

Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais

Márcia Adriana Dias Meirelles Moreira¹, Solange Fátima Geraldo da Costa², Mônica Lorena Dias Meirelles da Cunha³, Ana Aline Lacet Zaccara⁴, Melissa Negro-Dellacqua⁵, Fernando Dutra⁶

Resumo

O testamento vital é tema discutido no âmbito da saúde e do direito, e importante instrumento para direcionar a assistência prestada ao paciente terminal de acordo com suas aspirações. Esta pesquisa exploratória com abordagem qualitativa estuda a opinião de 36 médicos, residentes em hospital público, acerca da inserção das diretivas antecipadas da vontade do paciente ou testamento vital na prática médica. A coleta de dados ocorreu em agosto de 2013. Evidenciou-se a relevância do testamento vital no respeito à autonomia do paciente terminal, propiciando humanização do seu atendimento. Este artigo demonstra igualmente a necessidade de criação de dispositivo legal que regulamente sua utilização formal no Brasil, além de ampliar discussões acerca da temática, com ênfase na realidade brasileira, a fim de promover maior compreensão sobre o posicionamento de médicos quanto aos últimos momentos da vida dos pacientes.

Palavras-chave: Cuidados médicos. Testamento vital. Direito a morrer.

Resumen

Testamento vital en la práctica médica: la comprensión de los profesionales

El testamento vital es un tema debatido en el contexto de la salud y del derecho y es, también, un instrumento importante para guiar la asistencia prestada al paciente terminal de acuerdo con sus aspiraciones. Esta investigación exploratoria, con enfoque cualitativo, estudia la opinión de 36 médicos residentes en hospitales públicos sobre la inserción de las instrucciones anticipadas de la voluntad del paciente o testamento vital en la práctica médica. La recolección de los datos fue en agosto de 2013. Se puso en evidencia la importancia del testamento vital respecto a la autonomía del paciente terminal, favoreciendo la humanización de su atención. Este artículo también demuestra la necesidad de crear un dispositivo legal que regularice su uso formal en Brasil, además de ampliar el debate sobre el tema, con énfasis en la realidad brasileña, a fin de promover una mayor comprensión sobre la posición de los médicos ante los últimos momentos de vida de los pacientes.

Palabras clave: Atención médica. Voluntad en vida. Derecho a morir.

Abstract

Living will in medical practice: physicians' perceptions

The living will is a relevant theme to be discussed from the sanitary and legal points of view and is also an important instrument to drive the assistance to terminally ill patients according to their final wills. We performed this exploratory and qualitative research to study the opinion of 36 resident doctors in Brazil public hospitals, regarding to the inclusion of the living will in medical practice. Data were collected in August, 2013. Our results stressed the relevance of living will for the autonomy of the terminally ill patient, providing the humanization of his treatment. This article shows the need of a law to rule the formal use of this directory in Brazil. It is also important to point out the necessity to broaden the discussions about the theme in Brazilian reality, in order to promote a larger comprehension of those physicians' point of view when dealing with the last moments of their patients' lives.

Keywords: Medical care. Living wills. Right to die.

Aprovação CEP-UFPB 184/10

1. Mestre marciadmora@gmail.com – Universidade Federal da Paraíba (UFPB) **2. Doutora** solangefgc@gmail.com – UFPB **3. Doutora** mmonicalorenadiaz@gmail.com – UFPB **4. Mestre** anazaccara@hotmail.com – UFPB, João Pessoa/PB, Brasil **5. Doutora** melissanegro@luciano@gmail.com – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá/SC, Brasil **6. Doutor** fernando.dutra@cruzeirosul.edu.br – Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo/SP, Brasil.

Correspondência

Márcia Adriana Dias Meirelles Moreira – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Jardim Universitário, s/n, Castelo Branco CEP 58051-900. João Pessoa/PB, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

O final da vida é período conflituoso, polêmico e complexo, em que a figura central – o indivíduo em processo de morte – e os demais envolvidos experimentam sentimentos e emoções intensos, que devem ser discutidos e questionados com base em princípios éticos partilhados entre paciente, familiares e profissionais de saúde^{1,2}.

Os avanços na gestão do bem-estar de pacientes terminais alcançados nos últimos tempos prolongaram a vida de muitas pessoas. É, porém, complexo aumentar a longevidade sem estender o sofrimento. A euforia com a maior expectativa de vida entra em conflito com problemas concomitantes que se apresentam com o passar dos anos, especialmente na área da saúde^{3,4}. Diante desse cenário, a dignidade e autonomia do indivíduo em estágio terminal surgem como elementos norteadores, cruciais na tomada de decisões.

A dignidade humana merece ser respeitada em todos os momentos, especialmente no final da existência. Nesse período o paciente deve ser respeitado e envolvido por inteiro no processo de decisão, para que possa exercer sua autonomia⁵. Considerando esses aspectos, surgem as diretivas antecipadas de vontade do paciente. O documento que expressa os tipos de tratamento que o paciente deseja receber de profissionais de saúde e cuidadores durante estágio terminal de vida, registrado com lucidez mental e completa autonomia para deliberar sobre si mesmo e ainda com qualidade de vida preservada, é conhecido como testamento vital (TV)^{4,6}. Cumpre realçar a existência da necessidade de melhor designação em nosso país para o instituto em análise. Neste estudo, decidiu-se utilizar o termo “testamento vital” como terminologia equivalente a diretivas antecipadas de vontade do paciente.

O objetivo principal do TV é garantir o controle do indivíduo sobre decisões de saúde no período final da vida. Por esse instrumento podem-se expressar desejos que, teoricamente, permitem aplicação, estabelecimento de certos limites ou recusa total de qualquer intervenção possível diante de patologia terminal. O TV tem como escopo final a oferta de “boa morte” a todos os indivíduos, pois esse conceito pode ser distinto e único para cada um, sendo essencial o pronunciamento individual⁷. O testamento já é reconhecido como instrumento legal em países como Estados Unidos, Espanha, Portugal, Alemanha e Uruguai. No Brasil, ainda não está regulamentado e constitui tema de intenso debate.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) está empenhado em regulamentá-lo na seara da ética médica por meio da Resolução CFM 1.995/2012,

que desempenha papel relevante por ser o único instrumento que trata da matéria no país^{4,8}. Ante o exposto e diante da excessiva divergência de opiniões sobre a melhor maneira de vivenciar a morte humana, surgiu motivação para desenvolvimento desta pesquisa, que teve como fio condutor o seguinte questionamento: qual a opinião de médicos residentes a respeito da inserção de diretivas antecipadas da vontade do paciente na prática médica?

Método

Para alcançar o objetivo proposto, realizou-se pesquisa exploratória com abordagem qualitativa que descreve precisamente os fenômenos em cenários onde costumam ocorrer^{9,10}. A pesquisa foi realizada em hospital-escola de autarquia federal localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Foram entrevistados 36 médicos residentes que prestam assistência a pacientes hospitalizados na instituição. Esse número pode ser considerado satisfatório, pois em pesquisa de abordagem qualitativa valoriza-se o aprofundamento qualitativo do fenômeno pesquisado, e não a quantidade de participantes envolvidos¹¹.

A amostra foi não probabilística do tipo intencional. Os critérios de inclusão dos participantes na amostra exigiam que o candidato fosse médico residente em atividade na instituição no momento da coleta de dados. Dos 87 médicos residentes do hospital escolhido para o estudo, 36 participaram da pesquisa. O levantamento ocorreu no mês de agosto de 2013 e utilizou formulário composto por duas partes: a primeira apresentava questões para definir o perfil dos profissionais, e a segunda tratava das diretivas antecipadas da vontade do paciente. O instrumento foi aplicado de forma individual e preenchido pelo participante durante evento científico do programa de residência médica do hospital. O tempo para conclusão do instrumento foi de aproximadamente 15 minutos.

Após devidos esclarecimentos, os voluntários assinaram termo de consentimento livre e esclarecido conforme especifica a Resolução CNS 466/2012¹². Após preenchimento dos formulários, os dados foram analisados e interpretados conforme técnica da análise de conteúdo descrita em Bardin¹³. A análise foi estruturada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). A finalidade da pré-análise é organizar os dados coletados: procede-se a leitura flutuante de todo o material para facilitar

a compreensão do fenômeno investigado e reorganizam-se os dados codificados. Durante a segunda fase (exploração do material) são realizadas múltiplas leituras do mesmo material para encontrar elementos comuns entre os participantes^{13,14}.

Desse modo, as respostas à pergunta “qual sua opinião a respeito da inserção das diretivas antecipadas de vontade do paciente ou testamento vital na prática médica?” permitiram construir três categorias temáticas: “diretivas antecipadas de vontade são importantes para promover a autonomia do paciente”; “diretivas antecipadas de vontade contribuem para humanizar a assistência médica na terminalidade”; e “diretivas antecipadas de vontade do paciente: aspectos éticos e legais”.

Na análise final, fase de tratamento dos resultados, as respostas foram articuladas com a pesquisa bibliográfica sobre o tema, visando contextualizar e comparar os dados dos relatos dos profissionais inseridos na pesquisa, bem como conjecturar novas possibilidades acerca da investigação proposta.

Apresentação dos participantes da pesquisa

Esta investigação foi realizada com 36 médicos residentes de hospital, sendo 20 homens e 16 mulheres formados entre 2006 e 2013, a maioria pela Universidade Federal da Paraíba. A idade dos participantes variou entre 23 e 35 anos. A amostra foi formada por jovens médicos em especialização que vivenciaram modificações importantes no ensino da ética/bioética nas escolas de medicina do país.

A visão deontológica, prevalente há poucos anos, não mais atende às necessidades atuais da formação do profissional. A busca por respostas para novos desafios da contemporaneidade passa não apenas pela reestruturação do aparelho formador, mas, acima de tudo, deve privilegiar o respeito à autonomia do ser humano enfermo, na sua complexa realidade biopsicossocial e espiritual. Dessa forma, a amostra pôde traduzir o encaminhamento das aludidas transformações no contexto do ensino médico.

Os entrevistados eram provenientes de diversas especialidades, sendo anestesiologia, clínica médica e pediatria as mais frequentes. Todavia, também houve médicos residentes de medicina de família e comunidade, oftalmologia, cirurgia geral, psiquiatria, reumatologia, dermatologia e infectologia.

Apresentação do material empírico

Diretivas antecipadas de vontade são importantes para promover a autonomia do paciente

O respeito à autonomia do paciente é um dos principais balizadores do processo de saúde, permitindo participação efetiva do enfermo e requerendo do médico plena capacitação para exercer sua atividade em conjunto com o paciente. Concomitantemente, introduzem-se várias questões no ato de cuidar e tratar, que modificam diretamente a relação entre médico e paciente. O testamento vital é exatamente um desses novos procedimentos, e pode ser identificado com a essência do ato de cuidar que, entretanto, elimina qualquer possibilidade de paternalismo na relação ao facultar ao paciente adesão ou não a tratamentos ou procedimentos no período final da vida. O TV é instrumento que permite garantir o controle do indivíduo nas decisões sobre sua saúde, conforme evidenciado nas falas a seguir:

“Através desse documento, o paciente pode expressar e estabelecer seus desejos para que possam ser respeitados e atendidos” (M2);

“A inserção das diretivas antecipadas da vontade do paciente na prática médica vai ao encontro de preceitos importantes do Código de Ética Médica, especialmente o que versa sobre a autonomia do paciente” (M3);

“Importante instrumento (...) à medida que serão realizados procedimentos apenas da vontade do próprio paciente” (M4);

“Fundamental importância para que o atendimento realizado seja de forma ideal, determinando e conhecendo o desejo de cada paciente” (M5);

“Representa a vontade do paciente em receber ou não determinado tratamento (...) a possibilidade de o paciente optar ou não por um tratamento deve sempre existir” (M6);

“Confere autonomia, direito de todo ser humano, inclusive na hora da morte” (M9);

“Acredito que todos os pacientes possuem o direito de escolher quais tratamentos ou práticas médicas serão exercidas sobre sua condição, em especial aqueles em fase terminal” (M11);

“Fator indispensável para registrar o desejo de como o paciente quer o desfecho de sua vida” (M17);

“A ética médica é regida por alguns princípios como, por exemplo, o da autonomia (...) Dessa forma, o que o sujeito deseja fazer sobre sua saúde é de extrema importância para o médico e toda equipe de saúde” (M27);

“Leva em consideração a vontade dos pacientes” (M28);

“Assegura que seja realizada a vontade do paciente, a sua autonomia, quando não for capaz de se expressar” (M30);

“Instrumento de grande importância para garantir o direito sobre o próprio corpo” (M34).

Os trechos dos relatos ressaltam que os entrevistados reconhecem diretivas antecipadas da vontade como instrumento que promove participação mais ampla dos pacientes na tomada de decisões no que concerne a sua saúde. A participação do paciente no processo de atenção à saúde tem sido almejada desde os mais remotos tempos, quando Hipócrates propôs em seu primeiro “Epidemias” que o paciente deve combater a doença com seu médico¹⁵. É exemplificada também na corte estadunidense, no caso Schloendorff, de 1914, quando o juiz Benjamin Cardozo enfatizou que todo ser humano tem poder de decisão sobre o próprio corpo¹⁶. Obras publicadas durante a década de 1970 também discutem a participação do paciente no processo de tomada da decisão, apontando para o princípio da autonomia¹⁷⁻¹⁹.

A partir de então, em vários países foram elaboradas leis e documentos que refletem o desenvolvimento da ideia da atuação compartilhada entre médico e paciente, processo que confere elevada consideração à autonomia do enfermo. Hodiernamente, admite-se possibilidade de diretivas antecipadas, permitindo manifestação livre e autônoma dos indivíduos^{20,21}. O trecho de discurso a seguir corrobora esse preceito: “assegura que seja realizada a vontade do paciente, a sua autonomia, quando não for capaz de se expressar” (M30).

Nesse entendimento, o TV certifica que o paciente tem o direito de se recusar a suportar tratamentos fúteis ou extraordinários que não propiciem benefício efetivo. Não obstante, apresentando-se a morte como inevitável, os tratamentos devem melhorar a qualidade de vida e não só prolongar a sobrevivência. O testamento vital é o documento que garantirá autonomia e dignidade do paciente em fase terminal, protegendo-o de sofrimentos desnecessários e obstinação terapêutica sem fundamentos²².

Nesse contexto, Duarte²³ afirma que o TV tem a finalidade de precaver contra tratamentos invasivos, inúteis, dolorosos e que prolonguem a vida sem dignidade, representando a vontade do indivíduo acerca dos limites a serem cumpridos em caso de patologia grave que o acometa e que lhe produza inconsciência. Destarte, a definição de autonomia reporta-se à perspectiva de que cada ser humano deve ser verdadeiramente livre para escolher por si e para si, tendo acesso às condições mínimas para se autorrealizar.

Por outro lado, estudo acerca de atuais desafios para a relação médico-paciente aponta que a autonomia, no âmbito da saúde, não pode ser compreendida como poder absoluto e ilimitado. Nessa relação, faz-se necessário encontrar compatibilidade entre poder individual e os demais poderes que envolvem esse complexo vínculo. O reconhecimento da autonomia do paciente não implica recuo da autonomia do médico, pois, nesse contexto, não existe espaço para submissão. Portanto, deve-se caminhar na direção da copresença ética na relação médico-paciente^{20,24}.

É oportuno destacar que o exercício do comportamento ético aparece na atuação médica de forma singular, quando se refere à interface entre beneficência e autonomia do paciente. Trata-se de tema de conteúdo bioético que se apresenta quando o médico leva em consideração sua vontade e autonomia profissional a fim de ofertar o que considera melhor para o paciente, respeitando ou não a autonomia dele. Nesse sentido, sobressai-se o princípio da beneficência e da não maleficência, assinalados nos aforismos hipocráticos: *primum non nocere*, jamais prejudicar²⁵.

Durante algumas situações, quando o paciente estiver submetido a risco grave e a atuação paternalista puder evitar danos, ou seja, quando os benefícios provenientes da ação médica superarem os inconvenientes e a desconsideração da autonomia do paciente, a atuação do médico pode ser autônoma. Nas demais situações, a autonomia do paciente deve ser colocada sempre em elevada deferência²⁵.

Nesse sentido, o Código de Ética Médica (CEM) prescreve em seu capítulo V, artigo 31, que é vedado ao médico *desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte*²⁶. Existem dois posicionamentos que amparam o respeito ao paciente. Para alguns autores, cabe ao médico suscitar meios necessários ao diagnóstico e

ao tratamento do paciente sem, contudo, assumir postura autoritária. Para outros, o médico deve compartilhar informações com o paciente, buscando seu consentimento, além de manter sigilo e respeitar a privacidade do indivíduo doente²⁷. Entretanto, vale ressaltar que quanto melhor a relação entre paciente e médico, melhor será a decisão médica de não causar dano ao paciente, respeitando sua autonomia em todos os momentos até o final da existência.

Nessa situação, o paciente deve estar inserido em todo o processo de decisão, a fim de que exerça plenamente sua autonomia^{5,25}, como expressa o trecho desse relato: *“Acredito que todos os pacientes (...) possuem o direito de escolher quais tratamentos ou práticas médicas serão exercidas sobre sua condição, em especial aqueles em fase terminal”* (M11). Nesse sentido, o TV deve ser elaborado por indivíduo com lucidez mental e completa autonomia, ou seja, é documento direcionado ao paciente capaz de deliberar sobre si mesmo. Os discursos dos médicos evidenciam que o TV é instrumento capaz de materializar a autonomia do paciente, permitindo a expressão prévia de desejos e aspirações relativos à sua saúde de modo que possam ser atendidos quando o paciente não for mais capaz de tomar decisões⁴.

Humanização da assistência médica na terminalidade

Apesar de avanços técnicos e científicos permitirem prolongar a vida, existem casos complexos que provocam debate entre obstinação terapêutica e cuidados paliativos²⁸. Nessas discussões surge a preocupação com o alívio e a redução do sofrimento dos doentes terminais. O TV, expressando a vontade do paciente, humaniza a assistência e minimiza desconfortos e sofrimentos, como deixam transparecer os seguintes depoimentos:

“Com o avançar terapêutico, as doenças crônicas degenerativas encontram-se em prevalência ascendente, os conceitos de apoio à terminalidade e cuidados paliativos estão em voga. Destarte, é fundamental que as escolhas do paciente sejam respeitadas” (M7);

“De grande importância (...) para a realização de uma conduta mais humanizada, aprofundando a relação médico-paciente” (M13);

“Uma forma mais humana e justa de tratar vidas” (M16);

“Vem auxiliar a prática médica na medida em que procedimentos e tratamentos sem necessidade são

evitados, e a prática de cuidados paliativos pode ser melhor empregada” (M18);

“Vai contribuir para o melhor cuidado do paciente” (M21);

“Acredito que instrumentos que façam valer a vontade expressa pelo paciente são fundamentais para que seja ofertado um atendimento integral, evitando desconforto ao paciente e aos familiares” (M22);

“Contribui de forma importante na relação médico-paciente, além de estimular a atenção aos pacientes de forma holística” (M24);

“Entendo como algo extremamente importante para fundamentar decisões concernentes à ortotanásia e tratamentos que visam a qualidade de vida do paciente” (M26);

“Contribui para humanização da prática” (M32).

Esses depoimentos revelam que os médicos consideram o TV como aliado para oferecer melhor assistência ao paciente em estado terminal. Estudos realçam que a retirada da autonomia do doente concorre para determinar a incompetência do indivíduo descomposto e fragilizado pela doença. O TV, ao reconhecer desejos e aspirações do paciente, proporciona tratamento solidário e humano^{24,29}.

Nesse enfoque, pode-se depreender que o TV pode promover a “boa morte” por meio da humanização da assistência e do respeito às aspirações próprias de cada paciente. Corroborando esse entendimento, estudo demonstrou que a morte digna se estabelece no princípio da autodeterminação do doente sobre os tratamentos prescritos a ele, mesmo quando se encontra incapaz de tomar decisões³⁰.

A humanização da morte tem sido remetida ao conceito de ortotanásia. Etimologicamente, ortotanásia significa morte correta: do grego antigo *orthos* (certo) e *thanatos* (morte). Enuncia a morte no tempo certo, sem o prolongamento artificial da vida, sem causar sofrimento desnecessário advindo de técnicas terapêuticas inúteis. A ortotanásia não adia a morte nem a promove, apenas evita a utilização de procedimentos que aviltam a dignidade humana nos últimos momentos da vida, visando humanizar a assistência e qualidade de vida².

Nesse contexto, é precípuo ressaltar a distinção entre o direito de escolher a morte e a anuência à morte digna, emergindo a eutanásia como comportamento ativo e intencional de abreviação da vida de doente terminal por meio de procedimentos que

ocasionam a morte³¹. Contudo, a distanásia ou obstinação terapêutica é atitude médica de prolongar a vida do paciente a qualquer custo, contrapondo-se à ortotanásia².

Dessa forma, o TV deve ser respeitado e considerado na presença de patologias irreversíveis, nas quais a obstinação terapêutica acarretaria dor e sofrimento³²: *“Entendo como algo extremamente importante para fundamentar decisões concernentes à ortotanásia e tratamentos que visam a qualidade de vida do paciente”* (M26).

Sob a perspectiva da ortotanásia, que resguarda o morrer com humanização e dignidade, cuidados paliativos são a prática adequada, aceitando a morte como processo natural, sem estabelecer distanásia ou executar eutanásia². Por definição, cuidados paliativos são abordagens que possibilitam melhor qualidade de vida a pacientes terminais e suas famílias, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. As estratégias utilizadas são identificação precoce, avaliação eficaz e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais^{33,34}. A essência dos cuidados paliativos é a assistência integral do paciente e da família, controle efetivo dos sintomas, apoio emocional e comunicação adequada^{35,36}.

Logo, caso o paciente consiga optar pela instituição de cuidados paliativos, poderá experimentar tratamento integral, amplo, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, espirituais e sociais. Isso é evidenciado no depoimento a seguir: *“Acredito que instrumentos que façam valer a vontade expressa pelo paciente são fundamentais para que seja ofertado um atendimento integral ao paciente e sua família, evitando desconforto ao paciente e aos familiares”* (M22). Nessa linha de pensamento, dor e sofrimento humano no contexto da saúde remontam a aspectos que ultrapassam questões fisiológicas e nos direcionam para reflexões sobre a integridade da pessoa humana e, portanto, do prejuízo à qualidade de vida. Nessa perspectiva, faz-se necessário investir na prática do cuidar, tradução da humanização e do apreço pela dignidade humana.

Aspectos éticos e legais

O final da vida é algo complexo, demandando questionamentos, discussões e debates cujo consenso mostra-se penoso e de difícil alcance. Inseridas nesse panorama de indagações e polêmicas estão as diretivas antecipadas de vontade do paciente, instrumento elaborado antecipadamente, mas que exerce seu papel na terminalidade da

vida do indivíduo, momento difícil e fomentador de controvérsias no âmbito ético e jurídico, conforme mostrado nos relatos a seguir:

“Desde que seja confirmada a sanidade mental do paciente e de todo o registro por escrito como forma e com poder de testamento perante a lei, o testamento vital pode ser sim aprovado e posto em prática” (M1);

“Seria válida até certo limite, já que apesar de a liberdade de tratamento ser um direito que assiste o paciente, não se pode colocar em risco a boa assistência e proteção à vida humana” (M8);

“Acredito que o paciente tem direito de tomar as decisões pertinentes a seu corpo, desde que sejam expressas de maneira clara e em condições normais de suas faculdades mentais. Cabe ao médico discutir com o paciente, quando possível, se julgar que necessita de esclarecimento técnico ou quando acha que o paciente não está totalmente consciente do que está fazendo” (M10);

“Acredito que todos os pacientes com capacidade de julgamento e conhecimento prévio sobre sua morbidade possuem o direito de escolher quais tratamentos ou práticas médicas serão exercidas sobre sua condição, em especial, aqueles em fase terminal” (M11);

“Acredito que o paciente deve ter a liberdade e assim demonstrar sua vontade, sendo que essa liberdade não deve ultrapassar os limites éticos e legais” (M12);

“Concordo. Porém, deve haver diretrizes para melhor entendimento dos médicos, pacientes e familiares” (M19);

“Considero importante essa inserção, pois ajuda a fundamentar ações médicas perante situações de saúde terminal, (...) já que a questão é polêmica” (M20);

“Acredito que vai contribuir para o melhor cuidado do paciente quando não seja incoerente com o código de ética” (M21);

“Válido, pois poderá expressar, quando em perfeitas condições mentais, a vontade do paciente” (M29);

“Algo que merece uma discussão mais aprofundada sobre todas as repercussões possíveis no ato médico e o exercício da profissão antes de ser implantado” (M31).

Os discursos expressam a inquietude que permeia a inserção do TV na atenção médica. Embora favoráveis ao instrumento, os participantes entendem a necessidade de que se observem alguns requisitos em prol de profissionais de saúde, pacientes e familiares. Nessa linha de pensamento, consideram imperativo que o TV seja elaborado por indivíduo capaz, em pleno gozo de suas funções mentais, como assinala o depoimento de M1: *“Desde que seja confirmada a sanidade mental do paciente (...) o testamento vital pode ser sim aprovado e posto em prática”*. Nesse enfoque, estudo esclarece que o documento em questão deve ser escrito por pessoa com discernimento e será considerado apenas em situações de terminalidade da vida, quando o paciente estiver incapaz de expressar sua vontade. O significado de encontrar-se “apto”, nessa ocasião, ultrapassa o simples preenchimento de requisitos legais, presumindo que o paciente esteja em condição especial subjetiva de ser capaz de construir juízo desembaraçado, sem incertezas quanto à sua vontade^{21,31}.

A esse respeito, outro estudo defende que o TV seja redigido por pessoa adulta, detentora das suas capacidades psíquicas e comportamentais, que não esteja acometida de doença física ou de alterações emocionais. Recomenda ainda que, a fim de assegurar maior garantia, seja atestado, mediante documento escrito por médico psiquiatra ou psicólogo clínico, estado de perfeita normalidade. Essa decisão é de extrema gravidade e não pode ser tomada durante momento emocionalmente difícil, como durante processo incompleto de luto por ente amado, cuja morte tenha ocorrido de maneira difícil e traumática³⁷. Como declarado pelos médicos que participaram da pesquisa, é fundamental que o médico proporcione ao declarante informação completa e verdadeira sobre a situação em relação à qual vai decidir, como refere o participante M10: *“Cabe ao médico discutir com o paciente, quando (...) necessita de esclarecimento técnico ou quando acha que o paciente não está totalmente consciente do que está fazendo”*.

Nesse sentido, estudo assinala que, no âmbito da relação clínica com o paciente, toda intervenção necessita de consentimento informado, livre e esclarecido, considerado componente vital da ética profissional. Consequentemente, o médico e os outros profissionais de saúde têm o dever de informar, em linguagem acessível, fatos relevantes para que o doente possa tomar sua decisão em plena consciência. Demanda-se, todavia, cautela para informar e, acima de tudo, esclarecer ao paciente, de maneira

que a informação transmitida seja apreendida com tranquilidade e suavidade³⁸. Depreende-se que o paciente é a parte frágil no vínculo instituído com o médico, uma vez que desconhece aspectos técnicos da medicina. O consentimento informado é expressão de sua vontade, e por isso o paciente deve ter total consciência dos procedimentos propostos e riscos associados. A partir de então passa a ser capaz de emitir autorização, caso deseje, para a prática do ato médico⁷.

Na ausência de informação completa, verdadeira e compreensível, o paciente não será capaz de decidir sobre seu consentimento ou acerca da proposta terapêutica. Na falta de total entendimento da informação oferecida, o consentimento torna-se inválido. A declaração antecipada é consentimento para o ato médico, no qual se decide no momento presente sobre a situação que será vivenciada no futuro. Decide-se, portanto, sobre tema de valiosa gravidade, como é o processo de morrer, sem, entretanto, ter a certeza de se estar optando pela melhor escolha ou interesse. Dessa forma, é premente que durante a redação de documento dessa natureza esteja presente médico competente³⁷. Quando o paciente conhece as informações técnicas relativas às formas de tratamento, sabe das consequências que sua aceitação ou rejeição podem acarretar e, portanto, consciente das decisões que toma, julgará melhor os cuidados com sua própria saúde.

Cabe ao médico orientar o indivíduo quanto a tratamentos e procedimentos que podem ou não ser recusados, garantindo que o conteúdo do instrumento representa a real vontade do paciente, respeitando limites éticos recomendados pelo CEM. A postura do médico, portanto, deve ser participativa, orientadora e ativa^{7,22}. Cumpre assinalar que o TV não é absoluto, visto que se encontra limitado por contestação da consciência do médico, disposições do ordenamento jurídico, contraindicações pertinentes à patologia do paciente ou por prever terapêutica já defasada na medicina²². Caso as diretivas antecipadas estejam em desacordo com sua consciência, o médico pode recusar-se a instituí-las. Para isso, é necessário que exista outro profissional apto a substituí-lo. Todavia, é oportuno destacar que o profissional médico não poderá atuar motivado unicamente pela sua consciência, devendo prevalecer a vontade manifestada pelo paciente²¹.

No que concerne à limitação motivada pelas disposições do ordenamento jurídico, ao se declarar que o paciente não pode tomar decisões contrárias às leis em vigência, reafirma-se o princípio da legalidade. É proscria a prática da eutanásia, sendo as

diretivas antecipadas admitidas somente em casos de ortotanásia. Para se atender a essas restrições, é necessário observar a distinção entre cuidados paliativos e tratamentos desnecessários e desproporcionais, uma vez que apenas o segundo pode ser objeto da declaração²¹.

Diretivas que representem contraindicações pertinentes à patologia do paciente ou que tratem de terapêuticas já ultrapassadas na medicina devido ao avanço nas terapêuticas médicas são consideradas nulas, com vistas a impedir que o TV coloque em risco os interesses do paciente. Esse limite pretende resguardar, acima de tudo, o melhor interesse do paciente, enaltecendo o princípio da beneficência.

É forçoso evidenciar que as situações mencionadas serão consideradas apenas na medida em que o tratamento for considerado extraordinário ou desproporcional, situação sobre a qual o paciente pode decidir. Caso a terapêutica for necessária ou proporcional, o profissional médico deverá realizá-lo²¹. Nessa linha de raciocínio, estudo defende que o conteúdo do documento das diretivas antecipadas somente será considerado pelo médico caso não contrarie leis, não se constitua em procedimentos que caminhem no sentido contrário à boa prática clínica ou não produza encargos a outros³⁷. Isso confirma o depoimento de M12: *“Acredito que o paciente deve ter a liberdade e assim demonstrar sua vontade, sendo que essa liberdade não deve ultrapassar os limites éticos e legais”*.

Os participantes da pesquisa enfatizam ainda que o TV ampara e protege o profissional médico em suas decisões, exercendo papel de extrema relevância em situações de saúde terminal ao fundamentar ações médicas, inclusive quando ocorre desacordo entre a vontade manifestada pelo paciente e por seus familiares, conforme depoimentos assinalados a seguir:

“De grande importância tanto para a realização da vontade do paciente, como ser humano racional, (...) aprofundando a relação médico-paciente, e também para a própria proteção do profissional em âmbitos judiciais e sociais” (M13);

“Justo, já que a vontade do paciente deve prevalecer acima de qualquer familiar” (M14);

“Considero importante essa inserção, pois ajuda a fundamentar ações médicas perante as situações de saúde terminal, (...) já que a questão é polêmica” (M20);

“É de fundamental importância (...) para proteger o médico que respeita a vontade do paciente” (M23);

“Instrumento importante que auxilia e ampara o médico em suas decisões. Acredito que é um importante instrumento de auxílio à atenção médica ao paciente” (M33);

“Importante para a resolução de conflitos éticos” (M36);

“São importantes na tomada de decisões e direcionamento do cuidado por parte da equipe de saúde” (M37).

Os relatos denotam o entendimento de que é imprescindível que o médico esteja protegido do ponto de vista ético e legal, a fim de que possa respeitar e considerar as diretivas antecipadas de vontade do paciente. Todavia, estudo realça que ambas as partes envolvidas em relação médico-paciente, em circunstâncias de terminalidade, necessitam de proteção e garantias. O paciente deve ter seus desejos e aspirações atendidos, manifestação do respeito a sua autonomia e dignidade quando não for mais capaz de exprimi-los com clareza e sensatez. Por outro lado, ao médico deve ser garantido que, ao atender expressamente a vontade do paciente, não estará passível de sofrer sanções no âmbito jurídico ou de sua entidade de classe³². O direito de o paciente expressar e ter concretizados seus desejos deve estar vinculado à garantia de imunidade à equipe médica por concordar em suspender medidas terapêuticas desproporcionais ou fúteis destinadas a pacientes terminais sem perspectivas de recuperação, seguindo expressamente a vontade do paciente.

Dessa forma, a garantia de inimizabilidade penal deve estar contida de maneira clara e formal tanto no código profissional médico quanto em dispositivos legais que discorram sobre o tema³². Acerca desse assunto, outro estudo sugere a adoção de medidas para oferecer morte digna: respeito à autonomia do paciente, imunidade penal para a equipe médica, descriminalização da ajuda para morrer e punição para a obstinação terapêutica. De fato, o conceito de morte digna pode ser subjetivo; contudo, morrer sendo submetido a tratamento contra a sua vontade pode se constituir em afronta a princípios jurídicos que representam conquistas históricas na atualidade³⁰.

As diretivas antecipadas, em regra, vinculam médicos e familiares à vontade do paciente. O documento em questão deve ser imune a interferências externas dos médicos, da família ou de qualquer pessoa e/ou instituição que intente estabelecer sua própria vontade, por ser exercício do

direito fundamental à liberdade de forma genuína: espaço que o indivíduo dispõe para tomar decisões pessoais.

Em sociedades plurais e democráticas é inconcebível a imposição de vontades individuais, porquanto o papel do Estado é de possibilitar a coexistência dos diversos projetos individuais de vida³². A Resolução CFM 1.995/2012⁸ confere legitimidade à postura médica sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Essa resolução permite ao médico respeitar a vontade previamente documentada pelo paciente no momento em que este não possui mais condições de expressá-la, e desde que essas últimas vontades estejam em consonância com os ditames do CEM e dos dispositivos legais. Vale ressaltar que a vontade manifestada pelo paciente deve preponderar sobre qualquer outro parecer não médico, até mesmo sobre os desejos dos familiares³⁹.

Nessa perspectiva, Silva e Gomes⁴⁰ afirmam que as diretivas antecipadas da vontade consideram o paciente como sujeito central do processo de saúde em detrimento da tecnologia médica e da obstinação terapêutica. O médico, igualmente, requer que sua autonomia, crença e respeito às normas deontológicas-profissionais sejam consideradas. Dessa forma, depreende-se que as decisões médicas devem dar prioridade ao paciente, e não a sua família ou ao próprio médico. Deve-se buscar consenso sobre as decisões de saúde, discutindo expressamente com a eventualidade de persuasão mútua. A tomada de decisões deve ser partilhada, valorizando o vínculo entre médico e paciente. Em caso de conflito, deve-se ceder maior valor às preferências do paciente, mesmo que não de forma absoluta, dado que restrições legais devem ser respeitadas.

Nessa linha de raciocínio, estudo sugere que o médico deve recomendar ao paciente que compartilhe seus posicionamentos sobre os procedimentos desejados ou refutados com seus familiares e amigos de confiança. Essas informações podem ser úteis para nortear futuras decisões. A divulgação dos desejos do paciente, e, sobretudo, do que não deseja, assegura que outras pessoas, além do médico, tenham conhecimento de suas preferências. Essa comunicação é fundamental, visto que atua como fator de convencimento para os familiares²⁰. É oportuno ressaltar que, em geral, a terminalidade consiste em situação de penosa aceitação pela família, que envida todos os esforços para que o paciente continue a viver. Esse anseio pela presença do ente querido pode encarcerar o enfermo em seu

sofrimento e dor, prolongando o tempo de vida, que concorre para a degradação do indivíduo doente⁴¹.

Quando não se estabelece consenso entre médico e familiares em relação à condução do processo de tomada de decisões, institui-se conflito de opiniões e interesses²⁰. Diante desse contexto repleto de controvérsias, um dos participantes da pesquisa reconhece a necessidade de criar lei específica para o tema em questão, conforme relatado: *“com poder de testamento perante a lei, o testamento vital pode ser sim aprovado e posto em prática”* (M1). Dadalto²² também declara a premente necessidade de se elaborar dispositivo legal que trate da temática em nosso país, não obstante se reconheça o avanço proporcionado pela publicação da Resolução CFM 1.995/2012⁸.

A ausência de regulamentação jurídica provoca insegurança para indivíduos que pretendem deixar sua vontade expressa e para médicos que, perante casos concretos, percebem-se diante de conflito entre vontades de diferentes interessados, especialmente o paciente e seus familiares. A regulamentação abrangente sobre a aplicação do TV pode favorecer sua inserção na prática médica de maneira objetiva e eficiente. Dessa forma, médicos, pacientes e seus familiares poderiam ser privilegiados com instrumento que respeita a autonomia e dignidade do paciente, protege o médico e ajuda a resolver conflitos éticos e legais entre os envolvidos na questão da terminalidade⁴².

Considerações finais

Considerando a análise dos depoimentos dos médicos participantes da pesquisa, pode-se destacar o testamento vital como instrumento capaz de garantir morte digna ao paciente. A primeira categoria temática identificada ressaltou o valor das diretivas antecipadas para assegurar a autonomia do paciente sem possibilidades terapêuticas de cura. A segunda assinalou a contribuição do aludido diploma para humanizar a assistência médica na terminalidade. Por outro lado, a terceira categoria abordou aspectos éticos e legais envolvidos na discussão sobre as diretivas antecipadas de vontade. O estudo possibilitou evidenciar a relevância do testamento vital no respeito à autonomia do paciente terminal, propiciando humanizar seu atendimento, e apontou a necessidade de se criar dispositivo legal que regulamente sua utilização formal no Brasil.

Nessa perspectiva, a temática com ênfase na realidade brasileira requer grandes debates no que se refere à terminalidade. Considera-se que

este estudo abre novos horizontes no campo da investigação científica acerca do testamento vital, levando-se em conta que poucos estudos foram direcionados à respectiva temática no âmbito da literatura nacional. Espera-se que esta pesquisa possa subsidiar novas investigações que investiguem a terminalidade, a fim de ampliar a compreensão

sobre o posicionamento de médicos quanto aos últimos momentos da vida de seus pacientes. Por fim, destaca-se que o testamento vital coaduna-se com a terminalidade, mas esta é apenas um dos estágios clínicos em que ele terá eficácia. A lacuna deste estudo se concentra na limitação amostral, portanto admite-se opiniões diferentes sobre o assunto.

Referências

1. Cás HCM. As inovações biotecnológicas e o prolongamento artificial da vida humana. *Rev Direito Unigranrio*. 2008;1(1):18-22.
2. Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA, Souza LL, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2010;18(2):275-88.
3. Burlá C, Rego G, Nunes R. Alzheimer, dementia and the living will: a proposal. *Med Health Care Philos*. 2014;17(3):389-95.
4. Piccini CF, Steffani JA, Bonamigo ÉL, Bortoluzzi MC, Schlemper BR Jr. Testamento vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. *Bioethikos*. 2011;5(4):384-91.
5. Nunes R. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2009;17(1):29-39.
6. Sánchez AV, Villalba SF, Romero PMG, Barragán SG, Delgado MTR, García MTM. Documento de voluntades anticipadas: opinión de los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Semergen*. 2009;35(3):111-4.
7. Godinho AM. Testamento vital e o ordenamento brasileiro. [Internet]. *Jus Navigandi*. 2010 [acesso 6 out 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2jTk4VZ>
8. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília; 31 ago 2012 [acesso 19 nov 2015]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/207VBbw>
9. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
10. Strauss AL, Corbin JM. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Costa SFG, Valle ERM. Ser ético na pesquisa em enfermagem. João Pessoa: Ideia; 2000.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília; 13 jun 2013 [acesso 19 nov 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1mTMIS3>
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2010.
15. Lloyd GER. Hippocratic writings. London: Penguin; 1978.
16. Cardozo B. Dissenting opinion in *Schloendorff v. Society of New York Hospital*. [Internet]. 1914 [acesso 15 out 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2kSsNW0>
17. Ramsey P. *The patient as person*. New Haven: Yale University Press; 1970.
18. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford; 1978.
19. United States of America. The Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. [Internet]. Washington: DHEW Publication; 1978 [acesso 15 out 2014]. v. 2. Disponível: <http://bit.ly/1Rhq0m>
20. Alves CA, Fernandes MS, Goldim JR. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Rev HCPA*. 2012;32(3):358-62.
21. Lingerfelt D, Hupsel L, Macedo L, Mendonça M, Ribeiro R, Gusmão Y *et al*. Terminalidade da vida e diretiva antecipadas de vontade do paciente. *Rev Direito Unifacs*. 2013 [acesso 6 out 2016];152. Disponível: <http://bit.ly/2koFefK>
22. Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2013;21(1):106-12.
23. Duarte EC. O direito de morrer a propósito da Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina. *Jurisp Mineira*. 2012;63(202):19-25.
24. Carretta MB, Bettinelli LA, Lorenzini Erdmann A. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):958-62.
25. Silva HB. Beneficência e paternalismo médico. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(2 Suppl):S419-25.
26. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Código de Ética Médica. [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 3 fev 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2gyRqtD>
27. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
28. Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad: estudio sobre voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2010;24(6):437-45.

29. Abreu CB. Testamento vital entre o neoconstitucionalismo e o constitucionalismo andino. *Revista Jurídica Cesumar*. 2013;13(1):75-95.
30. Keinert RC, Keinert TMM, Dias DS. Morrer faz parte da vida: o direito à morte digna. *BIS Bol Inst Saúde*. 2010;12(3):260-7.
31. Penalva LD. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2009;17(3):523-43.
32. Dadalto L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). *Rev Bioét Derecho*. 2013;28:61-71.
33. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2ª ed. Geneva: WHO; 2002.
34. Gómez-Sancho M, Altisent R, Bátiz J, Ciprés L, Corral P, González-Fernández JL *et al*. Atención médica al final de la vida: conceptos. *Rev Soc Espa Dolor*. 2010;17(3):177-9.
35. Silva Filho SRB, Lôbo RR, Lima NKC, Ferriolli E, Moriguti JC. Cuidados paliativos em enfermagem de clínica médica. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2010;43(2):126-33.
36. Menezes RA. Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença. *Physis*. 2011;21(4):1429-49.
37. Serrão D. Requisitos para um bom testamento vital. *Revista Portuguesa de Filosofia*. 2011;67(3):619-29.
38. Nunes R. Testamento vital. *Nascer Crescer*. 2012;21(4):250-5.
39. Rocha AR, Buonicore GP, Silva AC, Pithan LH, Feijó AGS. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2013;21(1):84-95.
40. Silva MIF, Gomes FB. Possibilidade de inclusão do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. *Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva*. 2012;18:205-20.
41. Magalhães CCPF. Os testamentos vitais e as diretrizes antecipadas. [Internet]. *JusBrasil*. 2012 [acesso 6 out 2016];16:125-7. Disponível: <http://bit.ly/2kSLAAN>
42. Costa CA, Thebaldi IMM. O testamento vital e a possível validade no direito brasileiro. *Revista Eletrônica Jurídica da Fupacto*. 2010;1(1):109-19.

Participação dos autores

Márcia Adriana Dias Meirelles Moreira participou de todas as etapas do processo. Solange Fátima Geraldo da Costa orientou o delineamento do projeto e todas as etapas de sua realização, bem como análise dos resultados, contribuindo intelectualmente para a dissertação e o artigo final. Mônica Lorena Dias Meirelles da Cunha participou da coleta e análise dos dados, redação do artigo e revisão para submissão. Ana Aline Lacet Zaccara participou da coleta e análise de dados e revisão do artigo para submissão. Melissa Negro-Dellacqua participou da análise dos resultados, redação, revisão e formatação do artigo para a submissão. Fernando Dutra foi orientador de mestrado da autora principal e contribuiu de forma ativa em todas as etapas do processo.

Recebido: 26. 8.2016

Revisado: 21.11.2016

Aprovado: 6.12.2016

