equivalente. Dessa forma, a dignidade é uma qualidade inerente aos seres humanos enquanto entes morais: na medida em que exercem de forma autônoma a sua razão prática, os seres humanos constroem distintas personalidades humanas, cada uma delas absolutamente individual e insubstituível. Consequentemente, a dignidade é totalmente inseparável da autonomia para o exercício da razão prática.

Desse modo, o princípio da dignidade, quando se trata de um paciente que se encontra em estado de terminalidade, tem um sentido muito mais proeminente, pois além de um princípio fundamental, também é uma cláusula geral constitucional de tutela da personalidade, permitindo a utilização dos mais diversos instrumentos jurídicos para a sua proteção. Tendo em vista que não se trata apenas de um valor moral, mas sobretudo um valor espiritual inerente ao homem. A manifestação da dignidade está presente, especialmente em sua autonomia, através de sua independência consciente e responsável.

Em toda essa discussão, não podemos atenuar o mal-estar e o desconforto que a aproximação da morte causa a qualquer pessoa, podemos dizer que a morte é temida, não pelo seu resultado em si, ou seja, o fim, mas pelo que ela traz consigo. Pois na realidade quase todos nós temos pavor que ela seja dolorida, seguida de muito sofrimento, morosa, angustiante e antes dela ocorra uma série de limitações e dependência, haja vista a existência de mecanismos e tecnologias em saúde que prolongam essa vida, mas não vida com qualidade e dignidade, consonante se verifica em Alves (2003):

O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza. Mas a medicina não entende.

Independente da definição de dignidade para o paciente terminal, é certo que a pessoa que se encontra nessa condição não enxerga nenhuma perspectiva de cura. E submeter-se, contra a sua vontade, a tratamentos torturantes, desmedidos, invasivos e sem sentido, é uma ofensa a sua dignidade.

Na verdade, não importa como encaremos essa desconhecida (morte), o certo é que ela sempre está entre nós como uma marca inapagável da condição humana, mostrando a qualquer preço que somos vulneráveis e finitos, sendo vazia a tentativa de fugir dela, pois a única certeza da vida é a morte. Diante dessa certeza, necessário que possamos refletir e encarar a situação como um fato que um dia teremos que enfrentar.

Entretanto, diante do desenvolvimento tecnológico e o avanço da medicina, há um senso comum de que morrer tornou-se injusto, descabido. Devendo utilizar de todos os meios disponíveis para impedir o resultado dessa odisséia, chamada vida. Não se pode negar que esses avanços tecnológicos, especificamente na área da saúde, muito contribuíram para salvar vidas, causando verdadeira revolução na qualidade de vida e longevidade das pessoas.

Todavia, conforme esclarece Kovásk (2009, p. 94) este desenvolvimento pode levar a um dilema, quando se trata de buscar a cura e salvar uma vida, com todo empenho possível, num cenário de missão impossível: manter uma vida na qual a morte já está presente. Logo, essa persistência terapêutica termina por afastar muitas pessoas de uma morte digna.

É notório que o desenvolvimento dos recursos tecnológicos possibilite que pacientes tenham curas de suas enfermidades, permitindo a normalidade do convívio em sociedade, mas também, muitas vezes, posterga o sofrimento de pacientes terminais, empurrando-os para uma vida parcimoniosa, sem perspectivas, longe do acolhimento familiar, impossibilitando-o um fim de vida digno.

Ao se analisar o processo de terminalidade da vida verifica-se que se torna cada vez mais desumano, cruel e solitário e, que a morte foi deslocada do ambiente domiciliar aos hospitais, mais precisamente para dentro de Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Nesse sentido, o que venha a ser vida ou morte boa é uma questão intrínseca de cada indivíduo, evidentemente que essa discussão não é a seara desse estudo, entretanto urge discutir que em determinadas situações reconhecer a condição de terminalidade não é deixar de viver, não é abrir mão da vida, mas sim ter uma posição diferenciada frente ao estado que se encontra a pessoa.

Diante do impasse do viver e morrer, há de ser considerado o direito à morte digna, pois essa também encontra guarida no princípio da dignidade da pessoa humana, alcançando a pessoa os benefícios do respeito as suas integridades (físicas e psíquica), igualdade, liberdade, autonomia e última vontade. Assim, aceitar que o paciente, embora em uma situação de vulnerabilidade física, psicológicas e espirituais tem vontade própria, essa deve ser respeitada na condição *sine qua non* para um processo de morte tranquila.

Nesse seguimento, a autonomia pode ser considerada mais que um princípio, um verdadeiro estatuto bioético, visto que ausente tal princípio, todos os demais estariam mitigados. Em vista disso, a autonomia de um paciente só pode ser respeitada quando qualquer procedimento médico preventivo, diagnóstico ou terapêutico for antecedido por manifestação de vontade, por um consentimento livre e esclarecido desse paciente.

As diretivas antecipadas de vontade permitem que a pessoa declare antecipadamente como se desenvolva o processo de tratamento e registra se permite intervenções clínicas como suporte de vida quando não existem expectativas de recuperação. Possibilitando, ainda, sobre o desejo de receber cuidados e tratamentos paliativos a dor e sintomas desagradáveis. Ressalta-se que nesse processo é importante a comunicação entre paciente e profissional e saúde, devendo este informar e aconselhar adequadamente seus pacientes.

2.3 NORMATIZAÇÃO

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata de ações e serviços de saúde, no Brasil, em seu artigo sétimo, inciso terceiro, elenca a autonomia da vontade do paciente para defesa de sua integridade física e moral.¹

A Resolução nº 1805, de 28 de novembro de 2006, do CFM, logo no seu preâmbulo, permite ao médico limitar ou suspender, na fase terminal de enfermidade graves, tratamentos que prolonguem a vida do doente. Todavia, devem ser mantidos “os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente”. Embora, a referida norma vincula-se apenas a comunidade médica, a aprovação desta resolução foi parar nos tribunais especificamente na 14ª Vara Federal do Distrito Federal, tendo em vista as repercussões sociais de tal norma.²

1 Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

2 O Ministério Público Federal ajuizou ação civil pública, em 9 de maio de 2008, contra o CFM (autos de processo n. 2007.34.00.014809-3) questionando a Resolução 1.805/2006, pois afirma, em

Durante o I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina no ano de 2012 os debates sobre DAV em situações de terminalidade da vida se destacaram. Foi desse encontro que surgiu a exposição de motivos para propositura da Resolução CFM nº 1995/2012. Segundo o relator Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, foram as seguintes as justificativas para elaboração da supracitada resolução: (a) Dificuldade de comunicação do paciente em fim de vida; (b) receptividade dos médicos às diretivas antecipadas de vontade; (c) receptividade dos pacientes; (c) o que dizem o código de ética da Espanha e Portugal; (d) comitês de bioética. Ao analisarmos a exposição de motivos nota-se que o fator principal para regulamentação da DAV não foi abordado no documento, ou seja, deixou de ser considerado a autonomia da vontade do paciente. Todavia, no preâmbulo da referida Resolução foi considerado a relevância da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade. O artigo primeiro da Resolução 1995 do CFM, reconheceu o direito do paciente de manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos e designar representante para tal fim, bem como regulamentou o dever do médico de cumprir a vontade do paciente, definindo diretivas antecipadas de vontade, como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Teixeira (2015, p. 191) aprecia que, conforme expresso na resolução, a autonomia da vontade do paciente está limitada ao Código de Ética Médica, que permite “ao médico respeitar a manifestação e vontade do paciente, até o momento que se caracteriza o risco de morte. A partir de então, o médico tem a obrigação de realizar todos os procedimentos necessários e disponíveis para atendimento do paciente”, conforme estabelece o artigo 2º da Resolução nº 1995, que o médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de ética Médica.

Importante destacar que as diretivas antecipadas de vontade constituem um gênero de manifestação de vontade para tratamento médico, do qual são espécies o testamento vital e o mandato duradouro. Nessa acepção, a referida resolução em seu artigo 2º, parágrafo primeiro, reconhece a distinção entre as espécies, quando estabelece que caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

No testamento vital, a própria pessoa declara a quais tratamentos médicos que deseja ou não para si. No mandato duradouro a pessoa nomeia alguém em quem ela confia para que possa tomar decisões sobre os cuidados médicos nas situações em que não puder exprimir sua vontade.

Caso o paciente não deseje submeter-se a determinados tratamentos e tiver sua autonomia de vontade violada, deverá ingressar com uma ação na justiça com o objetivo de tutelar a sua vontade e o seu desejo de um fim de vida digno respeitados, considerando a irredutibilidade da família em manter o paciente vivo ou a obstinação do corpo médico em proceder com tratamentos que prolonguem o sofrimento inútil pela sua condição física vulnerável. A exemplo de duas ações na Justiça Federal de Goiás e outras três decisões do tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, sendo que em todas as medidas judiciais os hospitais promoveram a demanda judicial, com o propósito de fazer valer o seu direito, haja vista a internação dos pacientes em suas dependências, que quando informado de sua

síntese, que o CFM não tem poder regulamentador para estabelecer como conduta ética uma conduta que é tipificada como crime. Da leitura da decisão que deferiu a antecipação de tutela, constata-se que existe uma confusão entre os conceitos de eutanásia, ortotanásia e suicídio assistido.

condição, manifestaram o desejo de não se submeter a certo tratamento ou procedimento, optando apenas por cuidados paliativos.

Salienta-se que a busca pela via judicial, da chamada chancela do Estado, ocorreu em virtude da necessidade da entidade hospitalar de se prevenir de futuras responsabilizações criminais e administrativas e, conseqüentemente indenização compensatória por parte dos familiares. Como resultado das ações, o paciente teve o reconhecimento do Poder Judiciário das diretivas antecipadas de vontade em respeito à dignidade humana. (MASSAROLI; FABRO, 2017, p. 13).

Insta esclarecer que atender à vontade do paciente terminal, acatando a sua decisão de não querer tratamentos inúteis, invasivos, dado ao seu estado físico, não significa deixá-lo morrer sem os cuidados necessários para alívio do seu sofrimento. Nessa situação o paciente deverá se submeter aos cuidados paliativos que consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, com objetivo da melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

A distinção ética examinada nos cuidados paliativos ocorre quanto à assistência ao indivíduo em seu processo de finitude, objetivando manter sua dignidade e aliviar-lhe o sofrimento e a dor do fim da vida. Nesse panorama bioético, voltada aos cuidados paliativos e aos pacientes sem expectativas de cura, discutem-se a eutanásia, distanásia e a ortotanásia.

Logo, cabe definir as referidas práticas. Assim eutanásia tem por finalidade levar à retirada da vida do indivíduo por considerações tidas como humanísticas; entretanto, é infração ética e conduta ilegal pelo ordenamento jurídico brasileiro. A distanásia busca a salvação da vida a qualquer custo, submetendo pacientes a terapias e tratamentos que não prolongam a vida, mas, sim o processo de morte. A ortotanásia não acelera nem posterga a morte do indivíduo, mas lhe oferece momento natural de partida, considerando a morte como parte do ciclo da vida, assegurando ao paciente o direito de morrer com dignidade. (MARTINI, 2010, p. 332).

3 RESULTA DOS E DISCUSSÕES

Tomou-se por base a utilização do método observacional e indutivo. O método observacional fundamenta-se em procedimentos de natureza sensorial, como produto do processo em que se empenha o pesquisador no mundo dos fenômenos empíricos. (FACHIN, 2006, p. 37). Considerando o método indutivo, o estudo originou-se da observação de relatos de familiares de pacientes oncológicos em estado de terminalidade e a sua vontade de um fim de vida digno, em ambiente familiar. Assim, partiu-se do fenômeno particular para generalização haja a vista a quantidade de óbitos de pacientes acometidos de neoplasia que ocorrem nas dependências dos hospitais.

Visando dar consistência ao referencial teórico, realizou-se uma revisão sistemática de fonte secundária em artigos publicados, revistas e documentos. Foram utilizadas as bases de dados SCIELO, da Revista Bioética, Revista Pensar Direito, Conselho Federal de Medicina, com os seguintes descritores: Diretivas antecipadas de vontade, autonomia da vontade, paciente terminal, princípio da dignidade, cuidados paliativos. Nesse contexto, o estudo baseia-se na descrição apresentada por Vergara (2016, p. 41), que a qualifica em relação a dois aspectos: quanto aos fins e quanto aos meios. Quanto aos fins, em estudo descritivo, porque visa descrever percepções e expectativas sobre o instituto das diretivas antecipadas de vontade. Quanto aos meios em bibliográfica.

Ao discutir as características da pesquisa qualitativa, Creswel (2007, p. 186) esclarece que, na perspectiva qualitativa, o ambiente natural é a fonte direta de dados e o pesquisador, o principal instrumento, sendo que os dados coletados são predominantemente descritivos.

Além disso, o autor salienta que a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto, ou seja, o interesse do pesquisador ao estudar um determinado problema é verificar "como" ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas. Assim, a pesquisa é qualitativa, pois objetiva entender a magnitude da dignidade de um paciente quando em estado terminativo.

Os dados foram levantados com base nas informações disponíveis no site do Ministério da Saúde, referente ao ano de 2017. De acordo com a tabela 1, verifica-se que ocorreram no estado da Paraíba 3773 óbitos decorrentes de neoplasias. Sendo que 2.871 aconteceram nas dependências de hospitais ou de outro estabelecimento de saúde, correspondendo a 76,09 % do total. Apenas 23,90% dos óbitos ocorreram nos domicílios.

Diante desse contexto, de um percentual tão elevado de mortes em unidades hospitalares, é possível que os conhecimentos científicos empregados no sentido de prolongar a vida do paciente, ao invés de trazer-lhe mais qualidade de vida, acabam por violar seu corpo e sua dignidade. Considerando que o tempo de internação mantém o paciente vivo, mas sem possuir mais vida, nesse caso o que se observa é o prolongamento do processo de morte.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde garantiu à toda pessoa o direito da escolha do local de morte, designação de representante e possibilidade de recusa de tratamento.

TABELA 1 – MORTALIDADE POR NEOPLASIA NA PARAÍBA EM 2017

Hospitais	Outros Estabelecimentos de Saúde	Domicílio	Total
2841	30	902	3773
75,29817122%	0,795123244 %	23,90670554 %	100%

FONTE: A autora (2019), a partir de dados do portal do Ministério da saúde DATASUS.

Os dados não indicam se os pacientes desejaram ou não está em hospitais ou em seu lar quando a morte chegou, mas reflete a realidade do lugar em que se deu a morte. Busca-se defender o direito de escolha prévia de qualquer pessoa de opinar sobre a validade do prolongamento de suas vidas inviáveis, em situações artificiais irreversíveis, quando o indivíduo estiver inconsciente.

A estatística apresentada não pode ser ignorada, a considerar que em pesquisa realizada no Hospital Santa Terezinha (HUST) em Joaçaba, Santa Catarina, em 2014, 82% (oitenta e dois por centos) dos participantes declararam que gostariam de receber os cuidados paliativos em casa. (COMIN *et al.*, 2017, p. 25). Os resultados confirmaram que há quase total anuência sobre o melhor lugar para alguém estar nos seus últimos dias de vida, ou seja, em seu lar, próximo de seus entes queridos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou contextualizar a autonomia da vontade do paciente terminal em estado terminativo, a partir do ordenamento jurídico brasileiro, sobre a ótica do princípio constitucional da dignidade e princípio da autonomia da vontade.

Procurou-se evidenciar a relevância da regulamentação das diretivas antecipadas de vontade diante da ausência de lei no ordenamento jurídico pátrio que, garanta de forma antecipada a feitura de documento legal, lavrado por escritura pública. O referido instituto visa tutelar a vontade do paciente quando, este encontra-se em situação de terminalidade e, não for apto para exprimir a sua vontade, haja vista o seu estado de inconsciência. Permitindo a proteção da autonomia da vontade do paciente terminal, propiciando humanização no seu tratamento, bem como servindo como meio para enfrentar problemas éticos.

Nessa perspectiva, conclui-se que a temática com foco na realidade brasileira requer maiores debates, a julgar que as diretivas antecipadas de vontade, na atualidade, são ancorada

na Resolução nº 1995 do CRM, possuindo força normativa entre os médicos, não regulamentando particularidades imprescindíveis ao instituto como a forma de formalização, a capacidade dos intervenientes.

A depender do caso concreto, a comunidade médica ou a família buscará a via judicial a fim de impedir que a vontade do paciente seja atendida, conseqüentemente que a sua dignidade seja respeitada.

Entretanto, o direito à morte digna está garantido constitucionalmente pelo princípio da dignidade da pessoa, da autonomia da vontade, contudo urge que a família e a comunidade médica aceite e atenda à vontade do paciente de submissão a tratamentos e não tratamentos aos quais gostaria de passar, se em estado de terminalidade.

Por último, diante o exposto, entende-se que o debate sobre as diretivas antecipadas de vontade deve ser amplo, no legislativo, na academia e na sociedade, pois é fundamental a garantia do respeito à dignidade, à autodeterminação das pessoas durante toda a vida e até no fim dela, caso lhe convenha. Assim, espera-se que o Projeto de Lei nº 149 seja amplamente debatido e que, a sociedade participe de forma veemente da discussão sobre a regulamentação das diretivas antecipadas de vontade, a fim de evitar contestação e assegurar a eficácia do instituto no território brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALVES, Rubens. 2003. **Sobre a morte e o morrer**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1210200309.htm>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional n. 102/2019. Senado Federal. Brasília (DF), 2019.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília (DF), 20 de setembro de 1990.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1805, de 28 de novembro de 2006. Dispõe :Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Acesso em: 20 nov. 2019.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Seção 1. P. 269-270. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf. Acesso em: 20 nov. de 2019.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2217/20181, de 1º de novembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1º de

novembro de 2018, Seção I, p. 179 Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp> . Acesso em: 05 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 3. ed., Série E. **Legislação de Saúde**. Brasília (DF), 2011. Disponível em :
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 25 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília (DF), 23 de novembro de 2018.

COMIN, Lauren; et al. Percepção dos pacientes oncológicos sobre o fim da vida. **Revista Bioética**. Disponível em:
<file:///D:/TCC/Percepção%20do%20paciente%20oncologico%20sobre%20terminalidade%20da%20vida.pdf>.. Acesso em: 25 nov. 2019.

CORREA, Leonardo; Carvalho Carla. Diretivas Antecipadas de Vontade no Direito Comparado. **Revista Pensar Direito**, Vol. 7, No.2, JUL/2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032013000400007. Acesso em: 10 out. 2019.

CRESWEL, J. W. **Projeto de pesquisa**: método qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000125&pid=S0103-2003201300040000. Acesso em: 22 nov. 2019.

DADALTO L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética** (2013). Disponível: <https://bit.ly/2JQ0dC3y>. Acesso em: 05 nov. 19.

INFORMAÇÕES DE SAÚDE. (TABNET). Estatísticas Vitais. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>. Acesso em: 23 nov. 2019.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**; tradução de Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2002.

KNOVÁSC, MJ. Pesquisa com Pacientes Gravemente Enfermos: autonomia, riscos, benefícios e dignidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 1, n.2, p. 17, 2009.

_____. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, vol. 22, n.1, p. 94, 2014.

KUTNER, Luis. Due process of eutanásia: the living will, a proposal. Indiana Law Journal, Bloomington, v. 44, p. 539-559, 1969: In CORREA, Leonardo Gomes; CARVALHO, Carla Vasconcelos. Diretivas antecipadas de vontade no Brasil e no Direito Comparado. **Revista Pensar Direito**. Vol. 7, nº 2, JUL/ 2016. Disponível em:
http://revistapensar.com.br/direito/pasta_upload/artigos/a270.pdf. Acesso em: 05 nov. 19.

MARTINI, Miguel. Ortotanásia, sim; eutanásia, não. **Revista Jurídica Consulex**. V. 332, n. 19, p. 33-4, 2010.

MASSAROLI, Fábio; FABRO, Roni. **A diretivas antecipadas de vontade na jurisprudência brasileira**. Disponível em: <http://D:/TCC/As%20diretivas%20antecipadas%20de%20vontade%20e%20a%20jurisprudencia%20brasileira.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

SILVA, RS; Amaral JB; Malagutti W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013.

TEIXEIRA, Angela T. Terminalidade da vida – aspectos jurídicos. In: GIMENES, Antonio Cantero *et al.* (Eds.). **Dilemas acerca da vida humana: interfaces entre a bioética e o biodireito. Série Hospital do Coração-HCor**. São Paulo: Atheneu, 2015. Disponível em: <file:///D:/TCC/O%20testamento%20vital%20diante%20do%20direito%20à%20vida.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 16. ed., São Paulo: Atlas, 2016.

AGRADECIMENTOS

À professora Railda Shelsea, do Departamento de Fisioterapia da UEPB, pelo convite para participar como aluna extensionista no Projeto Abordagem Transdisciplinar do Paciente Oncológico.

À professora Aureci Gonzaga Farias pela disponibilidade em auxiliar-me sempre que precisei.

Ao professor Francisco Brito pelo conhecimento compartilhado.

Ao meu esposo Luiz Carlos por me apoiar nos meus projetos e estar a meu lado contribuindo para o meu crescimento profissional.

Aos meus filhos Lucas e Lara por compreenderem o meu estresse entre faculdade e trabalho e nunca reclamarem da minha ausência.

Aos colegas Plínio, Francisco Tadeu e Juliana, participantes do G10, grupo inseparável de todas as atividades realizadas durante os cinco anos de curso.

Ao colega Adilson Barros pelo apoio e auxílio durante o processo de formação.

Ao Grupo de Apoio ao Paciente Oncológico, GAPO, que possibilitou o contato com tantas histórias de superação.

À minha filha Lara pela contribuição na organização desse Artigo.