

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

MILLA CANCIAN E OLIVEIRA FERNANDES

CUIDADOS PALIATIVOS: UMA RESPOSTA À RECUSA DE TRATAMENTO

São Paulo

2023

MILLA CANCIAN E OLIVEIRA FERNANDES

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para
obtenção do título de Bacharel no
Curso de Direito da Universidade
Presbiteriana Mackenzie.

ORIENTADORA: LIA CRISTINA CAMPOS PIERSON

São Paulo
2023

MILLA CANCIAN E OLIVEIRA FERNANDES

CUIDADOS PALIATIVOS: UMA RESPOSTA À RECUSA DE TRATAMENTO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito para
obtenção do título de Bacharel no
Curso de Direito da Universidade
Presbiteriana Mackenzie.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Ms. Lia Cristina Campos Pierson

Examinador(a): Profa. Martha Solange Scherer Saad

Examinador: Prof. Dr. Rodrigo Amaral Paula de Méo

CUIDADOS PALIATIVOS: UMA RESPOSTA À RECUSA DE TRATAMENTO

Milla Cancian e Oliveira Fernandes

Resumo:

Os serviços de saúde atualmente enfrentam desafios inter-relacionados pelas próprias características das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), isto porque a compreensão da morte e a recusa de tratamento vêm sendo discutidos pela literatura. Nesse cenário, reconhecendo os Cuidados Paliativos como medida intimamente ligada ao bem estar do enfermo e de seus pacientes, o presente trabalho visa entender os pontos divergentes acerca da temática abordada a fim de responder ao seguinte se: os Cuidados Paliativos (CP) são considerados como uma resposta a recusa de tratamento ou a sua perpetuação e discutir acerca da importância dos Cuidados Paliativos como uma ferramenta ligada a garantia da dignidade humana, bem como compreender os aspectos históricos, jurídicos e sociais ligados a esses tratamentos e entender os aspectos gerais ligados à recusa de tratamento. Assim, a partir de pesquisa bibliográfica e documental, partindo de uma metodologia de abordagem qualitativa, o presente artigo consegue concluir que o acesso aos cuidados paliativos representa a forma mais abrangente, eficaz e garantidora do respeito à morte digna tanto no âmbito dos Direitos Humanos, da Bioética como da Ética Médica, sendo esse uma resposta eficaz para a recusa de tratamento.

Palavras Chaves: Cuidados Paliativos; Recusa de Tratamento; Dignidade da Pessoa Humana.

Abstract:

Health services currently face interrelated challenges due to the characteristics of Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs), this is because the understanding of death and refusal of treatment have been discussed in the literature. In this scenario, recognizing Palliative Care as a measure closely linked to the well-being of the sick and their patients, the present work aims to understand the divergent points about the theme addressed in order to answer the following if: Palliative Care (PC) is considered as a response to the refusal of treatment or its perpetuation and discuss the importance of Palliative Care as a tool linked to the guarantee of human health, as well as understanding the historical, legal and social aspects linked to these treatments and understanding the general aspects linked to the refusal of treatment treatments. Thus, based on bibliographic and documentary research, based on a qualitative approach methodology, this article was able to conclude that access to palliative care represents the most comprehensive, effective and guaranteeing respect for dignified death both in the scope of Human Rights, Bioethics and Medical Ethics, which is an effective response to treatment refusal.

Key words: Palliative care; Refusal of Treatment; Dignity of human person.

Sumário: 1. Introdução. 2. Cuidados Paliativos. 2.1. Conceituação do Termo. 2.2. Evolução Histórica dos Cuidados Paliativos. 2.3. Relação dos Cuidados Paliativos com o bem-estar social. 2.4. Princípio da autonomia relacionado aos CP. 2.5. Aspectos Práticos dos CP. 2.6. A relação da ortotanásia com os CP. 3. Atos normativos relacionados aos cuidados paliativos. 3.1. O Programa Nacional de Assistência à dor e cuidados paliativos. 3.2. Resoluções do Conselho Federal de Medicina. 3.3. Portaria nº 874/2013. 3.4. Resolução nº 41, de 2008, do Ministério da Saúde. 4. Recusa de Tratamento. 4.1. Aspectos Gerais da recusa de tratamento. 4.2. Princípio

da Autonomia ao conceito da recusa de tratamento. 4.3. Os cuidados paliativos como resposta a recusa de tratamento. 5. Considerações Finais. 6. Referências Bibliográficas.

1. Introdução

A partir da metade do século XX a ciência e os meios tecnológicos ligados à área da saúde passaram por uma evolução significativa, o que contribuiu para o aumento da expectativa de vida da população mundial e, conseqüentemente, elevou o número de idosos na sociedade. Nesse contexto, como um reflexo do aumento da expectativa de vida populacional ocorreu o surgimento de diversas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo essas doenças consideradas como um problema de grandes proporções para os sistemas de saúde pública em todo o mundo.(GOULART, 2011).

Sob essa ótica, os serviços de saúde enfrentam desafios inter-relacionados pelas próprias características das DCNT, tais como a etiologia múltipla, curso prolongado, associação a deficiências, períodos de latência e incapacidades funcionais, culminando na impossibilidade da completa definição de sua causa, dada a dificuldade de se entender o seu diagnóstico (TAVARES *et al.*, 2013).

Nesse cenário, a compreensão da morte e a recusa de tratamento vêm sendo discutidos pela literatura, nos últimos anos, isso porque, tendo em vista que os Cuidados Paliativos (CP) se mostram como uma alternativa para se reconhecer a vida e admitir o morrer como um processo normal, há diversas discussões sobre a utilização desses CP como uma resposta à recusa de tratamento.

Dessa forma, o presente trabalho visa entender os pontos divergentes acerca da temática abordada a fim de responder ao seguinte questionamento: os Cuidados Paliativos (CP) são considerados como uma resposta à recusa de tratamento?

É evidente que os CP visam proporcionar uma morte digna, sendo a última opção de tratamento de uma doença que não pode ser debelada e tem o objetivo de deixar o paciente confortável, ao passo que a recusa de tratamento se mostra como uma opção do paciente em escolher não realizar determinado tratamento, aqueles são vistos muitas vezes como ferramenta ímpar para proporcionar a dignidade humana aos enfermos.

Sendo assim, o presente trabalho tem como enfoque a discussão acerca da importância dos Cuidados Paliativos como uma ferramenta ligada à garantia da dignidade humana, bem

como compreender os aspectos históricos, jurídicos e sociais ligados a esses tratamentos e entender os aspectos gerais ligados a recusa de tratamentos.

Reconhecendo os Cuidados Paliativos como medida intimamente ligada ao bem estar do enfermo e de seus pacientes, a compreensão do tema se mostra relevante não só para o campo acadêmico, mas também para a sociedade em geral, visto que a morte é uma fase ligada ao processo de viver, de forma que compreender as opções dos enfermos em estágio terminal é de suma importância para eles e para seus familiares.

A partir do método de abordagem qualitativa, que buscará trabalhar significados, ideias e características relacionados à temática, utilizar-se-á da modalidade de pesquisa bibliográfica, de modo que se constitua uma base teórica sobre o tema, o presente artigo baseará a sua metodologia. Assim, a base de estudos estruturou-se em uma seleção de leituras, que abarcou o conteúdo de artigos, livros e textos científicos publicados, sendo utilizado os descritores “cuidados paliativos”, “recusa ao tratamento” e “dignidade da pessoa humana”, para a busca de obras ligadas ao tema, nas plataformas Google Acadêmico e Scielo.

Isto posto, o presente artigo, além dos itens destinados para a introdução e considerações finais, será dividido em 04 (quatro) partes, nas quais trará uma breve contextualização acerca dos Cuidados Paliativos, passando por sua conceituação, evolução histórica, relação dos CP com o bem-estar social e com o princípio da autonomia e os aspectos práticos ligados aos Cuidados Paliativos. O item subsequente abordará os atos normativos relacionados aos Cuidados Paliativos, passando a abordar o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina, a Portaria nº 874/2013 e a Resolução nº 41/2018.

No que concerne ao item número quatro, este abordará a recusa de tratamento, trazendo aspectos gerais sobre o tema, bem como realizará uma correlação deste com o princípio da autonomia. Por fim, o quinto item será destinado a abordagem da temática central do presente trabalho, de modo que traga uma discussão acerca dos Cuidados Paliativos como uma resposta a recusa de tratamento.

2. Cuidados Paliativos

2.1 Conceituação do termo

O vocábulo paliativo é derivado do latim *pallium*, que nomeia o manto usado pelos cavaleiros das Cruzadas para se protegerem das tempestades no caminho. A terminologia

denota, então, a ideia principal dessa abordagem que é cobrir, proteger e amparar. (COLLI, 2020). Sendo a sua concepção vinculada ao movimento *hospice*, que foi iniciado por Cecily Saunders, dado que ela propôs a filosofia do cuidado da pessoa que está próxima à morte, a fim de abrandar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com a finalidade exclusiva de cuidar (PESSINI; BERTACHINI, 2011).

Para Saunders (*apud*, PESSINI e BERTACHINI, 2005):

Os cuidados paliativos se iniciam a partir do entendimento de que cada paciente tem sua própria história, relacionamentos, cultura e que merece respeito como um ser único e original. Esse respeito inclui proporcionar o melhor cuidado médico disponível e disponibilizar a ele as conquistas das últimas décadas, de forma que todos tenham chance de viver bem o seu tempo.

É certo que não há uma definição única globalmente unificada sobre cuidados paliativos, em parte devido às diferenças nos serviços oferecidos em vários países. Isso se dá tanto pelas necessidades específicas quanto pelos interesses dos pioneiros locais. Assim, ao designar um tipo de cuidado ou tratamento, que não visa a cura de uma doença, mas sim mitigar o sofrimento causado por ela, o termo paliativo tem atualmente, o mesmo sentido de proteção que adquiriu em tempos remotos (MORAES, 2010).

Apesar da falta de uma definição unitária acerca do tema, importante ressaltar que, para fins globais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define que os cuidados paliativos é uma abordagem voltada para o aprimoramento da qualidade de vida, seja dos pacientes, seja de seus familiares, no contexto de enfrentamento de problemas associados a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, que ocorre com a identificação precoce da condição de saúde, a avaliação correta e o tratamento da dor e de outros aspectos de ordem psicossocial, espiritual e física. (OMS, 2002).

Para Pessini (2005):

Os cuidados paliativos não dizem respeito primordialmente a cuidados institucionais, mas constituem-se fundamentalmente de uma filosofia de cuidados que pode ser utilizada em diferentes contextos e instituições, ou seja, no domicílio da pessoa portadora de doença crônico-degenerativa ou em fase terminal, na instituição de saúde onde está internada ou no hospice, uma unidade específica dentro da instituição de saúde destinada exclusivamente a essa finalidade.

Sob essa ótica, Silva e Sudigursky (2008) lecionam que os cuidados paliativos não se tratam da desistência ou do investimento de técnicas voltadas à ampliação do tempo de vida do doente, mas sim de zelar pelo conforto e bem-estar do paciente, de forma complementar a terapêutica tradicional, bem indicada para àqueles portadores de doenças ameaçadoras de vida;

tais como o câncer, sendo definido como o conhecimento prático em saúde e habilidade prática para melhorar o controle de sintomas.

2.2 Evolução histórica dos cuidados paliativos

Historiadores consideram que a filosofia paliativista, no sentido de oferecer proteção e hospitalidade a peregrinos, tenha surgido na antiguidade. Tendo a mesma avançado pela Europa, durante a idade média, por meio de abrigos denominados *hospices*, instalados dentro de mosteiros, para o acolhimento de cristãos em peregrinação, mulheres em trabalho de parto órfãos e leprosos, visando mais o alívio do sofrimento do que ao tratamento e cura de doenças. Sendo os primeiros registros de instituições nesse molde, as Confrarias da caridade, fundadas pelo sacerdote católico francês, Vicente de Paulo, ainda no século XVII. (CARVALHO; PERINA, 2004).

Para mais, os registros históricos informam que a partir do século XIX, os *hospices* ligados a organizações religiosas se expandiram e o tipo de acolhimento de cuidados que essas instituições ofereciam foi adotado e ampliado pelo movimento de *Hospice* Moderno, modelo de atenção que atualmente é denominado como Cuidados Paliativos (CP), que começou a ser difundido como prática na área da saúde pela pioneira Cicely Saunders, no Reino Unido, na década de 1960. (CAPELAS, 2014).

O movimento de *Hospice* Moderno teve grande influência para a assistência humanizada ao paciente que sofre de doença incurável, por meio de um conjunto de ações interdisciplinares, que visam o conforto e bem estar de seus pacientes e de seus familiares, em todos os estágios de doença até o período de luto. (CAPELAS, 2014).

A partir da influência sofrida pelo movimento supracitado, os CP surgiram como prática na área da saúde na década de 1960, dedicados ao trabalho para alívio do sofrimento humano. Em 1967, Cicely Saunders fundou o St. Christophers Hospice, em Londres, sendo o primeiro centro médico voltado ao oferecimento de cuidados integrais aos pacientes, controlando sintomas, aliviando suas dores e sofrimentos, não apenas físicos como também psicológicos. (VIEIRA *et al.*, 2011).

Na década de 1970, Elisabeth Kübler-Ross, uma psiquiatra suíça, trouxe esse movimento para a América. Em 1974, foi fundado um *hospice* nos Estados Unidos e, a partir daí, essa abordagem de cuidado passou a ser disseminada em diversos países. (VIEIRA *et al.*, 2011).

No Brasil, os cuidados paliativos surgiram no final da década de 1980, quando o sistema

de saúde, ainda era centrado em um modelo hospitalocêntrico e o ensino da faculdade de medicina era focado em um modelo biológico (MORAIS, 2010). Existindo atualmente no país, cerca de 26 serviços de CP, sendo que muitos desses centros, inicialmente, focavam no manejo da dor e posteriormente se tornaram centros especializados em Cuidados Paliativos.

Passando a analisar de forma sistemática a evolução dos cuidados paliativos, destacam-se os seguintes acontecimentos: o relato da utilização de cuidados paliativos a viajantes, no Hospício do Porto em Roma, Itália, do século V; o registro de *hospice*, no L'Association des Dames du Calvaire, em Lyon, França, em 1842; a inauguração do St Luke's Home for Dying Poor, em 1893, em Londres, primeiro *Hospice* estabelecido por um médico; a congregação Sisters of Charity funda o St Joseph's Hospice, em 1905; a fundação do St. Christopher's Hospice, em Londres, por Cicely Saunders, em 1967; a inauguração do primeiro hospice norte-americano, em Connecticut, nos Estados Unidos.

2.3 Relação dos Cuidados Paliativos com o bem-estar social

O cuidar é essencial para a construção da saúde, pois exercita a capacidade de imaginar e participar de um mundo mais digno, sendo um grande desafio dos profissionais de saúde, visto que é necessário atuar de forma integrada sobre suas dores e sofrimentos nos níveis físico, mental, social e espiritual, com tecnociência e capacidade humana. (OMS, 2014).

Nas palavras de Pessini (2009):

[...] Embora a dor física seja a fonte mais comum de sofrimento, a dor no processo de morrer vai além do físico, tendo conotações culturais, subjetivas, sociais, psíquicas e éticas. Portanto, lidar efetivamente com a dor em todas as suas formas é algo crítico e de suma importância para um cuidado digno dos que estão morrendo. O sofrimento é muito mais vasto, mais global, isto é, existencial.

Dessa forma, é benéfico para a saúde e bem estar do paciente e de sua família; a comunicação entre o enfermo e o seu ciclo social, dado que pacientes que têm seus sintomas controlados e são capazes de comunicar as suas necessidades emocionais apresentam uma melhor qualidade de vida. Sob esse contexto, os cuidados paliativos apresentam-se como aqueles que são iniciados no momento do diagnóstico de uma doença incurável ameaçadora de vida, sendo realizado por uma equipe de cuidados paliativos, que visa auxiliar o enfermo e sua família a se prepararem para as mudanças físicas e psicológicas, que podem ocorrer perto do fim da vida do paciente, bem como gerenciar, de forma adequada, essa fase do tratamento. (VIEIRA *et al.*, 2011).

À vista disso, a medicina paliativa visa atuar no controle da dor e promover o alívio dos

demais sintomas que os pacientes possam apresentar. (SILVA, 2008). Assim, o cuidado paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida. O que não significa banalizar a morte e nem deixar de lutar pela existência física.

Assim, considerando a perspectiva mais ampla do cuidado a pacientes em cuidados paliativos, a presença de um cuidador se faz mister. Isto porque, é comum existir o temor por presenciar um ente querido em sofrimento e o sentimento de impotência, o que pode gerar um distanciamento da família e amigos dos enfermos, principalmente, no que diz respeito a pacientes em fase terminal, motivo pelo qual o suporte da equipe multiprofissional de cuidado paliativo é fundamental para gerar o bem estar social do paciente e daqueles que participam de seu ciclo social. (KOVÁCS,2014).

Conforme leciona Klübler-Ross (1981), “Se não levarmos em conta a família do paciente terminal, não poderemos ajudá-lo com eficácia, os familiares desempenham um papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente”.

Desse modo, a literatura instrui que os cuidados paliativos se centram na qualidade e não na duração da vida, os quais oferecem assistência humana e compassiva para os pacientes que se encontram nas últimas fases de uma doença que não pode mais ser curada para que possam viver o mais confortavelmente possível e com a máxima qualidade. (SILVA, 2008).

2.4 Princípio da autonomia relacionado aos CP

A bioética tem como objetivo auxiliar na reflexão de dilemas morais que surgem na atenção individual de pacientes, bem como na tomada de decisões dos médicos, diante de situações conflituosas. Sendo um de seus princípios o da autonomia da vontade do paciente, princípio este que o paciente decide com quais procedimentos ele está de acordo ou não, ou seja, ele tem o direito de decidir sobre o seu tratamento. (MATSUMOTO, 2012).

Isto posto, para se compreender os Cuidados Paliativos, torna-se necessário compreender que estes passam pela etimologia da palavra autonomia, termo que deriva do grego *auto*, que significa próprio, e *nomos*, que significa lei ou regra, exprimindo originariamente a ideia de autogoverno, o qual, aplicado à pessoa, remete à perspectiva de autodeterminação para a tomada de decisões acerca da própria vida, incluindo dimensões como a saúde, a integridade psicofísica e as relações sociais. (CHRISTENSEN, 2012).

Assim, entende-se que ser autônomo é ter liberdade de pensamento, ser livre de influências internas ou externas para optar entre as alternativas que lhe são apresentadas

(CHRISTENSEN, 2012). Razão pela qual, no que concerne a aplicação desse princípio aos tratamentos de pacientes terminais, torna-se necessário fazer breves comentários sobre eutanásia, ortotanásia e distanásia.

Ao passo que a eutanásia, está intimamente ligada a expressão boa morte, sendo conceituada como a prática destinada a evitar que o sofrimento do paciente se prolongue até a sua morte, a distanásia, é definida como a prática, que o cuidado paliativo, mais busca evitar, que se refere a obstinação terapêutica, que visa retardar a morte inevitável; já ortotanásia, refere-se a morte em seu processo natural, em que o paciente recebe apenas tratamento para eliminar ou diminuir suas dores e sofrimento. (MORAIS, 2010).

Nesse contexto, os cuidados paliativos estão ligados ao princípio da autonomia em decorrência, daqueles que se apresentam como uma nova forma de encarar o morrer e o poder de escolha do paciente fora da possibilidade de cura; transformando o paciente em agente ativo no seu tratamento, no qual não se posterga ou acelera a morte do doente, mas lhe concede a oportunidade de morrer de forma natural, assegurando a ele o direito de morrer com dignidade. (PAIVA, 2014).

2.5 Aspectos práticos dos CP

Os cuidados paliativos não se baseiam em protocolos, mas em nove princípios, estes foram definidos pela Organização Mundial da Saúde. Sendo eles: a promoção do alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; a afirmação da vida e a consideração da morte como um processo normal da vida; a não aceleração e nem adiamento da morte; a integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; o oferecimento de um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; o oferecimento do sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; a abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; a melhoria da qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; e o início precoce, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes. (MATSUMOTO, 2012).

No que concerne ao princípio da promoção ao alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, Matsumoto (2012), salienta que este se refere ao conhecimento específico acerca da prescrição de medicamentos, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos

aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam o sintoma total, plagiando o conceito de dor absoluta, que se refere à dor integral- física, psíquica e espiritual.

Em relação a afirmação da vida e a consideração da morte como um processo normal da vida, os Cuidados Paliativos resgataram a “possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida.” (MATSUMOTO, 2012).

O princípio de não acelerar e nem adiar a morte, enfatiza que os CP não se relacionam com eutanásia, mas sim a realização de um diagnóstico objetivo e embasado, de modo que ao se compreender a história natural da doença, propiciasse o acompanhamento ativo, respeitoso e acolhedor, de forma empática com o paciente e seus familiares. (MATSUMOTO, 2012).

Acerca do quarto princípio, o qual se relaciona com a integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, Matsumoto (2012) dispõe que:

A doença, principalmente aquela que ameaça a continuidade da vida, costuma trazer uma série de perdas, com as quais o paciente e família são obrigados a conviver, quase sempre sem estarem preparados para isto. As perdas da autonomia, da autoimagem, da segurança, da capacidade física, do respeito, sem falar das perdas concretas, materiais, como de emprego, de poder aquisitivo e conseqüentemente de status social, podem trazer angústia, depressão e desesperança, interferindo objetivamente na evolução da doença, na intensidade e frequência dos sintomas que podem apresentar maior dificuldade de controle. A abordagem desses aspectos sob a ótica da psicologia se faz fundamental.

O princípio do oferecimento de um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte, dispõe que este se relaciona com a “qualidade de vida e bem-estar implicam a observância de vários aspectos da vida” (MATSUMOTO, 2012).a

O oferecimento do sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto, princípio de número 6, segundo Matsumoto (2012), é de suma importância para aplicabilidade dos Cuidados Paliativos, dado que:

A família, tanto a biológica como a adquirida (amigos, parceiros etc.), pode e deve ser nossa parceira e colaboradora. Essas pessoas conhecem melhor do que nós o paciente, suas necessidades, suas peculiaridades, seus desejos e angústias, muitas vezes não verbalizados pelo próprio paciente. Da mesma forma, essas pessoas também sofrem e seu sofrimento deve ser acolhido e paliado.

A abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto, princípio de número 7, é relacionada com a utilização de múltiplos olhares junto da percepção individual, tornando os Cuidados Paliativos

mais abrangentes (MATSUMOTO, 2012).

O princípio de número 8, que se relaciona com a melhoria da qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença, está ligado a abordagem *holística* dado que para Matsumoto (2012):

Uma abordagem precoce também permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes à doença de base, além de propiciar o diagnóstico e tratamento adequados de doenças que possam cursar paralelamente à doença principal. Uma boa avaliação embasada nos exames necessários, além da definição da capacidade funcional do paciente são indispensáveis para a elaboração de um plano integral de cuidados, adequado a cada caso e adaptado a cada momento da evolução da doença.

Ao se analisar os princípios ligados aos Cuidados Paliativos, estes mostraram-se ser de suma importância para a compreensão deste instituto, sendo imprescindível para que se pondere os atos normativos relacionados a essa temática.

2.6 A relação da ortotanásia com os CP

Villas-Bôas (2008) diz que a ortotanásia:

tem seu nome proveniente dos radicais gregos: *orthos* (reto e correto) e *thanatos* (morte). Indica, então, a morte a seu tempo, correto, nem antes nem depois. Na ortotanásia, o médico não interfere no momento do desfecho letal, nem para antecipá-lo nem para adiá-lo. Diz-se que não há encurtamento do período vital, uma vez que já se encontra em inevitável esgotamento. Também não se recorre a medidas que, sem terem o condão de reverter o quadro terminal, apenas resultariam em prolongar o processo de sofrer e morrer para o paciente e sua família. Mantêm-se os cuidados básicos.

Para Roxin (2020) o senso comum entende a ortotanásia como eutanásia passiva, dado que enquanto na eutanásia passiva a morte ocorre antes do tempo, através da omissão voltada para impedir a prolongação da vida de um paciente, na ortotanásia há a supressão de um cuidado fútil, o qual prolongaria apenas o sofrimento de um paciente terminal.

Nesse cenário, para Borges (2015):

Em outras palavras, a ortotanásia caracteriza-se pela omissão na manutenção da vida por mecanismos que a prolongam de maneira artificial e fútil, atitude cuja prática recai exclusivamente sobre a figura do médico. Entendida por alguns autores como “eutanásia passiva”, a ortotanásia qualifica-se pela suspensão de um tratamento já existente ou pela não iniciação de tratamento em razão de uma enfermidade ou complicação intercorrente.

Assim, a ortotanásia não se define pela interferência humana no processo de morte, mas sim a legitimidade da aceitação da inexistência da reversão do quadro clínico, de modo que não se demonstra aqui uma afronta à inviolabilidade da vida, já que o direito de escolha acerca do paciente se submeter ou não ao tratamento é assegurado como uma garantia constitucional de

liberdade. (DIAS, 2013).

Desse modo, Melo (2019):

[...] os cuidados paliativos representam com muita perspicácia a ortotanásia, e são o grande alicerce sobre o qual o Testamento Vital deve ser construído. Como sinônimo de efetiva qualidade de vida, eles vêm sendo empregados na atualidade de maneira crescente, não no sentido de apressar ou postergar a morte, e sim na tentativa de proporcionar ao paciente enfermo, durante a vida que lhe resta, uma morte plena de sentido, compatível com sua biografia e notória vontade (em termos médicos, denominada kalotanásia).

Acerca dessa relação, o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, a partir do precedente da decisão da Apelação Cível de nº. 70054988266, entendeu que:

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. (AC Nº 70054988266. TJRS.PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL. RELATOR. DES. LUIZ FELIPE SILVEIRA DIFINI. DJ: 2013). **(GRIFOS NOSSOS).**

Desse modo, a ortotanásia em conjunto com os Cuidados Paliativos, se mostra como um método voltado para compreender a morte como controle da dor e dos sintomas físicos e psíquicos, voltados para questões relativas às dimensões espirituais e sociais, tendo esta um caráter multidisciplinar, visando oferecer à família na preparação do luto antecipatório e no pós-óbito, pelo que se rotula como uma maneira de profundo respeito à dignidade do paciente.

3. Atos Normativos Relacionados Aos Cuidados Paliativos

3.1 O Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 19, de janeiro de 2002, instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, tendo esses como objetivos gerais:

a - articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e cuidados paliativos; b - estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada; c - articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos; d - desenvolver esforços no sentido de organizar a captação e disseminação de informações que sejam relevantes, para profissionais de saúde, pacientes, familiares e população em geral, relativas, dentre outras, à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais, cuidados paliativos, pesquisas, novos métodos de diagnóstico e tratamento, avanços tecnológicos, aspectos técnicos e éticos; e - 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 como matéria (BRASIL, 2012).

Os objetivos supracitados mostram-se como um marco nos estudos e ações acerca do PNADCP, ressaltando a necessidade de preparo adequado a equipes, sendo a criação de serviços relevantes e articulados entre eles. (ANDRADE, 2007). Dessa forma, a portaria visa traçar ações compatíveis com o programa e trazer informações adequadas à população e serviço de saúde (ANDRADE, 2007).

Em complementação a portaria supramencionada, desde a sua gênese vem sendo complementada a partir de outros objetivos, que visam promover ações de controle da dor, tais como, a inclusão de medicamentos adequados para a dispensação via Sistema Único de Saúde (SUS), visando garantir acesso à população a medicamentos, consoante Resolução nº 202, de 2002, da ANVISA, e a criação de Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), com a portaria SAS/MS nº 741, de 2005.

3.2 Resoluções do Conselho Federal de Medicina

O código de ética médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) incorpora como norma deontológica a obrigação de todo médico oferecer todos os Cuidados Paliativos aos pacientes portadores de enfermidades terminais, ao mesmo tempo em que veda ao profissional a prática da obstinação terapêutica.

No Brasil, o termo utilizado e aprovado recentemente pelo Conselho Federal de Medicina

(CFM), por meio da Resolução nº 1.995, de 1912, é o das DAV (diretivas antecipadas de vontade) entendidas como o conjunto de desejos manifestados previamente pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. (CFM, 1912).

Assim, a Resolução supracitada reconheceu o direito do paciente de recusar tratamentos fúteis, ou seja, aqueles tratamentos que visam apenas a prolongar sua vida biológica, sem garantir sua qualidade. Acrescentando ao que dispõe a Resolução nº 1.995/12, a Resolução nº 1805, de 2006, do CFM, dispõe sobre a atuação do médico junto a pacientes terminais.

Em 2010, incluiu-se os Cuidados Paliativos ao código de Ética Médica e em 2011 estabeleceu a Medicina Paliativa como área de atuação, através da Resolução 1973. Já em 2012, foi publicado a Resolução nº 1995, que regulamentou as Diretrizes Antecipadas de Vontade, sendo esta substituída pela Resolução nº 2232, de 2019, do CFM, a qual dispôs que as diretivas antecipadas de vontade, essa nova resolução pode ser considerada como recusa terapêutica. (CFM, 2019).

Apesar de existirem condições para que isso aconteça, estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico paciente. Essa resolução não resolve o assunto, muito pelo contrário gera mais questões acerca do tema, e se volta para os interesses profissionais do médico. (CFM, 2019).

A Resolução nº 1805, de 2006, do CFM, sendo publicada a fim de normatizar a prática de cuidados paliativos. Contudo, o código de ética médica de 2018 é contraditório, dado que em seu artigo 41, é disposto que o médico não deve considerar a vontade do paciente ou do seu representante legal se estiver em caso iminente de morte e se não estiver nessa circunstância deve-se optar por cuidados paliativos. (CFM, 2006).

Ademais, as Resoluções nº 1805, de 2006, e 1995, 2012, do Conselho Federal de Medicina, disciplinam acerca da recusa a tratamento médico em contexto de doenças terminais, sendo reguladas através das Diretivas Antecipadas de Vontade, e admitidas em processos ortotánásicos. (CFM, 2006).

3.3 Portaria nº 874/2013

A Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, do Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe o tratamento oportuno e os cuidados paliativos como objetivo desta política. Consoante disposto no artigo 2º:

Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (BRASIL, 2013).

Ademais, a Portaria nº 874/2013, também dispôs que é responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, bem como de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores, a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS, considerando o tratamento e os CP. (BRASIL, 2013). Como disposto no artigo 21, I e VII, da presente portaria:

Art. 21. São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - Organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e **cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer;**

[...]

VIII - **desenvolver, disponibilizar e implantar sistemas de informações para coletar, armazenar, processar e fornecer dados sobre os cuidados prestados às pessoas com câncer,** com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, a avaliação, o monitoramento e o controle das ações realizadas, garantindo a interoperabilidade entre os sistemas; (BRASIL, 2013, grifos nossos).

A Portaria supracitada também menciona que além dos recursos dos fundos nacionais, é facultado aos gestores de saúde utilizar fontes de financiamento para o ressarcimento aos Cuidados Paliativos em relação ao câncer. (BRASIL, 2013).

3.4 Resolução nº 41, de 2018, do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde promulgou a Resolução nº 41, em outubro de 2018, a qual dispôs acerca da organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), definindo os CP, em seu artigo 1º, como a:

[...] assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a 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. (BRASIL, 2018).

Acerca dos Cuidados Paliativos, a Resolução supramencionada definiu treze princípios voltados para nortear a organização desses, sendo eles delimitados em seu artigo 4º e seguintes,

os quais são:

Art. 4º Serão princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos:

I - início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;

II - promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores;

III - afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural;

IV - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas;

V - promoção da qualidade de vida por meio da melhoria do curso da doença;

VI - integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;

VII - oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte;

VIII - oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com adoença do paciente e o luto;

IX - trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;

X - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais;

XI - respeito à autodeterminação do indivíduo;

XII - promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico atravésdiretiva antecipada de vontade (DAV); e

XIII - esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV.(BRASIL, 2018).

Ademais, a Resolução nº 41/2018 dispõe que o financiamento da organização dos CP devem ser objeto de pactuação tripartite, observado o planejamento e a organização dos cuidados continuados integrados na RAS, consoante disposto no artigo 8º.

4. Recusa de tratamento

Para Jaramillo, Mendonza-Vega e Belda (2006):

A morte não é um monstro sobrenatural que aguarda nas sombras para se lançar de surpresa sobre nós para nos roubar a vida e, com ela, tudo o que amamos e nos importa. Ao contrário, a morte é uma parte da própria vida, sua etapa final, da qual não podemos fugir e da qual ninguém pode nos livrar, porque nos mecanismos da vida está sempre, para todos os seres vivos, o dispositivo que deve acabar com esses mecanismos assim que eles tenham cumprido determinadas etapas.

Assim, as pessoas, de modo geral, não qualificam suas escolhas por abreviar a vida

unicamente ao encerramento desta de forma abrupta e sem a tentativa prévia de se conseguir a cura de sua enfermidade. Normalmente, a recusa de tratamento se resume a uma ideia de deixar a morte seguir seu curso ou reconhecer que não há mais o que fazer, podendo ser realizada em várias fases do desenvolvimento de uma doença, sendo o mais comum após tentativas sem sucesso de mudança do quadro clínico, acompanhadas de longas internações hospitalares.

A análise desse tema deve ser feita sob duas óticas distintas, a primeira em relação a recusa como ato de paciente que não está em terminalidade da vida e a segunda em relação a recusa como ato do paciente que está em estado terminal. Assim, passa-se a análise dos aspectos gerais de recusa de tratamento.

4.1 Aspectos gerais de recusa de tratamento

O diagnóstico de uma doença e a existência ou não de terapêutica não deve ser traçado por apenas um médico, mas por uma equipe multidisciplinar de saúde. A grande questão não se dá com relação à possibilidade da doença ser terminal ou não; mas sim à preferência pela morte ao invés da manutenção do tratamento, e se essa escolha foi uma medida tomada de forma autônoma e informada.

Nesse cenário, a recusa de tratamento é entendida como a expressão de uma vontade individual de enfrentamento da morte sem o recurso da medicalização, sendo esta praticada quando a pessoa doente deseja morrer, está devidamente informada sobre sua situação clínica e não se encontra em estado depressivo no momento da decisão.

Por óbvio, existem muitas questões relacionadas à recusa de tratamento, sendo a principal delas, a colisão de direitos fundamentais como o direito à vida, à dignidade humana e a liberdade religiosa. A grande questão se dá ao princípio da autonomia da vontade do paciente e o direito à vida. À vista disso, o prolongamento da vida não é por si só, um benefício, especialmente quando se trata de pacientes terminais para os quais não há qualquer possibilidade de mudança ou inversão do quadro clínico.

Para que uma recusa de tratamento acelere ou provoque a morte de uma pessoa é preciso que essa pessoa já esteja em um processo de debilitação grave, em que a morte seja iminente. Costuma-se caracterizar como portador de uma doença incurável ou irreversível com alta probabilidade de morte, aquele que, em um curto intervalo de tempo, não mais do que seis meses, irá falecer sem intervenção médica.

O doente terminal é aquele que apresenta duas características fundamentais: a da incurabilidade e a do fracasso terapêutico dos recursos médicos. Grande parte das situações de

recusa de tratamento se dá em casos terminais, sendo rara a situação de recusa de tratamento em que o quadro é curável ou reversível. É possível, portanto, considerar o caráter fútil do tratamento como uma precondição à situação de recusa de tratamento entre idosos, o que reforça ainda mais a tese do direito individual.

Um tratamento é considerado fútil ou extraordinário quando a única justificativa para o manter é, o prolongamento da vida do doente por meios artificiais de sustentação da vida ou por medicamentos, a despeito da irreversibilidade do quadro clínico e da iminência da morte. Muito se fala sobre direitos dos pacientes e sobre o desejo em recusar tratamentos, mas pouco se fala sobre a obrigação do profissional de saúde. É aceitável a recusa de terapia clínica se o paciente for plenamente capaz, maior de 18 anos, e não correr risco de morte iminente.

Nesse contexto, importante citar o tema discutido na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 618, de 2019, que tratou acerca da impossibilidade de realização de transfusão de sangue contra a vontade dos pacientes maiores e capazes, sendo que segundo o relator:

A recusa à transfusão de sangue efetivamente não pode ser encarada como suicídio, que, como dito, é uma das premissas da Resolução CFM 1.021/1980. Ao recusar o referido tratamento, a Testemunha de Jeová não tem a intenção de se matar, mas apenas de preservar as suas convicções religiosas. A comunidade aceita e incentiva a realização de tratamentos alternativos, que dispensam a utilização de sangue, e prezam por sua saúde e pelo desenvolvimento da medicina. A procura pela assistência médica e a demanda por tratamento alternativo são atitudes diametralmente opostas ao desejo de morte. Por essa razão, o médico que respeita a decisão do paciente em não se submeter a uma transfusão de sangue não pode ser condenado pela prática de crime de auxílio ao suicídio previsto no art. 122 do Código Penal, como entendem alguns juristas. (BRASIL, 2019, p. 15).

No mesmo sentido, nas hipóteses em que o paciente está em risco de morte e não há outro tratamento alternativo, o Conselho Federal de Medicina recomenda que a vontade do paciente seja respeitada se for plenamente capaz e desde que todos os riscos acerca do seu desejo sejam informados. Para mais, o Enunciado nº 528, da V Jornada de Direito Civil, orienta que o Conselho de Justiça Federal reconhece a declaração de recusa a tratamento de saúde, desde que:

[...] 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. (CJF, 2006).

Nos casos em que não há capacidade ou possibilidade de comunicação sobre a recusa de tratamento, o médico tem o dever profissional de salvar vidas da forma que for possível. Assim, a fim de evitar que o médico seja responsabilizado por qualquer resultado inerente à sua

escolha, recomenda-se que a vontade do paciente seja registrada em termo de consentimento. Isso não isenta a possível responsabilização administrativa, civil ou criminal, contudo uma defesa técnica é capaz de mostrar a verdadeira face do interesse médico que é salvar vidas e respeitar a vontade dos seus pacientes.

Nesse cenário, nos termos da Resolução 1.805, de 2006, do CFM, nos casos de paciente terminal, quando esse possui capacidade de expressar sua vontade, a suspensão ou o prolongamento do tratamento fica condicionado a vontade do mesmo. Nos casos em que a vontade for expressada por representante legal do paciente terminal, essa também deverá prevalecer.

Resta claro que a recusa de tratamento é um tema muito controverso, nela a pessoa não quer mais viver, é uma opção do paciente e não necessariamente a doença é incurável ou está em um estágio avançado. Uma perspectiva de sobrevida repleta de incapacidades e limitações pode levar o paciente a escolher o não tratamento.

Em termos constitucionais, é possível asseverar que a recusa de tratamento está de acordo com o disposto nos artigos 5º, II, da Carta Magna, o qual aduz que

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, nos termos seguintes: [...]

II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; (BRASIL, 1988).

Para mais, importante citar o teor do artigo 15, do Código Civil, o qual dispõe que “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2002). Razão pela qual é possível constatar que o ordenamento jurídico brasileiro permite que o paciente recuse determinado tratamento médico, que cure o problema ou até mesmo que salve a sua vida.

Nesse cenário, Costa Ribeiro salienta que o artigo interpretado conforma a Constituição de modo que desse ser lido da seguinte forma, “[...] ninguém, nem com risco de vida, será constrangido a tratamento ou a intervenção cirúrgica, em respeito à sua autonomia, um destacado direito desta Era dos Direitos que não concebeu, contudo, um direito fundamental à imortalidade”. (RIBEIRO, 2005).

Acerca da aceitação da ortotanásia nos tribunais brasileiros, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, tem o seguinte precedente:

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. (TJSP – AC: 10009381320168260100, Relator: MARY GRÜN, SÉTIMA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Data de Publicação: 24/04/2019)

É importante ressaltar que na recusa de tratamento ainda existe o tratamento para a doença, o paciente é que resolve não prosseguir com ele. É um ato voluntário, livre e consciente, da pessoa que, embora em um momento tenha anuído com o atendimento médico, não aceita o tratamento proposto pelo profissional. E é um direito do paciente e deve ser respeitado pelo médico, desde que o paciente tenha plena capacidade civil, esteja ciente dos riscos e consequências de sua decisão.

4.2 Princípio da autonomia ao conceito da recusa de tratamento

Nas últimas décadas, a intensificação dos debates sobre os limites da autonomia do paciente é fato notório na sociedade brasileira, principalmente nos Conselhos de Medicina. Em um primeiro momento, a autonomia foi eleita como um dos princípios bioéticos na década de 1970, juntamente a outros três igualmente importantes: a beneficência, a não maleficência e a justiça.

A bioética é definida como reflexão de caráter transdisciplinar, focalizada prioritariamente no fenômeno da vida humana ligado aos grandes avanços da tecnologia, das ciências biomédicas e do cuidado para com a saúde de todas as pessoas que dele precisem, independentemente de sua condição social. (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Nas palavras de Silveira (2013):

Os princípios da bioética constituem um relevante referencial a ser apreciado pelos profissionais da saúde e/ou pelos operadores do direito e das áreas interdisciplinares para decidir qual a conduta que deve ser tomada no caso de pacientes terminais e que desejem morrer com dignidade.

Assim, no que concerne aos princípios ligados ao tema, o da beneficência estabelece a

obrigação moral de agir para o benefício do outro, já de acordo com o princípio da não maleficência, o profissional da saúde tem o dever de intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu paciente. (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

O princípio da justiça, por sua vez, defende o direito de todas as pessoas, tanto no que se refere a sua condição de seres humanos, que merecem consideração e respeito, quanto no que concerne a obtenção igualitária da assistência e a luta pela distribuição dos limitados recursos para a saúde e do máximo de benefícios para a comunidade. (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

À vista disso, o conceito de justiça se fundamenta na premissa de que a pessoa tem garantias de igualdade de direitos, entre eles os direitos concernentes aos cuidados com sua saúde. (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

No que se refere aos princípios fundamentais da bioética, estes estão prescritos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada por aclamação em 19 de outubro de 2005, pela 33ª Sessão da Conferência Geral da Unesco. Sendo estabelecido pelo preâmbulo da declaração as questões éticas, suscitadas pelos rápidos avanços na ciência, e suas aplicações tecnológicas, devem ser examinadas com o devido respeito à dignidade da pessoa humana e aos Direitos Humanos.

No Brasil, a bioética ganhou força nos Conselhos de Medicina na década de 1990 e de lá para cá, a preocupação com a autonomia do paciente é fato incontestável; basta uma comparação apurada entre o Código de Ética Médica de 1988 e o de 2009, para se notar a importância da qual se revestiu o princípio da autonomia.

Dentre outras coisas a nova regulamentação deixa claro que o paciente deve ter sua autonomia privilegiada, inclusive em casos de doença terminal, desde que se cumpra o dever de informação ao qual o médico é obrigado.

Além disso, a recente Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1995, de 2012, permite ao paciente exercer sua autonomia prospectivamente, podendo estabelecer tratamentos aos quais quer ou não se submeter em caso de doença terminal; em outras palavras, o paciente tem direito de estabelecer suas diretivas antecipadas de vontade, fato que marca um avanço inédito para os Conselhos de Medicina.

Para mais, o artigo 1º, da Resolução nº 2.232, de setembro de 2019, do Conselho Federal de Medicina (CFM), dispõe que, “A recusa terapêutica é, nos termos da legislação vigente e na forma desta Resolução, um direito do paciente a ser respeitado pelo médico, desde que esse o informe dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão.” (CFM, 2019).

A mesma resolução assevera, em seu artigo 5º, que a recusa terapêutica não deverá ser aceita pelo médico, quando esta caracterizar abuso de direito, sendo, segundo o parágrafo 1º, do artigo supracitado:

§ 1º Caracteriza abuso de direito:

I - A recusa terapêutica que coloque em risco a saúde de terceiros.

II - A recusa terapêutica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação. (CFM, 2019).

Nesse contexto, apesar dos avanços, continuam ocorrendo situações envolvendo a autonomia do paciente em que o médico não consegue determinar, com um mínimo de segurança do ponto de vista ético-jurídico, qual a melhor decisão a tomar. Por óbvio, existem situações particulares e que só podem ser decididas diante do caso concreto.

Entretanto, é desejoso que se tenha um mínimo de direcionamento, sob pena de se inviabilizar a prática médica diante das infindáveis possibilidades de responsabilização nas esferas civil, penal e ética. O princípio da autonomia assumiu uma posição central no debate sobre o direito de morrer sendo considerada uma peça fundamental para a eticidade da prática.

As decisões são consideradas autônomas não quando resultam de deliberações individuais, mas principalmente quando são derivadas de preferências ou desejos individuais, mas principalmente quando resultam de processos informados e esclarecidos sobre tratamentos, terapêuticas, prognósticos, riscos, benefícios e malefícios de cada conduta biomédica.

Em outras palavras, para uma decisão ser considerada autônoma não basta que a pessoa esteja livre de constrangimentos morais contrários a suas escolhas, mas também que se promova sua autonomia, especialmente por meio da informação qualificada, honesta e compreensível. Alguns dos exemplos recorrentes a esse debate são o da terapia intensiva e o de idosos em processo de demência avançada, em que não há mais como considerar a capacidade cognitiva e avaliativa para a expressão da vontade individual.

Nas palavras de Diniz (2014):

O princípio da autonomia requer que o profissional de saúde respeite a vontade do paciente, ou de seu representante, levando em conta em certa medida, seus valores morais e crenças religiosas (código de ética médica, arts. 24 e 31). Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida (corpo e mente), e o respeito à sua intimidade, restringindo, com isso, a intromissão alheia no mundo daquele que está sendo submetido a um tratamento. Considera o paciente capaz de autogovernar-se, ou seja, de fazer suas opções e agir sob as orientações dessas deliberações tomadas, devendo, por tal razão, ser tratado com autonomia.

Alguns teóricos acreditam resolver essa questão sugerindo que, na ausência da vontade explícita no momento da decisão, deveria ser considerada também a vontade implícita que seria validada por meio de instrumentos legais anteriores, como testamento, cartas ou mesmos os pronunciamentos informais, ou seja, apesar de não ser possível apelar pela vontade expressa no momento da decisão, a recusa de tratamento seria mantida como resultado da vontade individual, tendo sido esta expressa em outros momentos e situações.

4.3 Os cuidados paliativos como resposta a recusa de tratamento

A análise do processo de morte, sob o ponto de vista do profissional da saúde é a busca pela humanização da medicina, estabelecendo o compromisso moral com os pacientes, reconhecendo a sua autonomia, sem que se pretenda provocar a morte, mas tornar a aceitação da finitude da vida mais fácil, bem como realizar a promoção da dignidade da pessoa humana até o fim da vida do enfermo.

Nas palavras de Menezes (2015):

o bom médico não é aquele que apenas atende às expectativas sociais, mas sim, aquele cujo comportamento é centrado nas perdas que a pessoa portadora de doença grave sofreu, devendo conceder respostas como um ser humano a outro ser humano em aflição.

Sob essa ótica, o direito à vida é consistente na condição humana mais elementar, isso porque este se trata “[...] da premissa fundamental da existência das pessoas naturais, do direito que dá suporte a todos os demais direitos. Tratar do direito à vida implica tratar dela em toda a sua extensão, no início, no desenvolvimento, até o fim”. (GODINHO, 2016).

Assim, o direito à vida está intimamente ligado ao direito à morte digna, dado que este direito se manifesta através da existência humana quando não encontra condições dignas de se viver. Desta forma, apesar de não haver consenso acerca de onde o direito a morte digna está inserido, este deve ser concedido ao seu titular, de modo que é possível que o mesmo não seja obrigado a se submeter a tratamentos longos, desnecessários e custosos não só do ponto de vista econômico, mas especialmente emocional.

Do mesmo modo, para Godinho (2016):

ao se propor a expressão “morte digna”, portanto, deve-se dela extrair não o sentido de permitir a qualquer um invocar um suposto direito subjetivo de morrer ou de pedir ajuda de terceiros para atingir tal intento. Morrer com dignidade implica não a concessão de um direito de solicitar a morte, mas uma exigência ética de facultar que a morte dos doentes terminais sobrevenha naturalmente, cercada de amparo e conforto. A morte digna, pois, se refere não ao suposto direito de querer a morte, mas antes ao modo de morrer.

Nesse cenário, apesar de não se ter consenso sobre o direito à morte digna estar ligado ao direito à vida e à privacidade, este é indiscutivelmente definido como direito fundamental, dado que o seu valor é previsto pela dignidade da pessoa humana, a qual traz a premissa de que os indivíduos possuem autonomia existencial respaldado no ordenamento constitucional brasileiro.

À vista disso, nas palavras de Schaefer (2019):

É nesse contexto em que se fala de direito à saúde no fim da vida, de cuidados com o doente de respeito a suas escolhas, de reconhecimento da finitude da vida que surgem movimentos que reconhecem os cuidados paliativos como parte integrante da assistência fundamental à saúde.

Dessarte, o término da vida é encarada a partir de diversas facetas pelo enfermo, isto porque, o mesmo é influenciado por convicções pessoais e sociais, tendo direito de escolher como levará o seu processo de fim de vida. Por óbvio esse direito não é absoluto, dado que o ordenamento jurídico brasileiro não permite que o enfermo desrespeite a autonomia e desumanize a própria morte. (SCHAEFER, 2019).

Nesse ponto, mesmo que uma parte da doutrina entenda que o direito à vida é absoluto, não sendo possível realizar atos voltados a sua relativização, para Godinho (2016):

uma aproximação entre as tendências é perfeitamente viável: parte-se da premissa fundamental da vertente da sacralidade, o que evitaria a crescente degradação da proteção da existência humana, mas ao mesmo tempo se reconhece que a noção de qualidade de vida, se bem compreendida, poderá contribuir para a solução de situações-limite, nas quais uma concepção rígida da sacralidade da vida seria desmedida.

Assim, é totalmente possível considerar que o direito à saúde no fim da vida é consubstanciado a partir de CP, dado que o êxito em realizar o bem estar do paciente em seus últimos momentos de vida não pode estar ligado exclusivamente ao uso de medicamento, mas sim na busca pela compreensão acerca do fim da vida. (SERRÃO, 1991).

Ademais, Forte *et al* (2018) leciona que:

cuidado paliativo em UTI não significa reduzir número de drogas prescritas e procedimentos de enfermagem, negligenciar o conhecimento médico científico dos sinais e sintomas, tampouco suspender informações aos familiares no horário de boletim médico[...].

Sob esse contexto, Schaefer (2019) explicita que os cuidados paliativos trazem consigo a ideia de medidas ordinárias de manutenção da vida, de modo que se buscasse a realização de cuidados essenciais, os quais não se destinam ao prolongamento da vida do paciente terminal, mas sim na manutenção digna desta até o final.

Nesse cenário, Pellegrino (2018) salienta que os CP devem ser estabelecidos através dos seguintes parâmetros:

- a) efetividade: para cada intervenção médica, deve-se proceder a uma estimativa da sua capacidade de alterar positivamente a história natural da doença ou sintoma [critério objetivo].
- b) benefício: de caráter subjetivo, diz respeito ao que o paciente considera como válido ou benéfico para si.
- c) ônus: diz respeito aos custos físicos, emocionais, econômicos, ou sociais experimentados pelo paciente que se sujeita a um tratamento.

Sob esse contexto, a proporção entre os critérios supramencionados devem ser considerados em cada situação concreta, buscando compreender se há nessas a utilidade ou não no tratamento médico, considerando, em primazia, a escolha do próprio paciente. (SCHAEFER, 2019).

Deste modo, tendo compreendido a terminalidade da vida e a sua relação com a futilidade de algumas medidas medicinais e o consentimento esclarecido do paciente acerca da recusa de tratamento, é perceptível que o “sentido da medicina paliativa é o de extrapolar a dimensão física de uma enfermidade e atender igualmente ‘as preocupações psicológicas, sociais e espirituais do existir humano’”. (GODINHO, 2016).

Nas palavras de Schaefer (2019):

Os cuidados paliativos trazem a noção de cuidado a uma medicina extremamente tecnicizada, preocupando-se com o doente, e não com a doença. A medicina paliativa permite atribuir prioridade ao que é ética e medicamente justificável, não ao que é medicamente possível. Não se trata de abandonar o doente, mas de oferecer conforto quando a morte é iminente.

Assim, a medicina paliativa reconhece a morte como a última etapa, que é inevitável, do ato de viver, de modo que permite ao doente compreender a qualidade de seu fim de vida como única e exclusiva prioridade. (GODINHO, 2016).

Desta maneira, Oliveira (2007) leciona que:

a humanização da assistência em saúde como um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade de atendimento.

Sob essa ótica, aduz que é necessário que se respeite a vida humana desde a concepção até a morte, de modo que utilizando de conhecimentos científicos, informe-se ao paciente acerca dos benefícios ou a falta deles na utilização de tratamentos, que visam apenas prolongar o tempo de vida, mas sem trazer resultados significativos para o quadro clínico do enfermo.

Assim, nas palavras de Diniz (2014):

Logo, parece-nos que proibido está o profissional da saúde de utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal. A má prática médica ocorre, portanto, quando o profissional da saúde desvirtua sua finalidade humanitária e atenta contra a dignidade do ser humano. O médico não pode sustar nem diminuir a vida.

Nesse contexto, os cuidados paliativos ao serem promovidos além de visar a melhoria do sistema de saúde, uma vez que além de gerar um bem estar ao paciente e a sua família, também impõe a criação de instalação, a obtenção de recursos humanos e o funcionamento desses cuidados. (PEREIRA, 2015).

Para Saito e Zoboli (2015):

por sua evolução progressiva e degenerativa, as condições crônicas de saúde geram demanda por assistência contínua e permanente – em que se incluem os cuidados paliativos (CP) – nos diversos pontos da rede de atenção à saúde (RAS). A assistência contínua nas condições crônicas de saúde envolve a atenção nos momentos silenciosos da doença, quando ela evoluiu sem a percepção da pessoa que sofrerá a degeneração da qualidade de vida.

Desse modo, Frossard (2016) leciona que entender os Cuidados Paliativos na visão da garantia de direitos ligados a Política de Humanização da Atenção da Gestão (PNH), de modo que passa a se pensar acerca do controle de dor e de sintomas dos pacientes, independente da idade, estendendo cuidados de prevenção as situações limites, tais como:

pacientes abandonados pela família, famílias em disputas por patrimônios e herança, disputas por pensão por morte (casos de pacientes com mais de uma família), dificuldades para o acesso a uma vaga hospitalar, pacientes que falecem e deixam menores sem definição de guarda, pacientes oriundos das ruas que morrem como indigentes e cujo funeral de forma mais ágil é dificultado em virtude da burocracia das instituições de saúde, pacientes que não têm como manter uma alimentação adequada, pacientes moradores de áreas de risco e com moradia precária etc.

Assim, para Marta, Hanna e Da Silva (2010) os Cuidados Paliativos se mostram como uma resposta a recusa do tratamento, de modo que esses cuidados são entendidos como um processo pelo qual se proporciona a dignidade ao enfermo, possibilitando que esse não seja privado de viver a sua própria morte, e visando promover o morrer com dignidade e cercado de ternura e amor, sem abreviação da vida ou prolongamento artificial dela.

5. Considerações Finais

Ao longo deste trabalho, foi possível compreender a importância dos Cuidados Paliativos como um passo à frente no entendimento da morte e o morrer; uma resposta adequada

à recusa de tratamento por parte dos pacientes. Inicialmente, foram conceituados os cuidados paliativos, além de se apresentar sua evolução histórica e sua relação com o bem-estar social. Em seguida, foi explorado o princípio da autonomia, que está intimamente ligado aos cuidados paliativos, considerando que esses cuidados buscam respeitar a vontade do paciente e garantir sua dignidade em momentos de fragilidade.

Foram apresentados também aspectos práticos dos cuidados paliativos e sua relação com a ortotanásia, que se refere a permitir que o paciente tenha uma morte natural, sem prolongamentos artificiais. Os CP trabalham a vida do paciente e não sua morte. Tem sempre em vista a defesa da dignidade da pessoa humana independentemente da fase de sua vida.

Além disso, foram explorados diversos atos normativos relacionados aos cuidados paliativos, como o Programa Nacional de Assistência à dor e cuidados paliativos, resoluções do Conselho Federal de Medicina, a Portaria nº 874/2013 e a Resolução nº 41, de 2008, do Ministério da Saúde. O que diante do exposto, apresenta essa forma mais abrangente, eficaz e garantidora do respeito à morte digna no que tange ao âmbito dos Direitos Humanos, da Bioética como a Ética Médica, tornando-se uma resposta eficaz para a recusa de tratamento.

Através dos CP se possibilita que o paciente tenha possibilidade de resgatar sua dignidade e autonomia como pessoa, proporcionando condições físicas e mentais (dentro do possível), para resgatar suas relações pessoais e buscar aspectos espirituais, se for de seu desejo, mantendo-se como pessoa íntegra até o fim; por mais debilitado que se encontre, sem perder sua identidade. Por fim, foram abordados aspectos gerais da recusa de tratamento e o princípio da autonomia relacionado a esse conceito.

Com a evolução histórica dos cuidados paliativos, houve uma ampliação do conceito, que passou a abranger não somente o alívio da dor, mas também o cuidado integral ao paciente e a sua família. A autonomia do paciente, princípio fundamental da bioética, está relacionada à tomada de decisão sobre sua própria vida e saúde,

O que pode ser um diferencial entre os dois (CP e recusa de tratamento), é que ambos são posições legítimas na busca do melhor para seus pacientes, mas andam de formas diferentes num mesmo caminho. Sempre respeitando o desejo e autonomia do paciente. Que com sua vontade considerada, tem a garantia de que seus sintomas e necessidades sejam tratados de forma adequada, permitindo que tenha uma qualidade de vida mais digna até o momento de sua morte.

A doença não é o paciente, mas um acometimento sofrido por ele. A morte é um período

da vida, e vale a pena ser vivido com dignidade.

Dessa forma, fica evidente que os cuidados paliativos são essenciais no contexto da saúde, e que a sua utilização deve ser incentivada e difundida. Com isso não se tira a possibilidade de que o paciente recuse o tratamento; é uma escolha pessoal e inalienável de todo ser humano. Sendo assim, os aspectos jurídicos e éticos precisam representar esse paciente, para que ele tenha voz e seja ativo em suas escolhas até o fim.

Os atos normativos relacionados aos cuidados paliativos evidenciam a importância dada ao tema pelos órgãos governamentais e pelos conselhos profissionais de saúde, o que fortalece a implementação de políticas públicas e a difusão de informações acerca do assunto.

Contudo, ainda existem desafios a serem enfrentados, como a falta de recursos e profissionais capacitados, a falta de acesso aos cuidados paliativos em determinadas regiões do país e a resistência cultural em relação ao tema. Além da necessidade de manter a segurança jurídica para os profissionais de saúde envolvidos.

Todas as discussões acerca dos tratamentos dados à morte, referem-se em grande parte, à visão que vamos adquirindo de nossa própria finitude. Isso também dificulta aos familiares um posicionamento claro de respeito aos desejos do paciente; o que torna o fundamento do aspecto jurídico ainda mais importante para que decisões sejam respeitadas sem infringir os aspectos que, muitas vezes por influência cultural, são deixadas de lado.

Portanto, é imprescindível que a sociedade e os profissionais de saúde sejam sensibilizados e capacitados para a importância dos cuidados paliativos como uma resposta humanizada à recusa de tratamento. É necessário que haja uma maior divulgação e discussões sobre o tema, sem pré-conceitos, nem uma atitude de apropriação do direito do paciente; sempre buscando tomar decisões mais conscientes sobre a saúde e os cuidados no final da vida. Além disso, é fundamental que as políticas públicas sejam mais efetivas na garantia do acesso aos cuidados paliativos em todo o território nacional, assegurando que todos nós tenhamos uma morte digna.

6. Referências Bibliográficas

AGORA, D. Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://www.abrale.org.br/informacoes/cuidados-paliativos/>. Acesso em 24 mar 2023.

ALMEIDA, E.; SANTOS, D. Cuidados Paliativos e Serviço Social: novos desafios para a atuação profissional. Trabalho de Conclusão de curso (Bacharel em Serviço Social) –

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/18579/1/EAS03122020.pdf>. Acesso em: 24 mar 2023.

ALMEIDA, Larissa Marinalva de Oliveira. A importância do enfermeiro nos cuidados paliativos prestados ao paciente terminal com diagnóstico de câncer. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em enfermagem) – Universidade Anhanguera, Campo Grande, MS, 2017 Disponível em: <https://repositorio.pgsskroton.com/bitstream/123456789/13869/1/LARISSA%20MARINALVA%20DE%20OLIVEIRA%20ALMEIDA.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2023.

ANDRADE, Letícia et al. Desvelos: trajetórias no limiar da vida e da morte-cuidados paliativos na assistência domiciliar. Dissertação (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/17868>. Acesso em

ANCP. Cuidados Paliativos: Tudo que você precisa saber. Disponível em: <https://www.abrale.org.br/informacoes/cuidados-paliativos/>. Acesso em 26 mar 2023.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal do direito comparado. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Org.). Biodireito: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

BORGES, R. C. B. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/11097/eutanasia-ortotanasia-e-distanasia-brevs-consideracoes-a-partir-do-biodireito-brasileiro>. Acesso em 25 mar 2023.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 26 nov 2022

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em 26 mar 2023.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080/90, de 10 de janeiro de 2002. Lei de Criação do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República [2002]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990. Acesso em 26 nov 2022

BRASIL. Projeto de lei n.º 883, de 2020. Regulamenta a prática de cuidados paliativos nos serviços de saúde, no território nacional. Brasília, DF, Senado Federal, 09 ago 2021. Disponível em <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141187>. Acesso em 05 jun. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.805, de 01 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, Poder Executivo, n. 227, p. 169, 28 nov 2006. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=6640&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1805&situacao=VIGENTE&data=09-11-2006>. Acesso em 20 nov 2022

BRASIL Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.973, de 14 de julho de 2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM n.º 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial da União: seção 1, n. 146, p. 144, 1 ago 2011. Disponível em https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2011/Resolucoes/Res_CFM_1973_14.07_.pdf. Acesso em 20 nov 2022

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º. 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas da vontade dos pacientes. Diário Oficial da União: seção 1, p. 296-270, 09 ago 2012. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10938&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1995&situacao=VIGENTE&data=09-08-2012&vide=sim>. Acesso em 20 nov 2022

BRASIL. Código de Ética Médica. Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n.º 2.222/2018 e 2.226/2019. Conselho Federal de Medicina: Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em 20 nov 2022

CAPELAS, Manuel et al. Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. Cuidados Paliativos. 1. 7-13, 2014. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/19801>. Acesso em 15 fev 2023

CARVALHO, M. V. B.; PERINA, E. M. Cuidados paliativos pediátricos: a essência do cuidar da criança/adolescente/familiares nas situações limites. Revista Mundo Saúde. São Paulo, v. 1, n. 27, p. 93-97, 2004.

CHRISTENSEN E. The re-emergence of the liberal-communitarian debate in bioethics: Exercising self-determination and participation in biomedical research. The journal of Medicine and Philosophy: A forum for Bioethics and Philosophy of medicine, v. 37, n. 3, p. 255-276, jun/2012, Disponível em <https://academic.oup.com/jmp/article-abstract/37/3/255/920182?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em 15 mar 2023

COLI, C. O que é cuidado paliativo: história e principais conceitos. Disponível em: <https://blog.jaleko.com.br/cuidado-paliativo-como-facilitador-do-adoecimento/>. Acesso em 24 mar 2023.

DIAS, Maria Berenice. Testamento Vital. In: DIAS, Maria Berenice. Manual das sucessões. 3. ed., rev, atual, e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

DINIZ, Maria Helena. O estado atual do biodireito. rev., aum. e atual. de acordo com o Código de Ética Médica. São Paulo: Saraiva, p. 41-42, 2014.

DINIZ, Debora; COSTA, Sérgio. Morrer com dignidade: um direito fundamental. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 121-134.

EQUIPE DO GRAN CURSOS ONLINE. Artigo: princípios aos Cuidados Paliativos em Saúde. Por: Natale Souza. Disponível em: <https://blog.grancursosonline.com.br/artigo-cuidados-paliativos-natale-souza/>. Acesso em 25 mar 2023.

FORTE, D. N., et al. Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. In: AZEVEDO JUNIOR, Renato; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer. Reflexões éticas em medicina intensiva. São Paulo: CREMESP, 2018.

FROSSARD, Andrea. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. Cad.

EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 14, ed. esp., artigo 12, p. 640-651, jul. 2016.

GODINHO, A. M. Eutanásia, ortotanásia e diretivas antecipadas de vontade. Curitiba: Juruá, 2016. ISBN 8536262125

GOULART, F.A.A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Recuperado em 25 junho, 2014, Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf. Acesso em: 29 de nov. 2022.

IAHPC. Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos. Definição de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>. Acesso em 27 de mar. 2023.

JAQUELINE, D. Cuidados Paliativos: A importância de preservar a qualidade de vida em todas as fases da doença. Federação Brasileira de Hospitais (FBH), 4 fev 2022. Disponível em <https://fbh.com.br/cuidados-paliativos-a-importancia-de-preservar-a-qualidade-de-vida-em-todas-as-fases-da-doenca>. Acesso em 24 mar 2023.

JARAMILLO, Isa. F.; MENDONZA-VEGA, Juan; SANTOYO TÉLLEZ, Saúl. Opções para morrer humanamente. In: JARAMILLO, Isa F. (Org.). Morrer bem. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006.

KLÜBER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com importância no século XXI. Revista bioética, 22, p. 94-104, 2014.

MACIEL, Maria Goretti Sales et al. Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: Diagraphic. ISBN 978-85-89718-26-4. Disponível em: <https://www.paliativo.org.br/biblioteca/Criterios-Qualidade-para-Cuidados-Paliativos-Brasil.pdf>. Acesso em 15 mar 2023

MARTA, Gustavo Nader et al. Cuidados paliativos e ortotanásia. Diagn Tratamento, 15(2), 58-60, 2010.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org). Manual de Cuidados Paliativos, São Paulo, 2 ed, Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p. 23-30. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em 15 mar 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde: Gabinete do Ministro. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 25 mar 2023.

MORAIS, Inês Motta de. Autonomia pessoal e morte. Revista bioética, v. 18, n. 2, 2010.

NICOLINI, Juliana de Melo. Diretivas Antecipadas de Vontade: A possibilidade de inclusão do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Disponível em: https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2019/01/juliana_melo.pdf. Acesso em 25 mar 2023.

OLIVEIRA, M. Do B. P. de et al. Oncological homecare: Family and caregiver perception of palliative care. Escola Anna Nery, v. 21. n. 2, 2017. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/ean/a/p3fHvKrQS6ZzRNsPzRdB3gs/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 mar 2023

OLIVEIRA, S.G. Humanização da assistência: um estudo de caso. *Revista de Administração em saúde*, v. 9, n. 35, p. 55-62, abr./jun. 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-471465>. Acesso em 15 mar 2023

ONCOGUIA, I. Cuidados Paliativos: qualidade de vida e bem-estar do paciente com câncer. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cuidados-paliativos/137/50>. Acesso em 24 mar 2023.

ONU, Nações Unidas. Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>. Acesso em: 27 mar. 2023.

PAIVA, F. C. L. D. et al. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Revista Bioética*, 22, p. 550-560, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/tC4PZX6PP4nWSMLGp3k5S7G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 fev 2023

PELLEGRINO, E. D. Decision at the end of life: the use and abuse of the concept of futility. p. 93. Disponível em: <http://www.uffl.org/vol10/pellegrino10.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2022.

PEREIRA, A. G. D. Direitos dos pacientes e responsabilidade médica. Dissertação (Doutorado em Ciências Jurídico-Civilísticas) – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. dez/2012. Disponível em <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31524/1/Direitos%20dos%20pacientes%20e%20responsabilidade%20médica.pdf>. Acesso em 25 fev 2023

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O mundo da saúde*, 29(4), 491-509, 2005. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf. Acesso em 15 mar 2023

PESSINI, Leo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética*, v. 10, n. 2, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214. Acesso em 23 mar 2023

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Espiritualidade e cuidados paliativos. *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*, p. 25-40, 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/conflitos.pdf> Acesso em 23 mar 2023

RIBEIRO, D. C. A eterna busca da imortalidade humana: a terminalidade da vida e a autonomia. *Bioética*, Brasília, v. 13, n. 2, p. 112-120, dez/2005. Acesso em 23 mar 2023

RODRIGUES, Amanda Fonseca; SOUZA, Maria Cristina Cavalcanti de. Guia de auxílio na comunicação de más notícias para profissionais da equipe multidisciplinar de saúde no setor de cuidados paliativos. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Psicologia) – Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, PE, 2018. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/bitstream/fpsrepo/592/1/TCC%20-%20FINAL%20.pdf>. Acesso em 23 mar 2023

ROXIN, Claus. A apreciação jurídico-penal da Eutanásia. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, v.8, n.32, p.9-38, out./dez. 2000.

SAITO, D. Y. T.; ZOBOLI, E. L. C. P. Cuidados paliativos e atenção primária à saúde: scoping review. *Rev. Bioét.*, Conselho Federal de Medicina, Brasília-DF, v. 23, n. 3, p. 593- 607, dez.

2015. p. 594. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300593&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233096>. Acesso em: 29 de nov. 2022.

SÃO PAULO (SP). Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (7ª Câmara de Direito Privado). Apelação Cível n. 10009381320168260100. São Paulo. Relator: Mary Grün. 10 abr 2019. Publicado em 24 de abril de 2019. Apelação Cível. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sp/697337255>. Acesso em 23 mar 2023

SCHAEFER, F. A importância da implantação dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, s. 1, v. 20, n. 3, p. 26-50. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v20i3p26-50. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/180109>. Acesso em 25 mar 2023.

SERRÃO, Daniel. Bioética, perspectiva médica. *Revista da Ordem dos Advogados*, Lisboa, ano 51, v. 2, p. 425, jul/1991. Disponível em: <https://portal.oa.pt/upl/%7B2e848906-fb96-4c58-bb8e-05d78eeff16e%7D.pdf>. Acesso em: 29 de nov. 2022.

SHAREOFFICES. O que são cuidados paliativos?. Disponível em: <https://shareofficescoworking.com.br/o-que-sao-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 24 mar. 2023.

SILVA, A. E et al. Cuidados Paliativos de Enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares. Dissertação (Mestrado em – Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, MG, 2012. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-24879>. Acesso em 23 mar 2023

SILVA, EPD; SUDIGURSKI, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 504-508, 2008. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ape/a/stc93mrQ9mGyH5J68hkfDCm/abstract/?lang=pt>. Acesso em 23 mar 2023

SILVEIRA, Diego Oliveira da. Fim da Vida: a morte digna como um direito fundamental. In: *Família e seus desafios: reflexões pessoais e patrimoniais*. 2 ed. Porto Alegre: IBDFAM/RS: Letra & Vida, 2013. Disponível em: <http://ibiasesilveira.adv.br/wp-content/uploads/2018/07/Fim-da-Vida-Diego-Silveira.pdf>. Acesso em 23 mar 2023

SIMÃO, A. B et al. A atuação do serviço social junto a pacientes terminais: breves considerações. *Serviço Social & Sociedade*, n. 102, p. 352-364, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/x3QsGQBwN4Mzc8NQQv46HSQ/?lang=pt>. Acesso em 23 mar 2023

SIQUEIRA, Flávia. *Direito Penal da Medicina*. São Paulo: Marcial Pons, p. 129-168, 2020.

SOARES, Renan et al. Resumo: Cuidados Paliativos. *Liga Acadêmica de Neurociências*. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/resumo-cuidados-paliativos-ligas-2>. Acesso em 24 mar 2023.

STARLING, Sheyla Cristina da Silva. *Direito à morte: eutanásia e suicídio assistido no Direito Penal Brasileiro*. Dissertação (Doutorado em Direito) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/34804/1/ilovepdf_merged%20%281%29_rearranged.pdf. Acesso em 25 mar 2023.

TAVARES, D.M. dos S., et al. Sociodemographic characteristics and quality of life of elderly patients with systemic arterial hypertension who live in rural areas: the importance of nurses' role. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(2), 515-522. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/6jJgz5BnsLRtdXhZTQ4PPHq/?lang=en>. Acesso em 23 mar 2023

VIAMÃO (RS). Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (1ª Câmara Cível). Apelação Cível nº 70054988266. Porto Alegre, RS. Relator: Desembargador Irineu Mariani. Julgado em 20 nov 2013. Disponível em: <https://www.26notas.com.br/blog/?p=8671>. Acesso em: 29 de nov. 2022.

VIEIRA, P. A. et al. Cuidados Paliativos: atuação do assistente social. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade Paulista, São Paulo, 2011.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. Da Eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final da vida. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2005.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. A Ortanásia e o Direito Penal Brasileiro. Revista Bioética: Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 61-83, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533250006.pdf>. Acesso em 25 mar 2023.

YAMAGUCHI, Angélica Massako et al. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Editora Manole, 1 ed, 6 nov 2009, ISBN 978-8520430538.

TERMO DE AUTENTICIDADE DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Eu, Milla Cancian e Oliveira Fernandes
discente regularmente matriculado(a) na disciplina TCC II, da 10ª etapa do curso de Direito,
matrícula nº 41832248, período matutino, turma 20C, tendo realizado o TCC com o título:
Cuidados Paliativos: Uma resposta à recusa de tratamento
sob a orientação do(a) Professor(a) Lyria Gratina Campos Pissoson
declaro para os devidos fins que tenho pleno conhecimento das regras metodológicas para
confeção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), informando que o realizei sem plágio de
obras literárias ou a utilização de qualquer meio irregular.

Declaro ainda que, estou ciente que caso sejam detectadas irregularidades referentes às citações
das fontes e/ou desrespeito às normas técnicas próprias relativas aos direitos autorais de obras
utilizadas na confeção do trabalho, serão aplicáveis as sanções legais de natureza civil, penal e
administrativa, além da reprovação automática, impedindo a conclusão do curso.

São Paulo, 08 de maio de 2023.

Milla

Assinatura do discente