

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA PERCEPÇÃO
DE ESTUDANTES DE MEDICINA**

CURITIBA

2021

TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA PERCEPÇÃO
DE ESTUDANTES DE MEDICINA**

Dissertação apresentada como requisito parcial da avaliação para a conclusão do Curso de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde. Orientadora Prof. Dr. Márcio José de Almeida.

Linha de Pesquisa I: Currículo, processos de ensino-aprendizagem e avaliação na formação em Saúde.

CURITIBA

2021

N163d

Nakagawa, Tatiana Rosa Ogata
Diretivas antecipadas de vontade na percepção de
estudantes de medicina / Tatiana Rosa Ogata Nakagawa -
Curitiba, 2021.
121f.: il.; 30cm

Orientador: Márcio José de Almeida

Dissertação (Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde)
– Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da
Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe.

1. Terminalidade da vida. 2. Cuidados paliativos. 3. Diretivas
antecipadas (Cuidados médicos). 4. Bioética. I. Almeida, Márcio
José de (orient.). II. Título.

CDD 174.9574

CDU 614.253

Ficha elaborada pela bibliotecária Maria Isabel Schiavon Kinasz – CRB9/626

TERMO DE APROVAÇÃO

TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA

“Diretivas Antecipadas de Vontade na Percepção de Estudantes de Medicina”

Dissertação **aprovada** como requisito parcial para obtenção do grau de **MESTRE**, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Marcos Almeida

Orientador (a): **Prof. Dr. Márcio José de Almeida**
Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1997). Professor e Orientador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.

Leide Conceição Sanches

Prof.^a Dr.^a Leide da Conceição Sanches
Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Paraná (2016). Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.

Jorge Vinícius Cestari Felix

Prof. Dr. Jorge Vinícius Cestari Felix
Doutor em Ciências (Fisiologia Humana) pelo Departamento de Fisiologia e Biofísica do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo (2012). Professor do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Curitiba, 30 de novembro de 2021.



Dedico esse trabalho às minhas filhas Beatriz e Bruna que tiveram a paciência de me aguardar, o sorriso para me acalantar e o carinho para me consolar sempre.

Ao meu querido e amado esposo Cristiano, que é minha fortaleza e meu recanto de paz.

Aos meus pais pelo eterno apoio incondicional.

À toda minha família que sempre caminhou ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Márcio de Almeida, que me inspirou nesse tema, me apoiou e incentivou sempre.

Agradeço as lindas acadêmicas Andressa, Gabriela, Laura e Valéria, que trilharam esse caminho comigo.

E agradeço principalmente a Deus, por toda sua benevolência e sabedoria, nos guiando e iluminando sempre.

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.

Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou.”

Bíblia Sagrada. Antigo Testamento.

Eclesiastes 3:1,2.

RESUMO

NAKAGAWA, T.R.O. Ensino em saúde: Diretivas antecipadas de vontade na percepção de estudantes de medicina. 2021. 93 p. Dissertação (Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde) – Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, 2021.

A autonomia do paciente na tomada de decisões a respeito da sua vida e das condutas diagnósticas e terapêuticas na sua saúde tem sido objeto de valorização social crescente. As diretivas antecipadas de vontade surgem, então, como um meio de o paciente expressar sua última vontade de seu autogoverno, salvaguardando o Princípio da Autonomia. No processo de aprendizagem acadêmica, na maioria das escolas médicas, o acadêmico se compromete com a vida, e toda a sua capacitação é fundamentada em aspectos meramente técnicos, apenas uma pequena parte do currículo, quando presente, apresenta conteúdo específico voltado para a terminalidade da vida. Desta forma, como está sendo abordado as Diretivas Antecipadas de Vontade no processo de formação médica? Qual o entendimento dos estudantes sobre este importante tema? A medicina evoluiu com importantes avanços tecnológicos que, apesar de resultarem em melhorias em qualidade de vida, também resultaram em um prolongamento desnecessário da vida, com tratamentos injustificáveis e com a obstinação terapêutica de manter a vida a qualquer custo. O presente estudo constituiu-se em uma pesquisa de cunho descritivo com abordagem qualitativa. O convite foi encaminhado para 608 estudantes do curso de medicina devidamente matriculados em uma IES paranaense. Dos estudantes convidados a responderem aos questionários, foi excluído 01 que já tinham outra graduação prévia e nenhum participava de grupo de pesquisa de cuidados paliativos local. Um total de 13 estudantes tiveram suas respostas analisadas. Não obstante ao período de pandemia pelo COVID19, a pesquisa foi realizada de forma não presencial em conformidade a legislação vigente nacional. O instrumento de pesquisa foi constituído de uma entrevista individual e semiestruturada, aplicada pela plataforma de pesquisa google forms. Em conformidade aos elementos, passos e critérios metodológicos previamente mencionados segundo a proposta metodológica de Bardin (2006) as informações obtidas foram classificadas e dispostas em categorias: Dignidade da

Pessoa Humana e Autonomia do paciente; Conhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. Essa análise qualitativa trouxe à tona importantes temas em como a regulamentação que norteia as diretivas antecipadas de vontade e os princípios que envolvem a bioética, a fim de se consolidar o respeito, a autonomia e a dignidade do paciente que está ou estará passando pela terminalidade da vida

Palavras-chave: terminalidade da vida, diretivas antecipadas de vontade, relação médico-paciente, cuidados paliativos, metodologias ativas em aprendizagem, princípios da bioética aplicada ao ato médico.

ABSTRACT

NAKAGAWA, T.R.O. Health education: Advance directives of will in the perception of medical students. 2021. 93 p. Dissertation (Master's Degree in Teaching in Health Sciences) – Board of Research and Graduate Studies, Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, 2021.

The patient's autonomy in making decisions about their life and diagnostic and therapeutic approaches to their health has been the object of growing social value. The anticipated directives for dying appear, then, as a way for the patient to express his last will for his self-government, safeguarding the Principle of Autonomy. In the academic learning process, in most medical schools, the academic is committed to life, and all their training is based on merely technical aspects, only a small part of the curriculum, when present, presents specific content aimed at the terminality of the life. In this way, how are the advance directives being approached in the medical training process? What is the understanding of students on this important topic? Medicine evolved with important technological advances that, despite resulting in improvements in quality of life, also resulted in an unnecessary extension of life, with unjustifiable treatments and the therapeutic obstinacy to maintain life at any cost. The present study consisted of descriptive research with a qualitative approach. The invitation was sent to 608 medical students duly enrolled in an institute of higher education in Paraná. Of the students invited to respond to the questionnaires, 01 who had already had another previous degree and none of whom participated in a local palliative care research group were excluded. A total of 13 students had their answers analyzed. Notwithstanding the period of pandemic by COVID19, the survey was conducted off-site in accordance with current national legislation. The research instrument consisted of an individual and semi-structured interview, applied by the google forms research platform. In accordance with the elements, steps and methodological criteria previously mentioned, according to the methodological proposal of Bardin (2006), the information obtained was classified and arranged into categories: Human Dignity and Patient Autonomy; Knowledge of Advance Will Directives. This qualitative analysis brought to light important issues such as the regulation that guides the advance directives of will

and the principles that involve bioethics, in order to consolidate the respect, autonomy and dignity of the patient who is or will be going through the terminality of life.

Keywords: terminality of life, advance directive of will, doctor-patient relationship, palliative care, active learning methodologies, principles of bioethics applied to the medical act.

LISTA DE SIGLAS

ANCP – ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

CC – CÓDIGO CIVIL

CEM – CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CF – CONSTITUIÇÃO FEDERAL

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

DAV – DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE

DCN – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA.....	18
3.1.1 <i>Eutanásia</i>	19
3.1.2 <i>Distanásia</i>	22
3.1.3 <i>Ortotanásia</i>	24
3.2 CUIDADOS PALIATIVOS	28
3.3 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	32
3.3.1 <i>Testamento Vital</i>	35
3.3.2 <i>Mandato Duradouro</i>	37
4 TRAJETÓRIA DA PESQUISA	39
4.1 PROCESSO METODOLÓGICO.....	39
4.1.1 <i>Pesquisa Qualitativa</i>	39
4.1.2 <i>Simulação Clínica</i>	41
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO.....	43
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
4.4 TÉCNICA DE ANÁLISE	44
4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	45
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E AUTONOMIA DO PACIENTE.....	50
5.2 CONHECIMENTO SOBRE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES	85
APÊNDICE 1 – SIMULAÇÃO DE UM CENÁRIO REALÍSTICO	85
APÊNDICE 2 – DAV DO PACIENTE SIMULADO	87
APÊNDICE 3 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	88
APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	89
APÊNDICE 5 – QUESTIONÁRIO <i>GOOGLE FORMS</i>	92
APÊNDICE 6 – MANUSCRITO A SER SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA CIENTÍFICA.....	96
ANEXO	115
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO APROVADO DO CEP	115

1 INTRODUÇÃO

A população tem envelhecido nas últimas décadas, com aumento significativo do câncer e de doenças crônicas. O avanço tecnológico e terapêutico tem feito com que muitos pacientes portadores dessas doenças tenham aumentado sua longevidade.

Algumas problemáticas causadas por esse envelhecimento da população tem levantado questões até então não abordadas e não regulamentadas. A autonomia do ser humano em relações à sua saúde ainda vai de encontro com as normas e regulamentações do Estado, da igreja e das convenções estabelecidas.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) atualizou o conceito de cuidados paliativos de 1990:

Cuidados Paliativos consistem na 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 espirituais. (OMS, 2002)

Alguns historiadores descrevem que a filosofia paliativista, do latim *pallium*, que significa cobrir, amparar e abrigar, iniciou-se na Idade Média, junto com os hospícios. Os hospícios medievais não realizavam o atendimento de pessoas que estavam morrendo, nem necessariamente de doentes, mas eram, em essência, hospedarias para viajantes e peregrinos. A ideia de passagem, de abrigo, acolhimento e de cuidado oferecido é o que liga os hospícios medievais com os modernos. Eram em sua maioria, dirigidos por religiosos cristãos, utilizados para os viajantes de recuperarem das viagens (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

Floriani e Schramm (2010) citam em seu artigo que as primeiras instituições do movimento dos hospícios modernos, iniciaram-se na Europa, em meados do século XIX, em países como a Inglaterra e a França, na grande maioria ligadas a instituições religiosas, fortalecendo-se e focando seu atendimento no cuidar. A partir de 1967 com a fundação do St. Christopher's Hospice em Londres por Cicely Saunders, o movimento de cuidados paliativos e de hospícios cresce e se fortalece.

No Brasil, são encontradas discussões e iniciativas isoladas desde os anos 70, porém, somente nos anos 90 começaram a aparecer os primeiros serviços

organizados, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2019). Muito embora o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da atenção prestada pelo Sistema Único de Saúde tenha melhorado nos últimos anos, ainda existem muitas pessoas para as quais, devido à idade e tipo de doença, a ciência ainda apresenta limitações e postergar a morte natural, de um portador de doença terminal, é uma decisão difícil a ser adotada pelo médico (ANCP, 2019).

A autonomia do paciente na tomada de decisões a respeito da sua vida e das condutas diagnósticas e terapêuticas na sua saúde tem sido objeto de valorização social crescente. O assunto vem sendo abordado por pesquisadores da área da bioética, do biodireito e por legisladores nas últimas décadas em quase todo o mundo.

Os Estados Unidos da América (EUA) vêm discutindo esse assunto desde 1969, quando Luis Kutner redigiu sobre o *living will*, conhecido no Brasil como testamento vital, documento que serviria para proteger o direito individual a permitir a morte. Em 1990, os EUA, através de uma lei federal denominada Patient Self-Determination Act (Ato de Autodeterminação do Paciente), reconheceram o direito de o paciente expor seus desejos em situações futuras, em que mediante a sua incapacidade de decisão, não sendo possível tomar mais decisões conscientes, preserva a sua autonomia e a sua dignidade. Também chamado de mandato duradouro (EUA, 1990).

Na América Latina, países como Porto Rico (PORTO RICO, 2001), Argentina (ARGENTINA, 2009) e Uruguai (URUGUAI, 2009) já tem legislações concedendo autonomia aos pacientes. O Brasil ainda não tem legislação sobre o assunto, somente resoluções de conselhos de classe.

A diretiva antecipada de vontade surge, então, como um meio de o paciente expressar sua última vontade de seu autogoverno, salvaguardando o Princípio da Autonomia. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

A terminologia “diretiva antecipada de vontade” explica-se pelas seguintes razões: o termo “diretiva” remete a orientação ou instrução; “antecipada” porque a manifestação remete a uma situação pretérita àquela em que o paciente se encontra no momento, fazendo menção ao momento em que assinou o documento; “vontade” diz respeito ao fato de os desejos do declarante serem manifestados por meio da diretiva, com base no seu discernimento e na sua capacidade de escolher, entre as possibilidades disponíveis de escolha, aquela que melhor satisfaz as suas necessidades essenciais,

as diretivas antecipadas de vontade são uma manifestação livre e prévia pela qual uma pessoa, com capacidade e discernimento, renuncia a tratamentos e cuidados médico-hospitalares futuros se, por qualquer razão, na ocasião não puder expressar sua recusa (DADALTO, 2013b).

No Brasil, entretanto, ainda não houve uma normatização documental através de uma lei, mas o Conselho Federal de Medicina já reconheceu sua importância em algumas resoluções. A Resolução n. 1.805/2006, de 28 de novembro de 2006, permitiu ao médico limitar ou abortar tratamentos que prolonguem a vida de pacientes em fase terminal, com enfermidades graves e incuráveis, respeitando sua vontade ou a do seu representante legal (CFM, 2006).

Já a Resolução n. 1.995/2012, de 31 de agosto de 2012, manteve as disposições estabelecidas anteriormente, e também, regulamentou de modo mais completo as diretivas antecipadas de vontade, não impondo regras aos particulares, apenas diretrizes éticas e morais aos médicos, que devem ser observadas no exercício da profissão, reconheceu o direito do paciente de manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos e designar representante para tal fim, bem como o dever de o médico cumprir a vontade do paciente (CFM, 2012).

As resoluções mencionadas demonstram o esforço do Conselho Federal de Medicina, que, objetivando promover, por todos os meios ao seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina, vem estabelecendo critérios de conduta ética referentes às diretivas antecipadas (CFM, 2012).

As diretivas antecipadas são uma hipótese de autodeterminação do paciente, o qual, fazendo uso de sua autonomia, baseado em seus valores pessoais, recusa a prática de tratamentos fúteis, em situações de terminalidade e irreversibilidade da enfermidade. A autodeterminação encontra seu fundamento na dignidade da pessoa humana, princípio constitucional inalienável.

A dignidade humana, através dos direitos e de deveres, parece ser uma solução plausível para mediar esse conflito. Como princípio fundante da ética social, a dignidade humana deve ser distinguida de lei, ou leis, da natureza, haja visto que estas não têm relação direta com a ética, embora, por vezes, a possam influenciar. As leis da natureza, nas suas várias componentes, são meramente descritivas e fundamentam-se em determinadas observações científicas de nível biológico, químico ou físico (DADALTO *et al*, 2013).

O fundamento dos valores em um modelo de convivência social, plural nas ideias e secular nas práticas, pode então residir no conceito de dignidade humana. Mais ainda, a dignidade da pessoa, na sua diversidade, e nos direitos que dela emanam do alicerce do próprio Estado de Direito. Trata-se, porventura, do único valor absoluto e inalienável em uma sociedade secular e pluralista. Uma sociedade onde as pessoas se encontram com distintas visões de mundo, como verdadeiros “estranhos morais” (ROSSINI; OLIVEIRA; FUMIS, 2013).

Uma ética fundada na dignidade humana pressupõe, necessariamente, que novos conhecimentos na área das ciências biológicas possam questionar axiomas considerados imutáveis, de modo a proporcionar através de uma análise introspectiva permanente uma mudança gradual da visão antropológica de ser humano. Pretender que a dignidade humana e os direitos humanos a ela associados sejam considerados irrevogáveis.

Essa temática é socialmente relevante e é também cientificamente pertinente, pois existem várias lacunas quanto ao conhecimento e as práticas envolvidas. Isso justifica o desenvolvimento de mais pesquisas que contribuam para a superação delas. Com destaque para investigações que tratam a problemática de forma interdisciplinar e multiprofissional, dimensões intrínsecas a ela. Nesta pesquisa foi feito um recorte da problemática delineada, enfocando com prioridade as Diretivas Antecipadas de Vontade na formação dos profissionais médicos.

A intensa luta em curar doenças, encorajada desde os primeiros anos de faculdade, ou ainda motivadas muito mais precocemente, através de séries de filmes, algumas vezes motivacionais na escolha vocacional de alguns estudantes, têm orientado os futuros profissionais médicos a uma cultura de negação da morte. O morrer, algo que deveria ser visto como um processo natural da vida, passa a ser visto desde cedo como um símbolo ou sentimento de fracasso, de incompetência. Ainda mesmo, muitos estudantes de medicina, durante os anos de prática clínica, compactuam com atitudes por vezes onipotentes e parciais, de “salvadores da vida”, atribuindo ao paciente um papel de mero receptor de procedimentos, desconsiderando sua autonomia sobre a própria vida.

Faz-se necessário resgatar a participação do paciente em seu processo de morte, sobretudo quando se trata de pacientes em fase de terminalidade de vida. Nesse contexto, destaca-se três possibilidades para o cuidado terminal, entre elas a ortotanásia, que embute em si os cuidados paliativos, proporcionando o alívio da dor

e de outros sintomas angustiantes, sem apressar ou adiar a morte, mas encarando-a como parte da existência humana, que deve ser confrontada de maneira humana e digna, articulando os conhecimentos tecnológicos e científicos aos psicológicos, éticos e espirituais da assistência ao paciente (ROSSINI; OLIVEIRA; FUMIS, 2013).

Dentro da maioria das escolas médicas, o estudante se compromete com a vida, e toda a sua capacitação é fundamentada em aspectos meramente técnicos. Apenas uma pequena parte do currículo apresenta conteúdo específicos voltado para a terminalidade da vida, mas, ainda assim, muito insuficientes para lidar com cenários de angústia e ambivalência diante da inevitabilidade do fim.

Sendo assim, diante da escassez de reflexões sobre a terminalidade da vida no contexto médico estudante, faz-se necessário conhecer o quão familiarizados com o tema os estudantes se encontram, analisando as percepções, as experiências e o preparo pessoal, diante do tema e das suas realidades concretas.

Como estão sendo abordadas as Diretivas Antecipadas de Vontade no processo de formação médica? Qual o entendimento dos estudantes sobre este importante tema? Conhecendo-se este cenário de desconhecimento e insegurança sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, é importante avaliar o conhecimento e as atitudes em relação a essas questões entre estudantes de medicina, a fim de identificar possíveis lacunas nos currículos destes futuros médicos e trabalhar questões éticas fundamentais para o atendimento humanizado (ROSSINI; OLIVEIRA; FUMIS, 2013).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a compreensão que os estudantes de medicina de uma Instituição de Ensino Superior do Paraná têm sobre às Diretivas Antecipadas de Vontade.

2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO

Analisar o entendimento conceitual, as dificuldades e os dilemas vividos por estudantes do curso de medicina têm sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

A Constituição Federal, em seu art. 5º, caput, traz a inviolabilidade da vida como um dos direitos fundamentais do ser humano, garantindo-se a todos a igualdade perante a lei, sem qualquer distinção.

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: [...] (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal traz a vida como valor soberano, protegendo-a incontestavelmente. Nesse contexto, também a morte e todo seu processo deve ser tutelada.

O conceito de saúde, que é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não consiste somente na ausência de doença ou enfermidade, definição que consta do preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova Iorque entre 19 e 22 de junho de 1946. O paciente acometido por doença grave incurável, por si só, mesmo que esteja inicialmente sem dores ou sofrendo, já se encontra em descompasso pelos distúrbios psicológicos, mentais e sociais a que está sofrendo (MARTA *et al*, 2010).

A evolução da longevidade humana vem ocasionando o aumento significativo do número de pessoas que sofrem de doenças crônicas, que não se curam, prolongando o sofrimento e, muitas vezes, levando a uma morte indigna.

A medicina evoluiu com importantes avanços na prática médica, essencialmente nas áreas cirúrgica, terapêutica, de anestesia e de reanimação e no campo da biotecnologia, o que resultou em melhorias significativas na saúde, em relação ao controle ou a cura de doenças, o que resultou em um retardo na morte natural.

Apesar das melhorias em qualidade de vida proporcionadas por esses avanços tecnológicos, houve de certa forma um prolongamento desnecessário da vida e tratamentos injustificáveis, com a obstinação terapêutica, algumas vezes, a qualquer custo.

Realizando essa primeira análise, tem-se sido construído o conceito de morte digna ou boa morte. Porém, essa definição nem sempre é clara e interpretada de forma isonômica entre os pacientes, os cuidadores, os familiares e os profissionais da área de Saúde, como cita Ferrai *et al* (2008):

A abreviação da morte, a aplicação de esforços terapêuticos desproporcionais, como a obstinação, a futilidade e o encarniçamento terapêutico, ou a instituição dos cuidados paliativos, que aliviam o sofrimento, constituem os extremos de tratamentos que podem ser oferecidos ao indivíduo em estágio terminal. O que, realmente, deve ser realizado para o paciente é um dilema ético de difícil decisão, porém que determinará, em última instância, todo o processo de morte de um ser.

Portanto, é inaceitável deixar de discutir sobre o impasse entre métodos artificiais para prolongar a vida e a atitude de deixar a doença seguir sua história natural, sendo essencial definir-se e discorrer nesse estudo sobre a eutanásia, a mistanásia, a distanásia e a ortotanásia.

3.1.1 Eutanásia

A eutanásia, inicialmente, foi definida, como o ato de tirar a vida do ser humano. Mas, depois de muito estudada em sua terminologia, foi mais bem-conceituada como a morte sem dor ou sem sofrimento desnecessário. Atualmente, é entendida como uma prática para abreviar a vida, a fim de aliviar ou evitar sofrimento para os pacientes. A história e definição da eutanásia é explicada por Biondo, Silva e Secco (2009) em sua obra:

Eutanásia, do grego, quer dizer “boa morte” ou “morte adequada”. Francis Bacon, em 1623, em sua obra “História vitae et mortis”, definia o termo como “Tratamento adequado às doenças incuráveis”. É uma prática que acompanha a humanidade há milhares de anos, porém, não é possível saber a data exata em que surgiu. Existem dois elementos para caracterização da eutanásia: a intenção e o efeito da ação. Existem pelo menos quatro tipos de eutanásia, divididos em duas categorias: a voluntária e a involuntária, e a passiva e a ativa. Na eutanásia ativa, também chamada de positiva ou direta, o paciente recebe uma injeção ou uma dose letal de medicamentos. Na passiva, conhecida ainda como negativa ou indireta, o que conta é a omissão: o paciente deixa de receber algo de que precisa para sobreviver. A

diferença entre eutanásia voluntária e involuntária está na participação do paciente. Na primeira, ele coopera tomando parte da decisão, enquanto na segunda, a ação é praticada sem o seu aval ou mesmo sem o seu conhecimento. Outra classificação, que cruza fins e voluntariedade, divide a eutanásia em libertadora (aquela que abrevia a dor de um doente incurável), piedosa (aplicada a pacientes terminais e em estado inconsciente) e eugênica (do tipo que os nazistas praticavam para eliminar indivíduos “apsíquicos e sociais”).

Destaca-se, para tanto, aos que defendem moralmente a eutanásia, que a definição etimológica da eutanásia é fundamentada como o ato de dar a morte, por compaixão, a alguém que sofre intensamente, em estágio final de doença incurável, ou que vive em estado vegetativo sem possibilidade de reversão do quadro. Nesse processo, não se devem empregar meios que causem sofrimentos adicionais, mas que sejam adequados para tratar uma pessoa que está morrendo, fundamentado, no ato de abreviação da vida do paciente, além do tempo que ele levaria para morrer espontaneamente.

Cabe destacar que tal prática, em países em que é legalizada, pode ser realizada por um médico, um enfermeiro, qualquer um dos profissionais da área de Saúde ou mesmo por um familiar. No que concerne às percepções de enfermeiros e médicos intensivistas sobre a prática da eutanásia em pacientes terminais, constata-se que alguns profissionais compreendem parcialmente o conceito de eutanásia, e outros, totalmente. Também houve unanimidade entre os profissionais que discordaram da prática da eutanásia, porquanto é considerada crime, de acordo com a lei brasileira, e os principais motivos são as questões religiosas e éticas (RIBEIRO *et al*, 2011).

A eutanásia pode ocorrer por dois meios: “de forma voluntária, realizada pelo próprio paciente ou a pedido dele, ou de forma involuntária, quando é realizada por outrem com ou sem o consentimento do paciente”. E explica que quanto ao tipo de ação: “a eutanásia ativa é a que se caracteriza pelo ato de provocar a morte por fins misericordiosos, sem sofrimento do paciente, e a eutanásia passiva trata-se da não iniciação de uma ação médica ou interrupção de uma medida extraordinária”, objetivando, como fundamenta, abrandar o sofrimento, seguida de morte do paciente (GOMES; MENEZES, 2008).

Em seu estudo, Pittelli e Oliveira (2009) apontam que, de outra forma, a eutanásia trata-se, de um modo qualificado de homicídio, seja porque o paciente, não pode se defender, seja por justificada confiança. Já em países que defendem e

adotam a eutanásia, considera-se que a intenção de quem provoca a morte deve ser de libertar aquele que está para morrer de uma condição indigna de sofrimentos intoleráveis e de desamparo extremo provocado pela doença.

Na Holanda, a eutanásia é permitida desde 2001, e na Bélgica, a partir de 2002. Na Austrália, vigorou uma legislação que permitia a eutanásia voluntária ativa de 1995 até 1997, quando o Parlamento Federal embargou a lei. A maioria dos estados dos Estados Unidos e do Canadá tem legislações que permitem os médicos suspenderem os tratamentos, com a autorização do paciente ou de seu representante. O estado norte-americano do Oregon aprovou uma lei, em 1999, que permite o suicídio assistido por médicos (PESSINI, 2009).

Na Holanda, o fato de a eutanásia já estar legalizada não significa que está integralmente liberada. Primeiramente, limita-se a um ato médico; em segundo, o ato é submetido a sete condições, entre elas: a doença deve ser incurável, intratável e ser causa de sofrimento intenso ao paciente. A solicitação do paciente à eutanásia deve ser voluntária, no qual cada caso deve ser analisado particularmente e preencher os requisitos da lei (PERIM; HERINGER, 2008).

No Brasil, é tipificado como crime pela legislação penal, portanto o ordenamento jurídico manifesta-se flagrantemente contrário à prática da eutanásia, se o autor do crime agiu por compaixão, a pedido da vítima, para lhe abreviar o sofrimento físico insuportável, em razão de doença previsto no artigo 122 do Código Penal Brasileiro (BITTENCOURT, 2003).

Também é expressamente vedada no âmbito do Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1.931/2009, in verbis:

É vedado ao médico:

[...]

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. (CFM, 2009)

No entanto é justificado o questionamento sobre a dimensão do princípio de autonomia da pessoa nas controvérsias morais em relação à eutanásia. Portanto é imprescindível que seja respeitada a liberdade de escolha do homem que sofre, isto

é, sua competência em fazer suas próprias escolhas, autonomamente, aquilo que pondera importante para viver sua vida. Atingindo, assim, o processo de morrer, com base em seus valores, interesses legítimos e na compaixão para com o ser humano (BUENO; FASSARELLA, 2011).

O fato de haver a proibição ética e legal ressalta-se que essa filosofia do cuidar preocupa-se com o indivíduo e com sua dignidade, respeitando-a como ser humano, valorizando sua dor e o seu sofrimento. Logo, com o manejo adequado de sinais e de sintomas, pode-se evitar a solicitação da eutanásia pelos próprios pacientes ou seus respectivos familiares. Portanto a adoção digna de cuidados paliativos com intuito de dar total assistência ao paciente enfermo terminal, podem resultar na substituição desesperada daqueles pacientes e familiares que questionam a possibilidade de eutanásia perante a um sofrimento desenfreado.

3.1.2 Distanásia

O prefixo grego “dis” teria o sentido de “deformação” e “thanatos” teria o sentido de “morte”, ou seja, uma distorção do processo de morte, causando prolongamento e dificuldade.

Embora menos difundida que a eutanásia, a distanásia é, ainda que inconscientemente, mais praticada, haja visto que o investir em resguardar a vida a qualquer custo é um conceito muitas vezes nato e entalhado em muitos médicos desde seus primórdios estudantes em suas graduações. Porém reeducar ou trazer à tona essa importante temática nas escolas médicas que, na iminência da morte, inicia-se uma nova etapa na vida do paciente, em que qualquer ato médico de protelar a morte, pode-lhe prolongar um sofrimento sem fim, deve ser substituído pelo ato de cuidar, que, no entanto, não pode ser encarado como prêmio de consolação, e sim o aceitar a única certeza que cada ser vivo traz consigo desde o início de sua vida. Logo, ao discutir sobre a distanásia, a temática da eutanásia entra em questão, indicando que os dois conceitos caminham paralelamente (FERREIRA; SOUZA; LIMA, 2011).

A distanásia, acaba sendo resultante em uma morte ainda mais sofrida, com muita dor, introduzindo tratamento agressivo que só prolonga o processo da morte já inevitável. Desse modo, constata-se que existe o prolongamento do sofrimento, e não

da vida, conseqüentemente, sem nenhum benefício terapêutico e acarretando gastos elevados para seus familiares e a própria a instituição que o assiste. Nessa perspectiva, ressalta-se que a comunicação entre a equipe médica, de enfermagem e outros profissionais assistentes e o paciente terminal e sua família pode contribuir para evitar situações de distanásia e prevenir o sofrimento, a frustração e a inquietação (SILVA; PACHEMSHY; RODRIGUES, 2009).

Nessa concepção de se evitar os atos médicos que prologuem um sofrimento e a dor que resultarão na morte, Stolz *et al* (2011) enfatiza, a respeito das diretivas antecipadas de vontade:

No concernente às manifestações das vontades antecipadas do paciente, estudo discorre sobre a ampla aceitação por parte dos médicos em respeitá-las quando ele estiver incapacitado de se comunicar e permite propor que tais manifestações, também denominadas diretivas antecipadas, sejam regulamentadas tanto do ponto de vista ético quanto legal, uma vez que é um instrumento útil para que se respeite sua autonomia e, como consequência, um relevante fator que inibe a distanásia. Isso requer mais discussões sobre essa temática. O não enfrentamento da questão da distanásia faz com que convivamos com situações, no mínimo, contraditórias, em que se investe pesadamente em situações de pacientes terminais cujas perspectivas reais de recuperação são nulas. Assim, nasce uma sabedoria a partir da reflexão, da aceitação e da assimilação do cuidado da vida humana no sofrimento do adeus final. Entre dois limites opostos, de um lado, a convicção profunda de não matar, de outro, a ideia de não alongar ou adiar pura e simplesmente a morte.

Diante dessa simplificada análise acerca de distanásia, considera-se que o que interfere na conduta dos profissionais na finitude de vida, em muitos casos, é o fato de reconhecerem na morte suas derrotas de competência, o que não é uma verdade pois a morte em todos os seus conceitos, e especialmente num conceito filosófico é uma etapa da existência humana. Por essa razão, a morte deve ser discutida nos cursos de graduação da área de Saúde, especialmente, em relação às questões bioéticas que permeiam a terminalidade e os limites da tecnologia e da ciência para o prolongamento indigno da vida do ser humano.

Deve-se reconhecer, entretanto, que debater sobre fim da vida é um tema polêmico e de certa forma evitado pela maioria das pessoas, já que é considerado um verdadeiro tabu. Muito mais atrativo aos estudantes da área da Saúde é falar sobre tratamentos, diagnósticos que levam a cura. Mas, sabe-se que é uma prática que todos esses futuros profissionais irão se debruçar, por se tratar de um fato certo,

incontroverso e previsível, ficando, felizmente, o desconhecimento da forma como o fim da vida se fará, se de forma natural e instantânea ou violenta ou, ainda, se decorrente de doença grave e incurável.

3.1.3 Ortotanásia

Em respeito ao sofrimento já inevitável, o trazer do respeito a dignidade da morte, dispõe-se da ortotanásia, que se define como a "morte a seu tempo certo", quando poderá renunciar a submeter-se a tratamentos e procedimentos fúteis e desnecessários, que somente prolongarão sua vida e submeter-se ou não apenas aos métodos paliativos de tratamento, que possibilitem minimizar as dores e o sofrimento. Essa reflexão, já era nascida na antiguidade por Hipócrates, quando pregava que o médico deve curar quando possível, aliviar quando necessário e consolar sempre, em outras palavras, quando não há mais nada a fazer sob o aspecto curativo (MARTA *et al*, 2010). É a morte em seu processo natural e inevitável, respeitando o direito da pessoa de morrer com dignidade.

Segundo argumentam, Santos e Duarte (2016):

O prefixo grego orto daria o sentido de "morte digna". Ortotanásia tem o sentido da morte "a seu tempo", sem abreviar propositadamente nem prolongar desproporcionalmente o processo de morrer. Essa ortotanásia é diferente da eutanásia - na nova terminologia que propomos - no sentido em que não pretende pôr termo à vida de um paciente.

Chemin (2015) utilizou em sua tese de dissertação do programa de pós-graduação em bioética o conceito de limitação e suspensão de procedimentos, também empregado pelo Senador Gerson Camata em seu projeto de lei n. 524/2009 no Senado brasileiro, que tratava sobre os direitos em fase terminal de doença, e objetivava regulamentar a prática da ortotanásia. O projeto de lei dizia:

Art. 6º - Se houver manifestação favorável da pessoa em fase terminal de doença ou, na impossibilidade de que ela se manifeste em razão das condições a que se refere o § 1º do art. 5º, da sua família ou do seu representante legal, é permitida, respeitado o disposto no § 2º, a limitação ou a suspensão, pelo médico assistente, de procedimentos

desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida.

§ 1º Na hipótese de impossibilidade superveniente de manifestação de vontade e caso este tenha, anteriormente, enquanto lúcido, se pronunciado contrariamente à limitação e suspensão de procedimentos de que trata o caput, deverá ser respeitada tal manifestação.

§ 2º A limitação ou a suspensão a que se refere o caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário do paciente e será submetida a análise médica revisora, definida em regulamento (BRASIL, 2009).

A ortotanásia é um procedimento previsto na condição de procedimento ético-médico, por conta da Resolução 1805 do Conselho Federal de Medicina, de 9 de novembro de 2006. Tais previsões normativas, tornam a ortotanásia um fato penal atípico,

uma vez que lhe falta elemento subjetivo para preencher o conceito tripartido do Direito Penal, considerando a previsão na CF quanto aos princípios da liberdade e da dignidade da pessoa humana, apresentase como a finalidade do profissional médico, que não é (ou não deveria ser) o de violação do bem jurídico "vida", mas de reduzir o sofrimento do paciente que não possui mais quaisquer chances de cura para sua doença e seu sofrimento (VILLAS-BÔAS, 2008).

O tema além de ser complexo é polêmico, traz, por diversas vezes, discussões tanto no campo da bioética quanto no biodireito, uma vez que a ortotanásia está situada em uma linha muito tênue de legalidade, podendo gerar um processo criminal ou administrativo, perante o órgão de classe e, ainda, a responsabilização civil, com pretensões patrimoniais indenizatórias (DADALTO, 2013a).

Desta forma, com a finalidade de uniformizar as condutas éticas e balizar harmonicamente as ações, o Conselho Federal de Medicina, no art. 1º, da Resolução 1805, de 9 de novembro de 2006, permitiu que o médico intervisse no procedimento que prolongasse a vida do doente terminal, respeitando a vontade do paciente ou de seu representante legal, como cita:

A Resolução 1805 provocou a propositura de uma Ação Civil Pública, em 9 de maio de 2007, MPF, contra o Conselho Federal de Medicina, distribuída perante a Décima Quarta Vara Federal do Distrito Federal – autos 2007.34.00.014809-3. A ACP tramitou durante pouco mais de 3 (três) anos, pois alegava o MPF que se tratava de matéria legislativa, da qual o Conselho Federal de Medicina não detinha competência para legislar, além de não poder regulamentar, como ética, uma conduta tipificada como crime. Ao final, o Magistrado, em sentença de 1º de dezembro de 2010, julgou improcedente a Ação

Civil Pública, da qual não houve recurso, ao argumento de que a conduta balizada pelo Conselho Federal de Medicina não se enquadraria como crime (DADALTO, 2013a).

Logo, a ortotanásia seria conduta atípica, ou seja, contrário a um fato típico e, portanto, não violaria o ordenamento jurídico brasileiro. Importante verificar, na própria sentença mencionada, na qual o Magistrado Federal prolator, Roberto Luis Luchi Demo, fez uso da manifestação da Procuradora da República Luciana Loureiro Oliveira, as interessantes e pontuais diferenciações entre ortotanásia (morte no tempo certo, no momento adequado), eutanásia (morte provocada por terceiro, de paciente terminal, por compaixão), distanásia (prolongamento artificial do estado de degenerescência) e mistanásia (eutanásia social, por conta da absoluta falta de infraestrutura adequada na saúde pública). Após o trâmite regular, em 2006 foi reconhecida a validade da Resolução 1805, do Conselho Federal de Medicina e, ainda em 2006, o Conselho Federal de Medicina instituiu uma Câmara Técnica de Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos, reunindo médicos e juristas, com o objetivo de revisar o Código de Ética Médica, que vigorava a mais de 20 anos (BORGES, 2005).

Em muitos países a ortotanásia é permitida, diferentemente do Brasil, em que se está implicitamente, tutelada através de princípios jurídicos, consubstanciados em princípios éticos e morais. E por essa insegurança jurídica propiciada pela ausência de legislação específica, conduz à muitos profissionais a permanência da prática distanásia (VILLAS-BÔAS, 2008).

Nos países em que o direito à ortotanásia é tutelado, sua prática é sustentada com extrema segurança jurídica, atendendo a protocolos rigorosos, com intuito de garantir, efetivamente, a vontade autônoma do paciente e afastando a responsabilidade de qualquer natureza para o profissional da saúde e a instituição de saúde que participem do processo, como exemplifica Diniz (2009),

Dentre os protocolos elaborados e validados para a liberação da prática da ortotanásia, destacam-se o Consentimento Informado e o Testamento Vital, que, devido às suas exigências, são considerados documentos seguros e válidos. Para se conceder a ortotanásia por meio desses instrumentos, é necessário que o paciente manifeste sua vontade que, preferencialmente, tem que ser efetuada antes que ele perca sua capacidade civil. A exemplo o Testamento Vital é um documento amplamente utilizado nos Estados Unidos, que obedece a uma formalidade rígida, em que a pessoa determina, de forma escrita, o tratamento a que vai se submeter ou não, em certo momento em que

se encontre em estado incurável ou terminal, para não ter sua vontade tolhida caso não possa mais expressá-la, além de evitar a instalação de uma terapia fútil e uma morte indigna e sofrida. Em contrapartida, no Brasil, atualmente, não existe ainda o emprego do Testamento Vital normatizado.

No nosso país, nesse sentido, alguns posicionamentos e discussões transdisciplinares, estão em processo de amadurecimento, sobre a aplicabilidade da ortotanásia, como forma de trazer uma morte mais digna, resguardando princípios da bioética, sobretudo o da autonomia da vontade, assim como o constitucional da dignidade do ser humano, com diretrizes que salvaguardem o bem mais supremo do ser humano que é a vida envolvida pela dignidade (LIMA *et al*, 2014).

Em seu trabalho, Santos e Bassitt, constataram em depoimentos de profissionais em relação à ortotanásia. De acordo com os resultados, os profissionais da saúde se mostraram favoráveis à sua execução, pois referiram que “se sentem competentes e gratificados quando conseguem manter o paciente como ser completo até sua morte”. Eles observam que, atentar para a morte como um fato natural e inevitável por profissionais da área de Saúde e pela família do paciente, a aceitação da ortotanásia vem como consequência, e isso contribui para que haja uma morte digna (SANTOS; BASSITT, 2011).

Objetivando avaliar o impacto da resolução CFM 1.805/2006 na opinião dos médicos que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do Complexo Hospital das Clínicas, Vane e Posso, constataram em sua pesquisa que a maioria dos profissionais e familiares, envolvidos no estudo foi favorável à implementação da prática da ortotanásia, visando diminuir o sofrimento do paciente e de seus respectivos familiares, respeitados a vontade daquele ou a de seu representante legal. Tal conduta devendo ser fundamentada e registrada no prontuário, e adotando as medidas de cuidados necessários para aliviar os sintomas que levem ao sofrimento, confortando fisicamente, psicologicamente, socialmente e espiritualmente (VANE; POSSO, 2011).

Portanto, a ortotanásia seria a arte do bem morrer, de se respeitar o bem-estar global dos indivíduos, a fim de garantir a dignidade no viver e no morrer, como cita Bomtempo (2011),

Permitindo aos doentes e seus familiares defrontarem a morte como algo natural, um continuum da vida. Seguindo essa concepção, a ortotanásia é o procedimento pelo qual o médico suspende o

tratamento, ou só realiza terapêuticas paliativas, para evitar mais dores e sofrimentos para o paciente terminal, que já não tem mais chances de cura, desde que essa seja sua vontade ou de seu representante legal. Outro estudo complementa que o médico não interfere no momento do desfecho letal nem para antecipá-lo nem para adiá-lo.

Dentro dessa concepção, o minimamente coerente, seria utilizar-se da humanização do cuidar, no sentido de ouvir, sentir e pensar junto ao paciente que sofre com a presença do evento inevitável da morte, para que, dessa complexa relação, possa resultar no respeito aos princípios que nos acompanham desde o nascimento até o fim da vida que são, a dignidade e a autonomia (BOMTEMPO, 2011).

Destaca-se, portanto, a necessidade da formação profissional da equipe de saúde, em aprimorar assistência aos pacientes em fase terminal e seus familiares, com vistas a promover um cuidado holístico e humanizado, atentando para as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e valorando a dignidade humana. Esse processo de aprendizagem faz-se necessário, pois sempre foi o cotidiano do ambiente hospitalar, de notória relevância da temática no campo da Bioética para o meio estudante, assim como para a prática assistencial e de pesquisa no campo da saúde.

3.2 CUIDADOS PALIATIVOS

A prática da ortotanásia dignifica-se através de cuidados paliativos, que consiste em um conjunto de ações multidisciplinares à pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Do latim pallium que significa manto, nascia palavra “paliativa”, ou seja, assistir aqueles em que a cura carnal já não mais é possível. Historicamente, havia o hópice, instituições religiosas cristãs dentro de uma perspectiva caridosa, que nada mais eram que abrigos cuja função era cuidar dos viajantes e peregrinos doentes. Contemporaneamente, o movimento “hópice”, foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders em 1967, com a fundação do Saint Christopher Hospice, no Reino Unido. Tal instituição assistia integralmente ao paciente no controle dos sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico (RODRIGUES, 2004).

Segundo Du Bulay *et al* (2007), os Cuidados Paliativos surgiram oficialmente como prática distinta na área da atenção em saúde na década de 1960, no Reino Unido, sendo a médica Cicely Saunders, como a pioneira na prática médica. O trabalho dessa profissional, que além de médica tinha formação como assistente social e enfermeira, inicia o movimento dos cuidados paliativos, que inclui a assistência, o ensino e a pesquisa. A criação do St. Christophers Hospice, em Londres, em 1967, é um marco nesta trajetória.

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, e redefinidos em 2002,

como sendo uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Seus princípios incluem: reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural; estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte, nem a prolongue com medidas desproporcionais, mas sim propiciar alívio da dor e de outros sintomas penosos; integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado; oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto.

Para tanto, devem se reunir as habilidades de uma equipe interdisciplinar para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença, pela dor, e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares. O avançar tecnológico a partir de meados do século XX, resultaram num aumento da expectativa de vida. A exemplo citado por Galriça Neto (2006), nos Estados Unidos a expectativa passou de 54 anos em 1920 para 77,3 anos em 2002, já no Reino Unido, entre 1981 e 2011, houve um aumento médio de 4,8 anos na expectativa de vida. No Brasil há estimativas de que a esperança de vida ao nascer da população brasileira experimentou um ganho de 2,6 anos, ao passar de 66,0 anos, em 1991, para 68,6 anos, em 2000 de acordo com os dados do IBGE 2013. Existe, desta forma uma inversão da pirâmide populacional, fazendo com que o subgrupo de idade entre 80 e 89 anos, ser o que mais cresce na sociedade moderna. Ainda segundo o autor:

registros da Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 58 milhões de mortes por ano no mundo, 34 milhões são por doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis. O Brasil assiste a um milhão de óbitos por ano, dos quais 650 mil deles por doenças crônicas. Cerca de 70% dessas mortes ocorrem em hospitais, grande maioria em unidades de terapia intensiva. Eis um quadro bem comum na fase de grande maturidade da vida (GALRIÇA NETO, 2016).

Estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística mostram que entre os anos de 1901 e 2000, a população brasileira passou de 17,4 para 169,6 milhões de pessoas, e a expectativa de vida de um homem brasileiro subiu dos 33,4 anos em 1910 para os 64,8 anos em 2000. No entanto, paralelamente ao prolongamento da vida, os profissionais de saúde começaram estudar e adotar meios para que mesmo àqueles pacientes em que a cura não é mais passível, há uma possibilidade de atendimento, com ênfase na qualidade de vida e cuidados aos pacientes, por meio de assistência interdisciplinar, e da abordagem aos familiares que compartilham deste processo e do momento final da vida os cuidados paliativos (MACIEL, 2008).

Assim, na mesma trajetória lógica da linha do tempo em que a expectativa de vida se prolongou, os cuidados paliativos ao término da vida seguem seu caminho ascendente, mas ainda por vezes muito lento, por ser uma matéria ainda imatura por um grande contingente de profissionais que trabalham com pacientes em fase terminal, pela própria cultura de negação da morte. Deixadas de lado, ou de certa forma como uma negação mediante a falsa percepção de que se está fracassando perante a inevitável morte prenunciada.

Em conformidade, há em muitos hospitais um despreparo institucional,

A maioria das unidades hospitalares brasileiras não possui uma diretriz sobre como cuidar de seus pacientes que estejam com um quadro terminal, mas também não há informações sistematizadas sobre como esses últimos momentos são vividos, seja pelos pacientes, seja por seus familiares (MATSUMOTO, 2012).

Os Cuidados Paliativos, desta forma, tornam-se um desafio da realidade, ao se apresentarem como uma forma inovadora de assistência na área da saúde e vêm ganhando espaço na última década. Diferentemente, da medicina curativa que visa tratar o enfermo, nos cuidados paliativos o foco terapêutico se amplia no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentem doenças graves, ameaçadoras da vida (MATSUMOTO, 2012).

A abordagem voltada ao paciente de forma integral e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam a prática dos Cuidados Paliativos em um trabalho necessariamente de equipe, de caráter multiprofissional, que conta com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes espirituais de caráter ecumênico ou da religião escolhida pelo paciente (MACIEL, 2008).

A Organização Mundial de Saúde, orienta, desta forma que os Cuidados Paliativos são uma abordagem para amenizar os sofrimentos de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do estado mórbido, através da identificação precoce, na terapêutica da dor e de outros problemas, físicos e psicossociais. Byock (2009) elenca alguns princípios que regem esses Cuidados,

A morte deve ser compreendida como um processo natural, parte da vida, e a qualidade de vida é o principal objetivo clínico; Os Cuidados Paliativos não antecipam a morte, nem prologam o processo de morrer; A família deve ser cuidada com tanto empenho como o doente. Paciente e familiares formam a chamada unidade de cuidados; O controle de sintomas é um objetivo fundamental da assistência. Os sintomas devem ser rotineiramente avaliados e efetivamente gerenciados. As decisões sobre os tratamentos médicos devem ser feitas de maneira ética. Pacientes e familiares têm direito a informações acuradas sobre sua condição e opções de tratamento; as decisões devem ser tomadas de maneira compartilhada, respeitando-se valores étnicos e culturais; Cuidados Paliativos são necessariamente providos por uma equipe interdisciplinar; A fragmentação da saúde tem sido uma consequência da sofisticação da medicina moderna. Em contraposição, os Cuidados Paliativos englobam, ainda, a coordenação dos cuidados e provêm a continuidade da assistência; A experiência do adoecimento deve ser compreendida de uma maneira global e, portanto, os aspectos espirituais também são incorporados na promoção do cuidado; A assistência não se encerra com a morte do paciente, mas se estende no apoio ao luto da família, pelo período que for necessário. A OMS pontua ainda que se deve iniciar o tratamento paliativo o mais precocemente possível, concomitantemente ao tratamento curativo, utilizando-se todos os esforços necessários para melhor compreensão e controle dos sintomas. E que ao buscar o conforto e a qualidade de vida por meio do controle de sintomas, pode-se também possibilitar mais dias de vida.

Dentro de uma diretiva antecipada de vontade, por mais que o paciente manifeste sua vontade de não se prosseguir com terapêuticas inúteis e que protelaria

uma morte digna, os cuidados paliativos devem vigorar como um preceito fundamental em sua definição essencialmente humanizada. O controle de sintomas álgicos não é investimento fútil, e sim uma dignificação a uma morte amenizada de dores. A prevenção e o controle de sintomas são um “núcleo duro”; da assistência em cuidados paliativos. Ainda que existam qualificações de cada área profissional, cada qual deve atuar e ser capazes de identificar sintomas e conhecer técnicas básicas de manejo (MACIEL, 2008).

Escutar, apoiar e orientar aos familiares são inerentes aos cuidados. A comunicação, especialmente de notícias delicadas princípio essencial. Criar uma comunicação baseada na confiança e vínculo com o paciente e a família, considerando-se sempre a disponibilidade de informações através da verdade lenta e progressivamente suportável (MATSUMOTO, 2012).

3.3 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Mas tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza (ALVES, 2003).

No século XX, a morte deixa de ser algo familiar, cotidiana, que ocorria em casa e passa a ser algo distante, ruim, inconveniente, sendo esse processo transferido para os hospitais, como cita Ariès (1977). Nessa mesma época, houve um acelerado crescimento técnico e tecnológico na área da medicina, levando a uma busca incessante pela manutenção e prolongamento da vida. A morte passa a ser escondida, silenciosa e solitária. Nesse momento, expropria-se aquele que está morrendo do controle do processo. (MONTEIRO, 2019). A morte passou a ser vista como um fracasso, uma perda de uma batalha. O paciente passa a ser um guerreiro, vencedor ou um perdedor.

Nesse mesmo período, o profissional de saúde passa a ser visto como o detentor de todo o conhecimento e os pacientes como meros portadores de doenças. Porém nas últimas décadas essa relação vem se modificando (LIMA, 2015). A pessoa, o indivíduo vêm, cada vez mais, sendo colocado no centro desse processo, favorecendo a dignidade e a autonomia de suas escolhas.

As diretivas antecipadas de vontade surgem como uma resposta a perda de foco do paciente, a esse ímpeto de salvar e manter vidas a qualquer custo, sem avaliar, observar e entender a pessoa que ali está.

Para Bussinguer e Barcellos (2013), a manifestação da vontade do paciente, expressa antecipadamente, garantindo-lhe o direito de decidir como deseja conduzir os últimos momentos de sua vida, tem o condão de resgatar a dignidade e a autonomia.

As diretivas antecipadas de vontade nasceram nos EUA, com a lei *Patient Self-Determination Act* de 1990, considerada a primeira lei do mundo a tratar sobre diretivas antecipadas. Nela, há duas espécies de diretivas, o testamento vital (*living will*) e o mandato duradouro (*durable power of attorney for health*), porém, uma não exclui a outra e podem coexistir (EUA, 1990).

Nesta lei, fica claro que o testamento vital é uma espécie de diretiva antecipada utilizada quando a incapacidade do paciente for resultado de uma doença fora de possibilidades terapêuticas.

O mandato duradouro, ou procuração para cuidados de saúde, é utilizado em caso de incapacidade permanente ou temporária, e refere-se à nomeação de um ou mais procuradores de saúde, que decidirão em nome do paciente, no caso de incapacidade deste. O procurado decidirá baseado na vontade do paciente.

Segundo Dadalto *et al* (2013), no Brasil, optou-se pelas diretivas antecipadas de vontade (DAV), que embora ainda não sejam lei, têm o respaldo da Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina (CFM), reconhecendo o direito de o paciente manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos e designar representante para tal fim, e o dever do médico em cumpri-la. Neste documento consta previsão para que se detalhe, por escrito, os desejos e valores que devem fundamentar as decisões médicas sobre os tratamentos do paciente.

Historicamente, no Brasil, o Código de Ética Médica de 1988 registra que o médico não deve jamais abandonar seus pacientes. A eutanásia, em qualquer caso,

é proibida (CFM, 1988). Em 2006, o CFM lançou a Resolução CFM 1.805, que permite ao médico:

limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual. (CFM, 2006).

Em 2009 há ratificação implícita da ortotanásia como morte digna, sem dor e sofrimento

(...) nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos. (CFM, 2009)

O Código de Ética Médica de 2010 propõe a ortotanásia em situações clínicas irreversíveis vinculadas à qualidade dos cuidados paliativos oferecidos, apresentando itens sobre terminalidade da vida e cuidados paliativos, ressaltando a importância da relação médico-paciente. O Código também se manifesta contra a distanásia:

Art. 41. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. (CFM, 2010)

Em 31 de agosto de 2012 foi publicada no Diário Oficial da União a Resolução CFM 1.995, definindo as DAV sobre cuidados e tratamentos que o paciente quer ou não receber quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. É a possibilidade de registrar antecipadamente seu desejo por escrito, entregando este documento a seu médico de confiança ou designando um representante de suas relações, familiar ou não (CFM, 2012).

As DAV são realizadas quando a pessoa está consciente e conversa ou delega à família ou pessoa de confiança sua decisão. As diretivas são antecipadas, pois há dúvidas se pacientes com doença avançada têm possibilidade de decidir sobre suas vidas. Daí a importância de que esse tema seja ventilado entre pacientes, familiares e equipe de cuidados. O objetivo precípuo é enfatizar a autonomia do paciente, o

respeito a valores e escolhas da pessoa. O documento também respalda a conduta médica em situação de conflito, protegendo profissionais da acusação de omissão de socorro ou eutanásia, devendo-se registrar no prontuário o procedimento realizado segundo os ditames éticos da profissão.

Decisões no final da vida são complexas, muitas vezes tomadas quando a capacidade de raciocínio do paciente está prejudicada ou impossibilitada. Na aproximação da morte podem ocorrer dois caminhos: medidas para prolongar a vida – combatendo futilmente a morte – ou medidas que permitam o processo de morrer com o mínimo de sofrimento.

Os desejos do paciente podem, num primeiro momento, envolver cura ou sobrevivência. Com o agravamento da doença, este pode buscar a manutenção da funcionalidade, qualidade de vida e independência. O conforto torna-se prioridade.

As diretivas antecipadas de vontade buscam incrementar a comunicação entre médicos, pacientes e familiares e produzir vínculos entre médicos, parentes do paciente e eventual procurador de saúde.

Essas medidas são propostas para evitar que familiares decidam contrariamente à vontade do paciente, haja vista que podem não estar preparados para tomar decisões sobre o tratamento ou sua interrupção e evitar uma judicialização do morrer. Entretanto, encontra limites na objeção de consciência do médico, na proibição de disposições contrárias ao ordenamento jurídico e disposições que já estejam superadas pela medicina.

Percebe-se assim, que os dois principais objetivos da declaração prévia de vontade do paciente terminal é garantir ao paciente que seus desejos serão atendidos no momento de terminalidade da vida e proporcionar ao médico um respaldo legal para a tomada de decisões em situações conflitivas.

3.3.1 Testamento Vital

No Brasil, o Código Civil de 2002 não define precisamente o que é o testamento, redigindo no artigo 1.857 que “toda pessoa capaz pode dispor, por testamento, da totalidade dos seus bens, ou de parte deles, para depois de sua morte”.

É, deste modo, ato de última vontade de certa pessoa dispondo sobre seus bens. (BRASIL, 2002)

Sobre suas características essenciais, podemos dizer que o testamento é um negócio jurídico unilateral (aquele para o qual é satisfatória uma única vontade para a geração de efeitos jurídicos), personalíssimo, indelegável, gratuito, revogável, causa mortis e formal. Na definição de Pontes de Miranda é o ato pelo qual a vontade de alguém é declarada para o caso de morte, com eficácia de reconhecer, transmitir ou extinguir direitos.

O testamento vital no Brasil é espécie do gênero diretivas antecipadas, que são, segundo Sanchéz, um termo general que se refere a instruções feitas por uma pessoa sobre futuros cuidados médicos que ela receberá quando estiver incapaz de expressar sua vontade. Ou seja, é a manifestação de vontade na qual o paciente dispõe acerca dos cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber, no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Dadalto (2013a), descreve em seu artigo que o estudo detalhado deste instituto provoca o questionamento da tradução literal de "living will", pois o dicionário Oxford apresenta como traduções de will três substantivos, quais sejam, vontade, desejo e testamento. Por outro lado, a tradução de living pode ser o substantivo sustento, o adjetivo vivo ou o verbo vivendo. Assim, é possível perquirir se a tradução literal mais adequada seria "desejos de vida", ou ainda "disposição de vontade de vida", expressão que, também designa testamento - vez que este nada mais é do que uma disposição de vontade. Posto isso, torna-se questionável se, originalmente, este instituto foi realmente equiparado a um testamento ou se tal confusão foi provocada por um erro de tradução para outro idioma, que foi perpetuado.

Dessa maneira, muitos estudiosos de bioética, como a advogada Luciana Dadalto e o médico José Eduardo de Siqueira afirmam ser inadequada a nomenclatura "testamento vital" para designar uma declaração de vontade de uma pessoa com discernimento acerca dos tratamentos aos quais não deseja ser submetida quando estiver em estado de terminalidade da vida e impossibilitada de manifestar sua vontade. Propõem que o testamento vital passe a ser denominado no Brasil de "declaração prévia de vontade do paciente terminal", sendo que a palavra terminal não é um consenso entre os bioeticistas. (BRUM, 2010).

Apesar das legislações estrangeiras aplicarem o testamento vital a qualquer paciente, independente de situação de terminalidade, é exatamente quanto a esta

situação que o documento se refere desde sua criação nos Estados Unidos. Isto porque, para a recusa de tratamentos sem que o paciente estivesse em situação de fim de vida já era possível na maior parte dos ordenamentos jurídicos ocidentais através de uma simples manifestação de vontade. A problemática em torno do testamento vital é exatamente sobre a recusa de tratamentos que visam prolongar a vida, razão pela qual bioeticistas acreditam ser este o conceito mais correto de testamento vital.

3.3.2 Mandato Duradouro

O mandato duradouro é uma diretriz antecipada de vontade, e segue o modelo de julgamento substituto.

É elaborado através de um documento, onde o indivíduo pode nomear uma pessoa (terceiro) de confiança que irá decidir os cuidados, procedimentos médicos, tratamentos e tudo que envolve a pessoa do paciente, quando não for mais possível realizá-lo devido às suas limitações e impossibilidades psíquicas. Tudo deverá transcorrer de acordo com a vontade do paciente.

Como não há uma forma prescrita em lei, quanto ao modo de escritura de tal documento, este poderá ser tanto de instrumento público, quanto particular. Idealmente, deveria ser lavrada por escritura pública perante um notário, em um Cartório de Notas, com a formalidade de uma declaração de vontade, visando garantir a segurança jurídica. O documento só terá eficácia quando houver incapacidade do mandante.

Numa pesquisa realizada nos EUA, por Silveira et al, em 2010, 39,4% dos cidadãos que fazem algum tipo de documento de tomada de decisões médicas optam por fazer o testamento vital e o mandato duradouro em um mesmo documento, enquanto 21,3% fazem apenas o mandato duradouro e 6,8%, apenas o testamento vital.

Modelos de DAV estadunidenses, sugerem a nomeação de um procurador principal e dois substitutos, visando assegurar que, caso o procurador principal não seja localizado ou esteja impossibilitado de tomar decisões, outro o faça.

Esses documentos devem estar de fácil acesso para que possa ser visto e incluído em prontuário médico. Algumas formas seria portar o documento constantemente ou deixar com uma pessoa de confiança que seja rapidamente contatada em caso de necessidade. A criação de um banco nacional de diretivas antecipadas de vontade, a exemplo de países, como Portugal e Espanha, seria o ideal.

4 TRAJETÓRIA DA PESQUISA

4.1 PROCESSO METODOLÓGICO

4.1.1 Pesquisa Qualitativa

Este estudo constitui-se em uma pesquisa de caráter descritivo com abordagem qualitativa, haja visto que esta, permite a análise de valores e significado que não são passíveis de serem quantificados. A escolha desse método ocorreu devido a necessidade de estudar um tema e uma população pouco abordada sob esta visão metodológica, permitindo o aprimoramento de ideias, a descrição das características e a identificação das relações explicativas (GIL, 2002).

A respeito da pesquisa explicativa, Gil (2002) afirma que a mesma

[...] identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. É o tipo que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas. Por isso, é o tipo mais complexo e delicado.

A pergunta do presente trabalho teve por objetivo responder qual a percepção do estudante de medicina, que está na vida acadêmica, sobre as diretivas antecipadas de vontade. Como nos lembra Pascal, a conclusão de uma obra já deve estar latente em sua formulação, pois todas as coisas são causadas e causadoras.

Essa dissertação se baseou na análise qualitativa, seguindo a base teórica de Minayo, pois faz a análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações (MINAYO, 2001).

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O método qualitativo busca explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, os dados analisados são não-métricos e se valem de diferentes abordagens. O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e

ilustrativas: seja ela pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações (DESLAURIERS, 1991).

Para Minayo, o homem sempre se questionou e buscou compreender a realidade, por meio da religião, da filosofia, da arte e da ciência como instrumentos dessa procura por questões relacionadas à “ciência e cientificidade”.

Ao analisar as abordagens compreensivas, esclarece-se que a fenomenologia sociológica põe em relevância a subjetividade, reafirmando as categorias de conhecimentos construídas por meio da realidade social, quais sejam: o vivido e o experimentado no cotidiano e a epistemologia que investiga o mundo vivido (LIMA, 2014).

Os termos estruturantes das pesquisas qualitativas são: experiência, vivência, senso comum e ação. E o movimento de análise se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar como explica Minayo (2010),

O termo experiência utilizado historicamente por Heidegger, diz respeito ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza. O sentido da experiência é a compreensão: o ser humano compreende a si mesmo e ao seu significado no mundo da vida. Por ser constitutiva da existência humana, a experiência alimenta a reflexão e se expressa na linguagem. Mas, a linguagem não traz a experiência pura, pois vem organizada pelo sujeito por meio da reflexão e da interpretação num movimento em que o narrado e o vivido por si estão entranhados na e pela cultura, precedendo à narrativa e ao narrador. Já a vivência é produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Embora a experiência possa ser a mesma para vários indivíduos (irmãos numa mesma família, pessoas que presenciam um fato, por exemplo) a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história. Embora pessoal, toda vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre. O senso comum pode ser definido como um corpo de conhecimentos provenientes das experiências e das vivências que orientam o ser humano nas várias ações e situações de sua vida. Ele se constitui de opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir. O senso comum se expressa na linguagem, nas atitudes e nas condutas e é a base do entendimento humano. Dado o seu caráter de expressão das experiências e vivências, o senso comum é o chão dos estudos qualitativos. A ação (humana e social) pode ser definida como o exercício dos indivíduos, dos grupos e das instituições para construir suas vidas e os artefatos culturais, a partir das condições que eles encontram na realidade. O conceito de ação está vinculado à noção de liberdade para agir e transformar o mundo que, para Heidegger, não constitui um lugar e sim um complexo formado pela significação das experiências que fazem do ser humano um ser histórico (MINAYO, 2010).

O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos. Ao buscar compreender é preciso exercitar também o entendimento das contradições: o ser que compreende, compreende na ação e na linguagem e ambas têm como características serem conflituosas e contraditórias pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses. Interpretar é um ato contínuo que sucede à compreensão e está presente nela: toda compreensão guarda em si uma possibilidade de interpretação, isto é, de apropriação do que se compreende. A interpretação se funda existencialmente na compreensão e não vice-versa, pois interpretar é elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido.

4.1.2 Simulação Clínica

Como estratégia para a montagem do caso clínico para a entrevista dos estudantes, foi utilizado o método de simulação clínica. Esse método é amplamente utilizado no ensino e fortemente recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013). A simulação clínica tem por objetivo a replicação de aspectos da realidade em ambiente controlado e tem sido cada vez mais adotada como estratégia de treinamento na área de saúde.

Historicamente, a simulação foi amplamente adotada nas rotinas de treinamento da aviação. Na saúde, o treinamento em simulação tem se tornado indispensável para o desenvolvimento das diferentes competências de seus profissionais, principalmente ao propiciar a oportunidade de treinamento em “ambiente seguro para erros”, pois eventuais erros não levariam a perdas de vidas, propiciar

chance de repetição da prática até a sua excelência e propiciar um ambiente para a experimentação de novas práticas (MELO *et al*, 2018).

Montiel *et al* (2012) relatam que a simulação clínica se apresenta como uma possível estratégia de ensino e avaliação, através da qual se pode conquistar e confirmar competências clínicas, otimizando métodos de avaliação na formação profissional.

Segundo Quirós e Vargas (2014) a simulação clínica é uma tentativa de imitar e antecipar as peculiaridades de uma determinada situação real, almejando sua melhor compreensão e gestão. É uma estratégia que recorre a um ambiente artificial, recriando uma situação real, com o propósito de praticar, aprender, avaliar, testar ou desenvolver a compreensão dos sistemas ou ações humanas. Permite compreender o fator humano, uma vez que é possível treinar e avaliar as habilidades não-técnicas aplicadas em diferentes contextos.

Dessa forma, além da simulação ser o modo ideal de aprendizagem sem causar prejuízo ou inconveniente aos pacientes, é também um método muito conveniente para avaliar competências, já que permite recriar situações realistas que colocam os participantes perto do topo da pirâmide de Miller (ALINIER, 2007).

Há muitos recursos e possibilidades para a realização de simulações. Nesse contexto, foram utilizados principalmente dois recursos, o *role play* e o paciente simulado. O *role play* ou jogo de papéis consiste na situação em que o se assumem papéis diferentes no cenário simulado como se fossem integrantes de um caso clínico, para fins de ensino e treinamento. Essa estratégia fornece oportunidades de aprendizagem, envolvendo tanto o processo afetivo quanto cognitivo do estudante, pois permitem o experimento de sensações, como a vivência do papel de paciente e de outros profissionais. O recurso do paciente simulado permite assumir um papel, retratando uma história dentro da simulação, também com a finalidade de ensino ou de avaliação.

A participação de atores como pacientes simulados é um dos meios mais eficazes para a avaliação e formação de estudantes de medicina, atendendo às Diretrizes Curriculares Nacionais que estipulam “integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde”, “qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico” e “segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e

danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde” (BRASIL, 2014).

Tanto no ensino como nas avaliações, o paciente simulado é cuidadosamente treinado para assumir as características de um paciente real, a fim de proporcionar ao aluno a oportunidade de aprender e/ou ser avaliado nas suas supostas habilidades em primeira mão. A avaliação implica em obter informações, por meio da aplicação de métodos específicos, que podem subsidiar a tomada de decisões que interessam tanto ao processo do aprendizado como ao educando (TRONCON, 1996).

A simulação clínica, por sua alta reprodutibilidade, fidedignidade e validade, ganhou importância na avaliação de desempenho dos estudantes (SAMPAIO; PRICINOTE; PEREIRA, 2014). E foi devido a isso, que essa dissertação utilizou a simulação clínica como recurso para a entrevista dos estudantes em conjunto com um método qualitativo de pesquisa, para avaliar a percepção do estudante de medicina sobre diretiva antecipada de vontade.

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

Nesse estudo, estava proposto a coleta de dados através de uma entrevista semiestruturada (Apêndice 3), durante a realização da simulação de um cenário realístico (Apêndice 1), já previamente elaborado e aprovado pelo Comitê de Ética.

O estudante entraria numa sala com tela de projeção onde assistiria à simulação, previamente gravada. Após assistir ao caso, o participante teria acesso à diretiva antecipada de vontade do paciente simulado (Apêndice 2). A entrevista ocorreria após a leitura desse texto e da concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4).

Porém, junto com o retorno das aulas no ano de 2020, quando seria realizada a coleta de dados, chegou à pandemia por SARS-CoV-2 e impossibilitou a realização da entrevista de modo presencial, devido ao isolamento social imposto.

Dessa forma, a coleta de dados foi realizada através de plataforma digital, sendo encaminhado o convite para a entrevista através do aplicativo WhatsApp e e-mail. Os contatos foram conseguidos na secretaria da instituição de ensino superior assim como na atlética estudantil.

Os estudantes que concordaram em participar do estudo, responderam ao questionário através do Google Forms. Esse continha o termo de consentimento, três vídeos das simulações clínicas e cinco perguntas abertas (Apêndice 5). As perguntas e os vídeos se intercalaram, conforme a montagem da simulação.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O convite foi encaminhado para 608 estudantes do curso de medicina devidamente matriculados na IES paranaense.

Dos estudantes convidados e que responderam ao questionário, foi excluído 01 que já tinham outra graduação prévia e nenhum participava de grupo de pesquisa de cuidados paliativos local.

Um total de 13 estudantes tiveram suas respostas analisadas.

No que diz respeito ao número de pessoas entrevistadas, este foi o suficiente para que se pudesse ser denso o suficiente para construção de categorizações e subsequente análise das respostas, conforme explica Minayo (2004),

alguns cuidados devem ser tomados com o processo de amostragem, com a finalidade de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões, tais cuidados seriam privilegiar os sujeitos que detêm as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer; considerar um número suficiente para a reincidência das informações; escolher um conjunto de informantes que possibilite a apreensão de semelhanças e diferenças.

4.4 TÉCNICA DE ANÁLISE

A etapa de análise do material qualitativo tem como premissa a necessidade de superação da análise espontânea e literal dos dados (MINAYO, 2013). Como saída a essa problemática, Minayo apresenta três modalidades para análise de dados: a análise de conteúdo, a análise de discurso e a análise hermenêutico-dialética. Nesse trabalho, utilizaremos a análise do discurso, havendo uma articulação entre três áreas

do conhecimento: o materialismo histórico, a linguística e a teoria do discurso. Nesta concepção, o sentido das palavras é constituído historicamente e expressa posições ideológicas, portanto, mais do que compreender os significados lexicais do discurso, é preciso entender em que contexto ele foi produzido. Atribui, assim, importância tanto ao discurso ou texto em si, quanto aos silêncios que são, ao mesmo tempo, ambíguos e eloquentes (LIMA, 2014).

Com base em Minayo (1992), podemos apontar três finalidades para essa etapa: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte.

A interpretação nunca será a última palavra sobre o objeto estudado, pois o sentido de uma mensagem ou de uma realidade está sempre aberto em várias direções. Gadamer (1999) acrescenta, que a interpretação deve ir além dos entrevistados e surpreendê-los, pois quando eles deram seus depoimentos, não tinham consciência de tudo o que seria possível compreender, a partir de suas falas, sobre seu tempo, seus contemporâneos e sobre a sociedade em que vivem.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Segundo Gil (GIL, 2002), pesquisa é definida como o

procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados.

A etapa de análise do material qualitativo tem como premissa a necessidade de superação da análise espontânea e literal dos dados (MINAYO, 2013). Como saída a essa problemática, Minayo (2013) apresenta três modalidades para análise de dados: a análise de conteúdo, a análise de discurso e a análise hermenêutico-dialética. Nesse trabalho, utilizaremos a análise do discurso, havendo uma articulação entre três áreas do conhecimento: o materialismo histórico, a linguística e a teoria do

discurso. Nesta concepção, o sentido das palavras é constituído historicamente e expressa posições ideológicas, portanto, mais do que compreender os significados lexicais do discurso, é preciso entender em que contexto ele foi produzido. Atribui, assim, importância tanto ao discurso ou texto em si, quanto aos silêncios que são, ao mesmo tempo, ambíguos e eloquentes (LIMA, 2014).

Com base em Minayo (1992), podemos apontar três finalidades para essa etapa: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte.

A interpretação nunca será a última palavra sobre o objeto estudado, pois o sentido de uma mensagem ou de uma realidade está sempre aberto em várias direções. Gadamer (1999) acrescenta, que a interpretação deve ir além dos entrevistados e surpreendê-los, pois quando eles deram seus depoimentos, não tinham consciência de tudo o que seria possível compreender, a partir de suas falas, sobre seu tempo, seus contemporâneos e sobre a sociedade em que vivem.

Dessa forma o percurso metodológico analítico geral das informações da pesquisa foi desenvolvido baseado nas três etapas propostas por Minayo (2004, 2006).

Na primeira etapa ocorre a disposição pré-analítica dos dados, que envolve a transcrição literal das entrevistas. Segundo Minayo (2004): “Essa fase dá ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo”. Dessa forma, pode-se visualizar o conjunto de informações, as palavras-chaves e os núcleos de sentido mais evidentes, possibilitando a organização classificatória.

Na segunda etapa, iniciasse a organização temática, ou seja, uma classificação categorial, baseada nas ideias centrais das respostas, nos núcleos de sentido, temas mais relevantes ou tópicos de informações, expressas pelos participantes. A categorização é

[...] uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso de análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 1979).

Ou seja, nesta etapa pré-analítica final

[...] determinam-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais (tratados no início ou levantados nesta etapa, por causa de ampliação do quadro de hipóteses ou pressupostos) que orientarão a análise (MINAYO, 2006).

Na terceira etapa inicia-se a análise final das informações coletadas, através da interpretação dos conteúdos organizados nas duas etapas anteriores, contrapondo e respaldando com os conteúdos teóricos levantados.

Após cumprir essas etapas, foi revelado o produto da pesquisa, que sempre será fugaz, pois o resultado dessa análise deve ser sempre gerador de novas interrogações, com potencial para novas investigações, pois processo espiral que parte do empírico e retorna novamente ao empírico, é chamado Ciclo da Pesquisa (MINAYO, 2001).

Para Minayo (2001): “certamente o ciclo nunca se fecha, pois, toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior.”

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A execução desta pesquisa, teve como fundamento os preceitos éticos conforme a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) e 510/16 (BRASIL, 2016). O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), CAAE: 26695919.7.0000.5580 e somente após a obtenção do parecer favorável os dados e as informações da pesquisa foram coletados.

Devido ao novo formato da pesquisa, não houve risco de constrangimento direto, porém manteve-se o risco de perda de anonimato das identidades dos participantes da pesquisa, perda do sigilo das informações coletadas, além do desencadeamento de algum sentimento, ao serem suscitadas questões de ordem emocional.

Para minimizar estes riscos, foram tomadas as medidas como a retirada das respostas no ambiente de rede, foi mantido sigilo e anonimato dos estudantes por parte da pesquisadora e foi disponibilizado acesso direto à pesquisadora através de e-mail pessoal para todos que sentissem necessidade de contato, após assistir os vídeos e responder às perguntas.

Quanto aos benefícios da pesquisa, pode-se analisar a compreensão dos estudantes sobre diretrizes antecipadas de vontade.

As simulações foram gravadas no laboratório de simulação da instituição, com a participação de estudantes integrantes do grupo de iniciação científica em cuidados paliativos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das informações coletadas nas entrevistas foi realizada após leitura detalhada e cuidadosa de todo o material, transcritos na sua íntegra. Isso possibilitou evidenciar os conteúdos que respondiam às perguntas iniciais da pesquisa.

Após a leitura, seguiu-se a organização do material por categorias, para identificar as que mais abrangiam a forma como os estudantes se expressavam. Apesar de nenhum conteúdo ter sido desprezado, mesmo que tenha sido citado apenas uma vez, procurou-se ressaltar os conteúdos observados de forma mais recorrente.

Outra análise realizada, feita a partir da leitura dos conteúdos transcritos, foi a busca de relações entre os dados coletados e o confronto destas com a literatura disponível acerca deste mesmo tema pesquisado.

De acordo com os elementos, passos e critérios metodológicos mencionados anteriormente, as informações obtidas foram classificadas e dispostas em categorias e subcategorias, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - CLASSIFICAÇÃO CATEGÓRICA DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Dignidade da Pessoa Humana e Autonomia do Paciente	Valores ético profissionais Cuidados paliativos Qualidade de vida Ortotanásia
Conhecimento sobre Diretiva Antecipada de Vontade	Terminalidade da vida Qualidade de vida Direito e escolhas do paciente Decisão terapêutica

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

A análise das perguntas realizadas aos estudantes de medicina gerou a definição de duas categorias principais que são interligadas e interdependentes através de afinidade temática. Dentro dessas categorias foram elencadas subcategorias, através da repetição do discurso dos participantes.

5.1 DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E AUTONOMIA DO PACIENTE

A primeira categorização das informações dos estudantes de medicina, diz respeito à dignidade da pessoa humana, envolvendo termos bastante empregados nas respostas, como respeito aos valores ético profissionais, cuidados paliativos, qualidade de vida, ortotanásia

O nascer sempre, ou quase sempre, constituiu-se em um momento festejado, lúdico, cercado de cuidados e atenções. Em contraposição, a morte e as questões relativas a terminalidade da vida são vistas de maneira antagônica e com certo repúdio, pois envolvem sentimentos essencialmente ligados à perda, à impotência, à derrota. A inaceitabilidade da morte, vista como um fracasso pelos profissionais da medicina, foi em muito reforçada pelo rápido avanço técnico-científico, novos processos de aferir e controlar os sinais vitais e mudanças do processo de homeostase, ou seja, a ciência forneceu aos médicos a possibilidade de adiar o processo da morte natural, de forma legal, mas talvez nem sempre ética.

É esperado, também, que o estudante de medicina, desde o momento de sua escolha vocacional, carregue em seu senso moral, incipiente no processo de formação, o profundo respeito pela vida humana, pela preservação da espécie e pela efetiva tentativa em salvar vidas como o propósito primordial de sua atividade. Na assistência de um paciente terminal, no entanto, é pacificamente aceita, que não se trata de uma escolha da ciência médica ou da ciência do direito, e sim de princípios e direitos individuais que fundamentam constituições de diversas nações. Um dentre os muitos, é o princípio da dignidade humana, através do estabelecimento de direitos e de deveres, parece ser uma solução viável para mediar esse conflito. Por ser um princípio fundante da ética social, a dignidade humana deve ser distinguida de lei, ou leis da natureza, dado que estas não têm relação direta com a ética, embora, por vezes, possam-na imbuir. As leis naturais, nas suas várias vertentes, são tão somente descritivas e fundamentam-se em algumas observações científicas de cunho biológico, químico ou físico. O fundamento dos valores em um modelo de convivência social, plural nas ideias e secular nas práticas, pode então residir no conceito de dignidade humana, que é um dos alicerces, inalienáveis, do próprio Estado de Direito.

Em uma perspectiva conceitual, segundo Bonavides, Agra e Miranda (2009), a dignidade da pessoa humana é um conceito amplo e complexo, “[...] é um conjunto de condições sociais, econômicas, culturais e políticas”. Um conceito de difícil

entendimento, mas de fácil afirmação. Historicamente, o princípio da dignidade da pessoa humana teve sua origem nas Revoluções Americana e Francesa, no século XVIII, sendo a base dessas revoluções, a busca da tríade felicidade, liberdade e igualdade (BILLIER, 2005).

Vários documentos vieram reforçar esse conceito, como o Código de Nuremberg (CREMESP, 2002), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e a Declaração de Helsinque (CREMESP, 2002), entre outros. Eles têm como prioridade, assegurar que a dignidade da pessoa humana seja respeitada em todas as etapas das pesquisas científicas.

Porém a dignidade humana é muito abordada em várias dimensões, como na ética/bioética, na jurídica e nos direitos humanos. Para Silva (2011), a dignidade da pessoa humana é “um valor supremo que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais do homem, desde o direito à vida”. Na mesma linha, para Nunes (2010), seria a dignidade “[...] o primeiro fundamento de todo o sistema constitucional posto e o último arcabouço da guarda dos direitos individuais”.

No Brasil, o princípio da dignidade da pessoa humana está embutido na Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), no art. 1º, III, no título I “Dos princípios fundamentais”, como fundamento do Estado Democrático de Direito da República Federativa do Brasil, ao lado da soberania, cidadania, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, e pluralismo político.

Moraes (2015), por sua vez, afirma que a dignidade da pessoa humana é um princípio que “concede unidade aos direitos e garantias fundamentais, sendo inerente às personalidades humanas”. A dignidade seria, segundo ele, “um valor espiritual e moral inerente à pessoa”, se manifestaria na “autodeterminação consciente e responsável da própria vida”.

Vieira (2018) afirma:

Assim, fica impossível defender a autodeterminação de um paciente, o seu direito de posicionar-se ativa e altivamente frente à vida e à morte, bem como garantir seus desejos e vontades frente a tratamentos que aceita ou não fazer, sem considerar o conceito de dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido, a dignidade está intrinsecamente envolvida com o cuidar. Com o cuidar até o final da vida. O conceito dos cuidados paliativos, já abordado nesse

trabalho, dá sustentação ao conceito de vida digna, independente na possibilidade de cura. O indivíduo tem seu “valor supremo” mantido em todas as etapas da vida.

A dignidade humana, como um princípio básico nato, impõe-se ao próprio indivíduo, principalmente através da indisponibilidade de alguns bens essenciais, tal como o corpo humano e partes dele. Tais garantias são pessoais, ímpares, base de uma verdadeira justiça social. Assim também complementa Lippmann (2013),

Direitos, tal como o direito à vida, à autodeterminação, à integridade física e moral, ou ao reconhecimento da personalidade são inerentes a todos os membros da família humana. Ou, por outro lado, aqueles direitos que permitem o cabal desenvolvimento da personalidade, como a liberdade de pensamento, de expressão ou de associação e que afirmam a natureza singular da espécie humana nos planos cognitivo, emocional, e da decisão moral. Essa tripla dimensão – a razão, a emoção e a moralidade – como a seguir defenderei, é tanto a característica distintiva da pessoa, como a expressão da sua natureza. E, o livre desenvolvimento e expressão da personalidade humana encontra na diversidade da autodeterminação a sua riqueza fundamental.

Uma das principais contribuições do conceito de dignidade humana é o princípio lapidar do respeito e tolerância pelo outro, especialmente na sua autonomia individual. O código de ética médica explica que a autonomia da vontade do paciente deve ser respeitada, vedando ao médico o desrespeito às prescrições ou tratamento de outro médico, exceto se com manifesto benefício ao paciente. O novo código se pauta na possibilidade de permissão da ortotanásia, ponderando seu respeito para com a dignidade da pessoa humana. Portanto, e mais uma vez, configura-se um princípio no plano da ética, e com uma face jurídica, que é o direito à liberdade de autodeterminação de todos os seres humanos (DANIELS; SABIN, 2002).

A Constituição Federal de 1988, conceituada como Constituição Cidadã, em seu art. 1º, III, também evidencia, como fundamentos do Estado Democrático de Direito, dentre outros, a dignidade da pessoa humana como princípio constitucional, o que é corroborado pelo art. 5º, caput, II e III, quando enaltece o direito à vida, à liberdade, à autonomia da vontade e proíbe tratamento desumano ou degradante

corroborados pelo artigo 1º da resolução do CFM no 1.805/06¹ e pela artigo 2º da Resolução 1.995/2012² (BRASIL, 1988).

Além das disposições constitucionais, o Código Civil de 2002 auxilia no estudo, especialmente em seus artigos 11³ e 15⁴, uma vez que, os que referidos dispositivos proibem a submissão de pessoa a tratamento ou intervenção médica em havendo risco de vida e que esse direito, ainda, se constitui como irrenunciável (BRASIL, 2002).

Muito embora não exista no Brasil uma lei que regulamente as Diretivas Antecipadas de Vontade, é possível afirmar que, sua eficácia prática existe, mesmo que de forma ainda imatura, mas em consonância com a norma Constitucional, haja visto ser a diretiva um termo personalíssimo, revogável, gratuito e informal.

A única norma vigente no ordenamento jurídico brasileiro é a Resolução 1995 do CFM, de 9 de agosto de 2012, que em seu art. 1º⁵ e 2º⁶ define as diretivas

¹ Art. 1º. É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

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

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

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

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

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

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

³ Art. 11. Com exceção dos casos previstos em lei, os direitos da personalidade são intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo o seu exercício sofrer limitação voluntária.

⁴ Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

⁵ Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

⁶ Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

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

antecipadas de vontade como os desejos postos pelo paciente na decisão de tratamentos a que deseja, ou não, ser submetido, especialmente quando incapacitado para se expressar, além de esclarecer questões limítrofes, inclusive quanto à hipótese de manifestação pelo representante designado do paciente (CFM, 2012).

Há teórica vinculação do médico à manifestação de vontade do paciente, uma vez que exaure possíveis e eventuais demandas judiciais, tendo em vista o amparo legitimado pelo paciente, no exercício da sua autonomia da vontade. Diante dessa definição, tem-se que se o médico suspender os procedimentos sem a devida manifestação de vontade do paciente ou seu representante legal, estará, em tese, praticando o crime de homicídio, pois a figura que desqualifica a tipicidade é a manifestação da autonomia da vontade do paciente⁷.

Importante esclarecer que o testamento vital diverge um pouco das Diretivas Antecipadas de Vontade, pois seus objetivos, apesar de aparentemente similares, possuem significados diversos⁸. Conforme Bonamigo (2013), especificamente sob o pallium da legislação brasileira e de acordo com a legislação portuguesa, o termo mais adequado seria Diretivas Antecipadas de Vontade, considerando que o testamento vital diz respeito a procedimentos e tratamentos que o paciente deseja ou não receber ou ser submetido, em havendo incapacidade de comunicação do paciente (BONAMIGO *et al*, 2013). As diretivas antecipadas de vontade possuem sentido mais amplo, haja vista que, além de incluir o testamento vital, permite ao indivíduo dispor ainda sobre outros desejos: doação ou não de órgãos e tecidos, destinação do próprio

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

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

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

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

⁷ Fato típico, em um conceito formal, é a descrição de uma conduta considerada proibida, para qual se estabelece uma sanção. Um fato típico é aquele que se adequa a essa descrição. Para Zafaroni o tipo penal é um instrumento legal, logicamente necessário e de natureza predominantemente descritiva, que tem por função a individualização de condutas humanas penalmente relevantes e proibidas por lei.

⁸ Na Resolução 1995, para manter a uniformização terminológica entre os países de língua portuguesa (conforme adotado na lei 25/12 portuguesa), optou-se pela denominação Diretivas Antecipadas de Vontade (na sigla DAV), tendo como outras denominações, para testamento vital, as seguintes variações, diversas nos diferentes países: advance decisions, advanced directives, advance health care plan, directivas antecipadas, directives anticipées du patient, diretivas antecipadas de vontade, testamento vital e voluntad anticipada.

corpo e até mesmo designando terceira pessoa, ou seja, um representante designado para tomar as medidas necessárias para implementar sua vontade quando incapaz de decidir ou de se comunicar, hipótese na qual se constitui o mandato duradouro, desta forma nos ensina Bonamigo *et al* (2013) que,

as Diretivas Antecipadas de Vontade, então, se referem ao gênero do qual derivam as espécies testamento vital e mandato duradouro. Perceba-se que não se trata de abreviação da vida, mas sim a morte no seu tempo natural, sem prolongamento que se sabe, no caso concreto, ineficaz. Quanto ao procedimento de expressão da vontade, para assegurar segurança jurídica ao declarante, a sugestão é que o documento seja lavrado por escritura pública, a fim de evitar o registro de um documento que possa, eventualmente, ser anulado por meio de ação judicial, mas nada impede que as diretivas antecipadas de vontade estejam inseridas em documento privado, mas de conhecimento dos familiares e, ainda, podem ocorrer em condições especiais, sob a forma verbal, informadas diretamente ao médico, que deverá inclui-las no prontuário médico do paciente.

Ainda, tem-se que estes instrumentos, personalíssimos, atuam para atribuir natureza jurídica aos direitos de personalidade. Desta forma, não há que se questionar a autonomia do paciente, uma vez que o ordenamento jurídico dispõe que o cidadão goza das prerrogativas constitucionais impostas. Portanto, a previsão do art. 5º, caput, da Constituição Federal, se constitui em direito e não em obrigação, tanto é que o legislador não capitulou como crime o suicídio, apenas o auxílio ao suicídio, o que ratifica a tese da autonomia da vontade, que deve se sobressair no caso concreto, se for esse o desejo do paciente, em detrimento do dever de viver, hipótese do já referido art. 5º, II. (BRASIL, 1988).

Para Dadalto *et al* (2013), "quando a Constituição previu o catálogo aberto de direitos fundamentais, para que a pessoa encontre a melhor forma de se realizar, pode-se entender como implícita a liberdade de dispor do próprio corpo". E prossegue, sintetizando que o se o corpo humano se constitui em "espaço de autonomia, a liberdade de dispor do próprio corpo deve ser a regra e suas limitações são exceções, pois os conceitos de saúde, liberdade e personalidade devem ter a mesma direção." Também, em sua obra cita que,

Os instrumentos mencionados devem ser levados a efeito por pessoa capaz, de acordo com os art. 3º e 4º, do Código Civil, de preferência sob orientação de um médico de confiança da família e de um advogado, a fim de estar plenamente ciente do que se está registrando, até porque os registros devem ser realizados em

obediência à lei posta, embora seja possível a revogação a qualquer tempo, desde que utilizada a forma adequada. No que concerne ao mandato duradouro, poderá ser realizado através de uma declaração de outorga, uma vez que a pessoa a ser nomeada deverá exteriorizar e decidir de acordo com a vontade prévia do paciente, por isso a importância de ser, também, uma pessoa próxima do paciente, de sua família e que conheça satisfatoriamente o paciente, pois a decisão deve ser como se o próprio paciente estivesse se expressando (DADALTO *et al*, 2013).

Na diretiva deve constar, também, apenas procedimentos que se refiram à ortotanásia e isso engloba apenas as práticas terapêuticas que têm seu cerne na suspensão ou cerceamento de tratamentos extraordinários ou fúteis, que devido ao quadro do paciente não trarão a cura, mantendo, entretanto, cuidados paliativos.

Imperioso esclarecer que a declaração ocorre antes do paciente estar acometido por doença, mas se ocorrer no leito hospitalar, poderá o médico colher a declaração de vontade do paciente no próprio prontuário médico, para que a vontade do paciente fique registrada e justifique alguma prática específica, que atenda à vontade do paciente.

A vontade do paciente é uma preocupação ética e filosófica que atormenta há muito tempo a humanidade: vida e morte, e a busca incessante por novos padrões morais que deem conta dessa incipiente realidade legal, porém moral desde os primórdios.

O respeito a vontade do paciente, dentro de sua autonomia de decidir pelo seu próprio destino, deve ser em última análise realizado por um paternalismo autorizado, em que subsiste um consentimento explícito ou implícito, divergindo do chamado e paternalismo não-autorizado, que é aquele sem consentimento algum, pois este último desrespeita os valores humanos do consentimento livre e esclarecido como forma de atender às necessidades da sociedade, contrapondo-se ao princípio bioético da autonomia como uma base sólida de valor humano e moral, na atenção prestada à pessoa humana no final da vida.

Desafios como, ter que decidir até onde devemos manter as condutas médicas em pacientes portadores de doenças crônicas e incuráveis, fazem parte do cotidiano daqueles que têm a bioética como uma ciência dinâmica, atual e complexa. Salutar ultrapassar os muros estudantes de conhecimento restritos a atos médicos diagnósticos e terapêuticos puros, para vivenciar a prática diária da sociedade moderna, em todos os níveis da educação desde o início do processo ensino-

aprendizagem acadêmica, edifique-se no exercício da cidadania, baseada no respeito à autonomia individual e à dignidade humana.

Desta forma o papel intervencionista levado ao extremo, deve ser revisto, com intuito de formatar as relações interpessoais, especialmente a relação médico-paciente, e da responsabilidade profissional, onde é fundamental o consentimento esclarecido em linguagem acessível àquele que recebe a informação, a fim de que se estabeleça o juízo de valor necessário para a decisão do que é melhor para cada caso concreto, garantindo a aplicabilidade do princípio da autonomia.

A autonomia é uma categoria de liberdade, porém nem toda a liberdade é considerada autonomia. É necessário e obrigatório que o conceito de autonomia, esteja fundado ao exercício do atributo específico do homem a racionalidade, definido por Aristóteles. A intervenção do que fazer e não fazer no ambiente da morte, trazendo consigo a ideia de dignidade como autonomia, deve prevalecer, por diferentes razões. A primeira delas é de cunho normativo fundado pelo nosso sistema constitucional, cuja liberdade individual, prevalece perante as metas coletivas.

A autonomia na visão filosófica, é a forma de reconhecer o indivíduo como um ser moral, capaz de fazer escolhas e de assumir suas responsabilidades. Valorizando este princípio bioético e constitucional, não estará o médico determinando a forma do término da vida do paciente, mas sim respeitando e oportunizando ao detentor de sua individualidade, optar entre várias possibilidades, que incluem o prolongamento máximo da vida, seu não-prolongamento artificial e, em situações-limite, sua abreviação.

Na ética profissional, a dignidade como autonomia é o melhor critério a ser assegurado o direito de não realizar procedimentos que não considerem adequados, permitindo que atendam à vontade do paciente de não lhe causar sofrimento inútil, no entanto é claro, sem se excluir a possibilidade de objeção de consciência por parte do médico, caso não esteja de acordo com as escolhas manifestadas.

A dignidade como autonomia envolve, primeiramente, a capacidade de se auto determinar, seja decidindo os rumos da própria vida, seja desenvolvendo livremente a própria personalidade. Significa o poder de realizar as escolhas morais relevantes, assumindo a responsabilidade pelas decisões tomadas. Mas importante frisar que, por trás da ideia de autonomia deve estar um sujeito moral capaz de se autodeterminar, traçar planos de vida e realizá-los.

Nem tudo, naturalmente, se alicerçam em escolhas pessoais. Há decisões que o Estado pode tomar legitimamente, em nome de interesses e direitos diversos. Entretanto, salvaguardados tais direitos coletivos, as decisões sobre a própria vida de uma pessoa, escolhas existenciais sobre religião, casamento, ocupações e outras opções personalíssimas que não violem direitos de terceiros não podem ser subtraídas do indivíduo, sob pena de se violar sua dignidade.

Assegurado os direitos da própria personalidade, o segundo aspecto destacado diz respeito às condições para o exercício da autodeterminação, ofertando, para tanto, meios adequados para que a liberdade seja real, e não apenas retórica. Para tanto, integra a ideia de dignidade o denominado mínimo existencial, que é a dimensão material da dignidade, a fim que o paciente possa traçar e concretizar seus planos de vida, assumindo responsabilidades por suas decisões. Esse mínimo existencial é garantido essencialmente, mas não tão somente, através das mínimas condições econômicas, educacionais e psicofísicas.

No que diz respeito ao terceiro e o quarto aspectos da dignidade como autonomia, podemos citar a universalidade e a inerência, que costumam caminhar abraçadas. O cunho ontológico da dignidade, isto é, seu caráter inerente e intrínseco a todo ser humano, impõe que ela seja respeitada e promovida em sua universalidade, sendo garantidoras a todas as pessoas, independentemente de sua condição nacional, cultural, social, econômica, religiosa ou étnica.

A autonomia identificada com a dignidade humana, com a capacidade humana de autodeterminação, é frequente na literatura, ainda que não com caráter exclusivo ou mesmo predominante. É certo que em ceiras como o da bioética, inclusive e especialmente nas decisões sobre o destino da sua própria vida, a autonomia figura como princípio fundamental, por ser o modelo baseado no consentimento livre e esclarecido dos sujeitos. Também na jurisprudência estrangeira é possível encontrar decisões fundadas na noção de dignidade como autonomia.

No julgamento do caso Rodriguez, a Suprema Corte canadense fez expressa menção à “habilidade individual de fazer escolhas autônomas”, embora, no caso concreto, tenha impedido o suicídio assistido. Na Suprema Corte americana, o mesmo conceito foi invocado em decisões como *Lawrence v. Texas*, a propósito da legitimidade das relações homoafetivas. Na mesma linha da dignidade como autonomia foi a decisão da Corte Constitucional da Colômbia ao decidir pela inconstitucionalidade da proibição da eutanásia. O julgado fez expressa menção a uma perspectiva secular e pluralista, que deve

respeitar a autonomia moral do indivíduo. (BERTOLINI; BARROSO, 2012)

A visão da dignidade como autonomia valoriza o indivíduo, sua liberdade e seus direitos fundamentais. Com ela são fomentados o pluralismo, a diversidade e a democracia de uma maneira geral. Todavia, a prevalência da dignidade como autonomia não pode ser ilimitada ou incondicional. Em primeiro lugar, porque a o próprio pluralismo pressupõe, naturalmente, a convivência harmoniosa de projetos de vida divergentes, de direitos fundamentais que podem entrar em rota de colisão. Além do mais, escolhas individuais podem produzir resultados não apenas sobre as relações individuais, mas também sobre o corpo da própria sociedade e, em certos casos, sobre a humanidade em seu todo.

5.2 CONHECIMENTO SOBRE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Na categoria sobre o conhecimento acerca de diretivas antecipadas de vontade, pode-se observar a periodicidade das subcategorias, terminalidade da vida, direito e escolhas do paciente, qualidade de vida, e decisão terapêutica.

A necessidade da compreensão acerca da terminalidade da vida, processo decorrente do exaurimento dos esforços para restaurar a saúde do enfermo, que traz à tona a morte iminente, inexorável e prevista, é fundamental, principalmente tendo em vista que, nos tempos atuais, a tecnologia e os métodos invasivos não apenas aumentaram a longevidade, mas também retardaram o processo de morte e prolongaram a existência, ainda que sem assegurar qualidade de vida (SANCHEZ Y SANCHES; SEIDL, 2013).

A terminalidade da vida advém com desconforto e angústia consideráveis principalmente nos doentes oncológicos e vítimas de acidentes neurovasculares degenerativas ou acidentais. Para tanto, dilemas éticos especiais são trazidos à tona, dependentes do meio cultural e convicções religiosas em que se vive, assim como os meios econômicos e sociais destinados à saúde (MARENGO; FLÁVIO; SILVA, 2009).

As respostas dadas por alguns estudantes acerca do cenário simulado, percebe-se a compreensão do momento vivenciado pelo personagem do paciente em

sua terminalidade de vida, o respeito a suas escolhas e a qualidade de vida já há muito comprometida:

Para mim, definiria isso como liberdade de escolha e qualidade de vida. A paciente, ciente da sua terminalidade da vida, tem total liberdade de escolher o que ela quer para ela, e cabe a nós acatarmos essa decisão. A paciente opta pela qualidade de vida que tanto sente falta, o que, por tanto, cabe a nós darmos o suporte para que recupere isso. Após isso a escolha da paciente, em primeiro momento confirmaria com a paciente se é o que ela deseja, se ela não gostaria de alguma ajuda de outros serviços como psicologia. Se é o que ela realmente busca, iria aceitar e buscar trazer toda a qualidade de vida que a paciente deseja. Permitir que ela faça o que quer, com as devidas prudências. Liberdade de escolha para a paciente, porém, com todas as orientações devidas (estudante A).

Para mim, a decisão do paciente deve ser respeitada, o mesmo reconhece a terminalidade da vida, não cabendo a mim julgamentos e decisões por ele, como obrigá-lo a fazer um tratamento muito invasivo que só diminua sua qualidade de vida e torne o fim de sua vida conturbado e de muito sofrimento; assim, apresentaria a os cuidados paliativos, explicando como funciona, quais os objetivos e aproximação que pode haver com a família (estudante K).

O fato de o ser humano possuir algo que o distingue dos demais animais, é um motivo mais que suficiente para justificar uma solidariedade para com os seus semelhantes, conferindo direitos iguais a todos os seus membros, pelo menos no que diz respeito a determinados direitos fundamentais. Tais direitos fundamentais, devem se aplicar até a terminalidade da existência biológica do ser humano, respeitados as decisões mais íntimas, promovendo as decisões pessoais, pois embora seja possível considerar que, do ponto de vista biológico, a morte é um processo gradual, do ponto de vista filosófico, e mesmo ontológico, existem vários conceitos com repercussões éticas e legais complexas.

Pode se observar em muitas respostas essa preocupação em relação os direitos fundamentais do paciente em suas escolhas, dentro da autonomia que é um dos princípios pilares da Bioética. Quando questionados o estudante a respeito de qual seria a conduta sua como médico mediante a escolha do paciente sobre seu destino terapêutico, obteve-se algumas respostas tais como:

Eu conversaria com a família tentando demonstrar que ela está em perfeita saúde mental e que essa escolha só pode ser feita por ela. Tentaria mostrar novamente os lados positivos do tratamento e os negativos. Encontraria terapia que dentro das condições de saúde dela permitissem a redução da dor sem causar outros problemas (estudante B).

Eu iria tratar a dor com medicação e iria respeitar a opção da paciente, conversaria com a filha sobre a decisão da mãe e que é muito importante o apoio de toda a família nesse momento (estudante D).

Buscar saber sobre o caso da outra paciente com a médica em questão é o serviço referência em que ela acompanhava! Solicitar uma conversa com a familiar em ambiente tranquilo, perguntar o que ela entende sobre cuidados paliativos, sobre a doença da mãe e sua percepção! Perguntar se ela já ouviu falar em diretivas antecipadas de vontade e explicar que para a paciente todo esse processo pode ser muito mais doloroso que para a família que quer mantê-la viva pelo tempo mais prolongado! E respeitar sempre a vontade do paciente! (estudante E).

Portanto, abordar o paciente terminal a fim de manter a vida a qualquer custo são insuficientes, exageradas, desnecessárias e ignoram o sofrimento do doente e de seus familiares. No cenário simulado, apesar de ser um fato fictício, mostra o quanto é árduo para a família ter que reconhecer a terminalidade da vida de seu ente querido, faz-se necessário ao profissional da saúde explicar que por vezes o paciente é mantido vivo graças a tratamentos que provocam mais dor do que alívio e conforto. E do ponto de vista bioético estas observações não seriam uma reprovação da medicina tecnológica, e sim um estímulo a reflexão sobre a conduta a ser tomada diante da inexorável mortalidade humana (MARENGO; FLÁVIO; SILVA, 2009).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, vem promovendo ampla discussão sobre ética e o fim da vida. Abertas à sociedade e à comunidade médica, foram promovidas consultas públicas sobre este enorme desafio e obtiveram-se algumas opiniões de extrema valia como cita Pinheiro (2010):

“Acho maravilhoso poder optar pelo cancelamento do sofrimento. Tenho câncer de mama e estou em tratamento, mas de forma alguma quero que minha vida seja prorrogada por meio de fios e equipamentos”.

“Chega de tratar quem é terminal apenas como algo que se mantém vivo artificialmente (...), servindo apenas à necessidade dos parentes e da sociedade de não assumirem a morte como coisa natural e inescapável”

Nessas discussões, realizadas por Pinheiro (2010), são abordados temas como o sofrimento, aspectos religiosos, o financiamento dos custos para o sistema de saúde, aspectos jurídicos, a evolução da discussão bioética, assim como outros. Entretanto a grande contribuição foi ampliar o debate sobre a morte com dignidade e o respeito pelo princípio bioético da autonomia, que culminou com a aprovação e publicação da Resolução CFM nº 1.805/2006, que coloca como base o respeito pela decisão do paciente e o consentimento livre e esclarecido:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Parágrafo primeiro: O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação. (CFM, 2006)

Fica claro, então, por meio dessa Resolução, que não há obrigação do profissional médico em prolongar a vida do paciente cujas perspectivas de cura já se exauriram, cabendo a este ou a seu representante legal decidir a respeito da continuação do tratamento, contando com todas as informações disponíveis sobre as alternativas terapêuticas. Conseguindo assim, preservar a autonomia individual e a dignidade do paciente, que receberá os cuidados necessários ao alívio de seu sofrimento. Sendo permitido, inclusive, a possibilidade de solicitar alta hospitalar, podendo levar o processo da morte com mais dignidade e humanidade, ao lado das pessoas que mais ama (NUNES, 2014).

Em resposta a condutas adotadas pelo estudante de medicina frente a solicitação dos pacientes, muito se observa a citação do direito deste decidir por seu destino, resguardados sua autonomia na escolha por seu destino, e o processo de convencimento e aceitação por parte da filha. É muito comum na prática médica o paciente solicitar que medidas não invasivas infrutíferas lhe sejam evitadas, mas os familiares se negarem ou não aceitarem. Percebe-se nas respostas dos estudantes uma maturidade em relação ao princípio bioético da autonomia, e do direito constitucional da dignidade e da liberdade de escolha, sem desamparar nas necessidades de cuidados:

Explicaria pra filha da paciente que é direito da mãe e sobre a autonomia da mãe dela sobre a decisão da conduta; explicaria sobre termos que a

senhora poderia fazer sobre suas vontades e administrar o medicamento para alívio da dor. (estudante C)

Respeito a decisão da paciente. E explico ao familiar que essa decisão deve ser respeitada, por mais triste que seja para a família (estudante D).

Sei que é uma situação difícil, mas eu abordaria a família para um tratamento psicológico, para o convencimento da filha e para uma abordagem de cuidados paliativos (pois eles precisam também desse cuidado) e tentaria cumprir com os desejos da paciente, pois entendo que é um direito de qualquer paciente enquanto apresenta sua consciência (estudante F).

Buscar saber sobre o caso da outra paciente com a médica em questão é o serviço referência em que ela acompanhava! Solicitar uma conversa com a familiar em ambiente tranquilo, perguntar o que ela entende sobre cuidados paliativos, sobre a doença da mãe e sua percepção! Perguntar se ela já ouviu falar em diretivas antecipadas de vontade e explicar que para a paciente todo esse processo pode ser muito mais doloroso que para a família que quer mantê-la viva pelo tempo mais prolongado! E respeitar sempre a vontade do paciente, pois lhe é um direito! (estudante E).

Em partes, ela demonstrou que não gostaria de ser reanimada, porém, isso deveria ser documentado (estudante C). (VIDEO 3)

Sim, quando ela afirma que não deseja mais continuar o tratamento para o CA (estudante D).

Sim! Quando ela decidiu que não queria continue a quimio, nem diálise, nem internação, nem reanimação (estudante L).

O próprio conceito hipocrático, historicamente conhecido, baseou-se nos princípios de alívio da dor, redução da nocividade da patologia e renúncia a tratamentos quando a medicina não é mais capaz de colaborar para a reversão do quadro. No Direito atual, houve a publicação da Resolução 1.995/2012 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que reconhece a validade das diretivas antecipadas de vontade e ampara o médico que seguir suas determinações. Tal resolução, embora tenha força normativa, cujo descumprimento dos atos previstos fere o Código de Ética Médica (CEM), estas normativas não encontram regulamentação no Código Civil (BRASIL, 2002).

Tal ausência de posicionamento definitivo na área legislativa, na forma de lei, pode na interpretação dogmática, levar a insegurança jurídica dos profissionais em

seguir as determinações de um paciente, justamente, por recearem estarem incorrendo em responsabilização subjetiva de negligência médica. Uma pesquisa, realizada por Piccini *et al* (2011), que procurou identificar a atitude dos profissionais em relação a diretiva antecipada de vontade mostrou que apenas 60,7% dos entrevistados declararam seguir as decisões dos pacientes.

Apesar desse estudo quantitativo, no presente resultado qualitativo desta pesquisa com os estudantes, podemos observar a preocupação em acatar as solicitações do paciente no caso simulado, como se observam nas seguintes respostas:

Primeiro admitiria a paciente e encaminharia para ser medicada para a dor. Nesse tempo tentaria saber mais da história médica da paciente e conversaria com a filha, explicando o quadro da doença e se há ou não possibilidade de cura, respeitando o desejo da paciente em não mais se submeter ao tratamento. (estudante F)

Olha, é difícil a situação, mas precisamos respeitar a decisão dela! Vou passar um potente analgésico para ela ficar bem, e se ela em qualquer momento pensar em retornar o tratamento, estarei aqui para ajudar, encaminhá-la novamente. (estudante K)

Eu anotaria no prontuário as diretrizes antecipadas de vida da paciente, pois são essas que devem ser respeitadas (garantir que ela está em perfeito juízo e entende as consequências); e faria apenas a analgesia, conforme vontade dela. (estudante L)

Conversaria com a familiar no sentido de tentar desenvolver empatia em relação a como a paciente se sente. Explicaria para ela que embora a nossa percepção da dor da paciente possa se aproximar a realidade nunca será idêntica à que a paciente tem. Cada um tem a sua própria percepção de dor física, mental e espiritual. Nós enquanto participantes observadores do processo de adoecimento temos que oferecer suporte de alívio a paciente (evitando seu sofrimento) ao invés de prolongá-lo. Então prescreveria sintomático pra dor. Cumpria a vontade da paciente. Mas preferencialmente com a assinatura da paciente documentando sua decisão e com o entendimento da familiar sobre o que são os cuidados paliativos. (estudante M)

É fundamental manter o equilíbrio entre conhecimento científico e humanístico, recuperando a dignidade da vida e a qualidade da morte. Haja visto, ser a morte uma evolução gradual do processo vital, do ponto de vista filosófico, e mesmo ontológico,

existem vários conceitos que repercutem no campo da ética e do direito de forma complexas. Percebe-se assim, que a própria concepção tradicional, profundamente enraizada na crença popular, de morte cardiorrespiratória, constatada em tempo adequado como nos leciona a Medicina Legal, após minuciosa observação cadavérica, evoluiu um conceito complementar de morte, trazendo à tona grande polêmica, que é o conceito de morte cerebral. A constatação desse tipo de morte, deve-se a evolução da ciência, que permitiu, nas últimas décadas, a manutenção artificial de algumas funções vitais, assim como, funções essenciais para o prolongamento da vida de muitos seres humanos. Esse fato concorreu para alterar a concepção ética e legal de morte de um ser humano, sendo hoje aceito o conceito de morte cerebral, em que um ser humano pode ser declarado morto após a cessação irreversível de funcionamento do tronco cerebral, como cita Nunes e Melo (2011),

a capacidade de gerar consciência e de estar alerta, bem como de variar a tensão arterial e os ritmos cardíaco e respiratório, está localizada no tronco cerebral, pelo que a lesão irreversível dessa zona integradora da vida de relação é condição necessária e suficiente para uma pessoa ser declarada morta. Essa é também a posição da Comissão Presidencial de Ética dos Estados Unidos da América, segundo a qual a morte cerebral é não apenas a perda da capacidade de ter consciência, mas também a perda da função integradora do tronco cerebral, após o que as funções dos órgãos vitais deixam de constituir um organismo vivo. Penso que essa é, na atualidade, a melhor das opções possíveis, sendo esse o conceito usualmente utilizado nos países ocidentais. Contudo, na Dinamarca, o Conselho de Ética recusou-o, baseando-se em características próprias da sua cultura, propondo a reintrodução do conceito tradicional de morte cardiorrespiratória, reconhecendo, contudo, que a morte cerebral marca o início irreversível do processo de morte.

Portanto, percebe-se que até o próprio conceito fisiológico da morte, modifica-se com o passar do tempo e o avanço tecnológico, em âmbito de diagnóstico. Não poderia, portanto, o direito, a bioética deixarem de acompanhar esse progresso. Num primeiro momento se preocupou em buscar meios de aumentar a sobrevida e qualidade de vida dos pacientes, e agora a sensibilidade em compreender as limitações da ciência em não se prolongar uma vida às custas do sofrimento de quem lhe detém o direito de decisão. No âmbito do Direito, no que concerne as legislações propriamente dita, sabemos que não há uma legislação própria acerca do testamento vital, mas se formos buscar, nos princípios bioéticos e dentro da nossa própria

constituição encontraremos fundamentos mais que suficientes a garantir que a diretiva antecipada do paciente seja respeitada.

No meio jurídico há controvérsia, conforme alguns doutrinadores ensinam, em se chamar de Testamento Vital, pois a terminologia Testamento traz à tona, a relação do pós morte e aquele tem efeito antes da morte, para tanto, a professora, Luciana Dadalto utiliza a nomenclatura Declaração Prévia de Vontade para o Fim da Vida. A autora entende que Testamento Vital se assemelha ao Testamento por ser um negócio jurídico unilateral, personalíssimo, gratuito e revogável, mas que se distancia do mesmo por produzir efeitos post mortem,

chegou-se ao nome “declaração prévia de vontade para o fim da vida”, por meio de verificação de que o documento comumente chamado de “testamento vital” é, na verdade, uma declaração de vontade que será utilizada pelo paciente em estágio de fim de vida, mas que deve ser manifestada previamente à esta situação (DADALTO, 2013b)

Portanto para a estudiosa, o nome Testamento Vital seria inadequado para designar uma declaração de vontade de uma pessoa com discernimento acerca das terapêuticas das quais não deseja se submeter quando estiver em estado de terminalidade da vida e impossibilitada de manifestar sua vontade, o considerado mais adequado seria chamar de Declaração Prévia de Vontade para o Fim da Vida, uma vez que este vem representar as características e objetivos dos desejos do paciente.

Essa Declaração Prévia de Vontade, desta forma se fundam essencialmente, mas não tão somente em tais princípios, resoluções orientadoras publicadas por órgãos de classe, entre outras normativas que são norteadores da última vontade do paciente que não suporta mais o longo processo da morte. Devem ser para este fim, instrumentos éticos e legais, em que se registram as vontades antecipadas à manifestação futura, indicando de maneira positiva ou negativa a utilização da obstinação terapêutica, assim como os tratamentos considerados fúteis que só aumentam o sofrimento e negam o direito à morte digna (PICCINI *et al*, 2011).

Apesar de não existir uma legislação específica para a elaboração, o testamento vital, como uma manifestação de um direito individual, pode ser expresso de algumas formas como uma escritura pública em cartório, uma declaração escrita em documento particular, de preferência, mas não necessariamente com firma reconhecida, ou como uma declaração feita ao médico assistente, registrada no prontuário, com assinatura do paciente com plena capacidade civil (ROSSINI, 2013).

A falta de norma regulamentadora não desvalida a concepção do testamento vital, devido a liberdade dos particulares em instituir categoria não contemplada em Lei, na condição de que a mesma não contraponha o ordenamento jurídico. Em nosso ordenamento jurídico brasileiro há várias formas de Testamento como cita Rossini (2013):

Dispõe o artigo 1.857 do Código Civil que “Toda pessoa capaz pode dispor, por testamento, da totalidade dos seus bens, ou de parte deles, para depois de sua morte”. (BRASIL, 2013: 280). No parágrafo 2º, diz que: “São válidas as disposições testamentárias de caráter não patrimonial, ainda que o testador somente a elas se tenha limitado” (BRASIL, 2013: 280). Portanto, as disposições testamentárias não versam somente sobre questões patrimoniais, mas também não patrimoniais, como por exemplo, o reconhecimento de paternidade.

O testamento, por definição jurídica, é um negócio jurídico, uma vez que tem em suas bases características, ser um ato personalíssimo, em que a declaração de vontade é emitida somente pelo que dispõe do direito atestado; ser ato unilateral, pois é manifestada a vontade livre e absoluta do testador; ter uma formalidade e solenidade, pois garante a aplicabilidade da vontade do testador; de ser revogável, já que pode ser revogado a qualquer tempo antes da morte do testador; de ter mortis causa: uma vez que tem efeito somente após a morte do teste, assim escreve também Gonçalves (2013) em sua obra,

O artigo 1.862 do Código Civil de 2002 traz as formas ordinárias de testamento, sendo: público, cerrado e o particular. No artigo 1.886 do mesmo Código, fala dos Testamentos Especiais, quais sejam: marítimo, aeronáutico e o militar. Outra forma de Testamento é o trazido pelo artigo 1.881 do codicilo, sendo considerado um ato de última vontade da pessoa, versando sobre enterro, esmola de pouca monta, destinação de móveis, roupas ou joias de pouco valor, faz-se por meio de um documento informal, assim como uma simples carta, é um instrumento particular, escrito, datado e assinado pelo próprio codicilante. Verifica-se então que o rol é taxativo, não tendo validade no ordenamento jurídico outro testamento ou declaração.

Tomando assim por analogia, apesar de não haver uma lei específica, pode-se dizer que o Testamento Vital também é uma disposição de vontade, assim como o próprio testamento. Caracteriza-se por ser unilateral, personalíssimo, gratuito e revogável, e ser dirigido à eficácia jurídica antes da morte do interessado, elaborado por pessoa juridicamente capaz, devidamente assinado, em que o paciente declara quais tipos de atos médicos deseja ou não se submeter. Tais declarações remetem

ao respeito de um direito individual e inviolável de forma incontroversa nos casos futuros em que o interessado se encontra impossibilitado de manifestar sua vontade, tendo o que chamamos de efeito *erga omne*, aplicando ao mesmo, por analogia ao artigo 1.858 do Código Civil, em que descreve ser o testamento um ato personalíssimo, podendo ser mudado a qualquer tempo. (BRASIL, 2002).

A Declaração Prévia de Vontade para o Fim da Vida, servindo-se como testamento vital, deve seguir, também os ditames da ética profissional, segundo o artigo 28 do Código de Ética Médica Brasileiro é direito do médico se opor a realização de atos que sejam contrários aos ditames de sua consciência, feita esta recusa, a mesma deve ser fundamentada na ética, moral, religião ou razão de foro íntimo. Em relação às disposições contrárias ao ordenamento jurídico há preocupação de se confundir a Declaração Prévia de Vontade para o Fim da Vida com a eutanásia passiva consentida, confusão essa que não se admite vez que há distinção, conforme nos ensina Dadalto *et al* (2013),

Enquanto a eutanásia passiva, ainda que consentida, pressupõe, segundo Garay, a suspensão de meios terapêuticos proporcionados e úteis – aqui denominados de tratamentos ordinários ou cuidados paliativos – na declaração prévia de vontade para o fim da vida pretende-se a retirada de tratamentos extraordinários, ou fúteis.

Portanto, a eutanásia passiva provoca a morte, enquanto a suspensão de tratamento fútil permite que ela ocorra naturalmente. Quanto às disposições que sejam contraindicadas à patologia do paciente ou tratamento que já estejam superados pela Medicina há que observar o melhor interesse do paciente.

Desta forma o aceite da naturalidade da morte, resguardados os princípios da ética, a legitimidade do testamento vital é reconhecida pela decisão do Conselho Federal de Medicina, que o reconhece como um documento, em que os pacientes registram o tratamento que desejam receber quando a morte se aproximar, não estabelecendo até o presente momento um formato padrão. Por meio desse documento não cabe mais ao médico o dever incondicionado de tratante àquelas situações em que não haja perspectivas objetivas de que o paciente possa vir a recuperar a consciência e restabelecer uma vida de relações, nesse caso a obstinação terapêutica deve ceder. A fim de nortear, os profissionais médicos, houve resolução do CFM nº 1995/2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, na seguinte forma:

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

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

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

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

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

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

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

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação”. (CFM, 2012).

Por meio desta resolução, cabe ressaltar que não é uma faculdade dos médicos escolher se a seguem ou não. Se não fizerem conforme o disposto serão responsabilizados no mínimo administrativamente, uma vez que as resoluções são atos emanados dos plenários do Conselho Federal de Medicina e de alguns dos Conselhos Regionais de Medicina que regulam temas de competência privativa e dessas entidades em suas áreas de alcance, como os órgãos supervisores, normalizadores, disciplinadores, fiscalizadores e julgadores da atividade profissional médica em todo território nacional (PICCINI *et al*, 2019).

Em conformidade a esta resolução, importante dizer que a possibilidade de recusa a tratamento médico não se refere a tratamentos necessários para preservar a vida do paciente, mas sim a tratamentos que tenham somente a finalidade de prorrogar a vida sem nenhuma possibilidade de cura, portanto, juridicamente, não há que se falar em invalidade do ato por ser ilícito o objeto. É sim um ato lícito pois vem a assegurar a autonomia da vontade do paciente, evitando desentendimentos com a família sobre quais procedimentos adotar em casos de inconsciência do paciente e

dando a legal proteção e amparo legal a atividade médica (MARENGO; FLÁVIO; SILVA, 2009).

Percebe-se, portanto, a necessidade de se incluir o Testamento Vital em nosso ordenamento jurídico respeitando o princípio ético e constitucional da autonomia do paciente perante a possibilidade de suspensão dos tratamentos médicos. É o paciente o titular inalienável do destino de sua vida, cabendo ao médico a obrigação de informar ao paciente seu prognóstico, que lhe faculta procurar outras opiniões ou meios de tratamento.

Desta forma cabe também ao médico o dever de informação ao paciente, dever este garantido na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º. XIV que cita: “É assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo de fonte, quando necessário ao exercício profissional”. (BRASIL, 1988).

Tal dever de informação também tem previsão no próprio Código de Ética Médica, diz em seu artigo 34 que é vedado ao médico “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal” fica claro, portanto, que o médico tem o dever de informar ao paciente acerca do tratamento que deverá ser submetido (CFM, 2009).

Dentro do conceito cultural que cabe ao médico preservar a vida a qualquer preço, não deve ser desincumbido do dever de informação, explicando ao paciente e aos familiares o alcance real de uma determinada terapêutica, sem que com isso fira a dignidade de um paciente, cuja cura não mais exista, e os cuidados paliativos são a opção de um conforto ao corpo já muito comprometido. Assim estando paciente devidamente informado e esclarecido, cabe a este a opção de limitar ou suspender o tratamento ineficaz, com respaldo nas garantias constitucionais, não podendo estas ser descartadas, uma vez que são garantias e não opcionalidades (SANCHEZ Y SANCHEZ; SEIDL, 2013).

A decisão terapêutica, que é uma subcategoria da categoria conhecimento acerca de diretiva antecipada de vontade, só se valida após exaustiva informação acerca do seu estado de saúde, e possibilidades de cura ou morte. Pode-se evidenciar nas respostas dos estudantes que a escolha terapêutica é uma forma de se respeitar a autonomia de escolha:

Que a paciente tomou a decisão pela decisão terapêutica que mais lhe deixaria em paz. Independente da sua escolha, meu papel como médica é oferecer conforto e alívio na forma de cuidados paliativos. Se a decisão da paciente é abster-se do tratamento, ainda assim, meu dever é fornecer a melhor qualidade de vida, o melhor cuidado paliativo, mesmo nessa situação (estudante K).

Explicaria para a acompanhante da paciente que a decisão terapêutica em continuar ou não o tratamento curativo é da paciente, e que se essa é a vontade dela, então deve ser respeitada. Ao mesmo tempo explicaria que a não realização do tratamento curativo não significa desistir, e abordaria com ela a questão dos cuidados paliativos, explicando que se trata de um suporte a todas as necessidades das pacientes para que seja garantida uma qualidade de vida, mesmo que o tratamento não cause remissão da doença (estudante E).

Eu anotaria no prontuário as diretrizes antecipadas de vida da paciente, pois são essas que devem ser respeitadas (garantir que ela está em perfeito juízo e entende as consequências); e faria apenas a analgesia, conforme decisão terapêutica dela (estudante F).

Olha, é difícil a situação, mas precisamos respeitar a decisão terapêutica dela! Vou passar um potente analgésico para ela ficar bem, e se ela em qualquer momento pensar em retornar o tratamento, estarei aqui para ajudar, encaminhá-la novamente (estudante J)

Portanto, na obrigação de informar por parte do profissional médico, nasce o direito de escolha terapêutica do paciente, sem o qual pode vir carregado de vícios de consentimento a um paciente, muitas vezes em estado terminal, que tem o direito de escolha dos meios terapêuticos que quer dispor ou não dispor. Importante frisar que o Testamento Vital se aplica não só em pessoas no estado terminal, mas em todos os estágios clínicos que as colocam em situação de fim de vida, como doença terminal, estado vegetativo persistente e doenças crônicas. Busca-se o direito de morrer com dignidade, para isso explica Melo (2006),

Paciente terminal é aquele que se encontra em situação irreversível, independente de tratamento ou não, apresentando grande possibilidade de morrer em pouco tempo, é quando o seu quadro clínico se torna irreversível. A terminalidade da vida está ligada a impossibilidade de cura do paciente, se o tratamento pode proporcionar a cura deste, não há que se falar em terminalidade, mas se apenas prolonga sua vida, sem possibilidade de reversão do quadro clínico, ou seja, não há possibilidade de cura, está presente então o estado de terminalidade do paciente. Então surge a questão

de seus direitos, tais como, de morrer com dignidade e de deixar que a morte ocorra de forma natural.

Melo, da mesma forma, também enfatiza que

O doente terminal é, antes de mais nada, uma pessoa que não pode ver limitados arbitrariamente aos seus direitos pelo simples facto de se encontrar doente, na fase final de uma doença incurável no estado atual do conhecimento médico. Continua, portanto, não obstante a doença que lhe dá uma esperança de vida previsível de um ou dois meses, a ser titular dos direitos reconhecidos nas grandes declarações de direitos no plano do Direito Internacional (MELO, 2006).

O paciente em estado terminal, importante afirmar que, pode ou não estar consciente, uma vez que este não goze de plena consciência, fica então reduzida sua autonomia, esta forma e em razão disso, deverão prevalecer os desejos do paciente manifestados previamente por meio de declaração prévia de vontade para o fim da vida. Mas inexistindo este documento, prevalece à vontade dos familiares, sem deixar de resguardar e preservar sempre a dignidade e autonomia do paciente, quer ele esteja consciente ou não.

Assim deve se entender a vida, que não pode ser vista de uma forma mais valorada que dignidade e a liberdade de seu titular. Não se pode esquecer que é um sujeito de direito, devendo sua vontade, mesmo que prévia, ser levada em consideração. E no âmbito jurídico-normativo o Estado tem o dever de proporcionar saúde às pessoas, não o obrigando a algo que não está previsto em Lei, e não impondo um tratamento ao paciente, sem antes consultar aquele que detém a autonomia de escolha

O Estado como o garantidor de vida digna, tem o dever de legislar e não se omitir, e sem deixar de se guiar pelos caminhos já traçados pela bioética. Um questionamento ético relacionado ao testamento vital diz sobre a autenticidade e estabilidade da decisão do paciente, uma vez que a confecção do documento é embasada em uma construção imaginária de como seria a vida do paciente em determinada situação futura nunca experimentada. Ou seja, poderia haver uma mudança do ponto de vista a partir do momento em que realmente vivenciasse tal condição.

Portanto o Estado muito mais que usar de esforços para garantir ao ser humano uma vida digna, deve dar garantias de direito na escolha por uma morte de forma digna. E esta pode ser manifestada na Declaração Prévia de Vontade para o Fim da

Vida de não ser submetido a tratamentos inúteis, cuja finalidade seja apenas prolongar a vida sem nenhum outro resultado. Não seria assim o recurso desta declaração de vontade uma forma de eutanásia, mas sim reconhecer a morte como elemento da vida humana, deixando que ocorra sem o recurso de meios artificiais que prolonguem a agonia do paciente e seus entes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diretivas antecipadas de vontade no Brasil estão respaldadas no novo Código de Ética Médica brasileiro, que deixou claro que o médico deve respeitar a vontade expressa do paciente e na Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Porém, até o momento, não existe qualquer legislação federal sobre o tema no Brasil no âmbito jurídico e esta falta de regulamentação gera uma insegurança e desconhecimento tanto nos pacientes quanto nos médicos.

Apesar disso, ainda há uma trincheira descoberto na relação médico-paciente. É imperativo assegurar que os desejos do paciente se façam realizados no momento em que não puder expressá-los sozinho, assim como, garantir que o médico possa segui-los, sem represália jurídica, pois os familiares tinham desejos diferentes dos do paciente.

As discussões devem avançar na sociedade, no meio jurídico e estudante para que possamos assegurar essa expressão de liberdade.

De acordo com as entrevistas realizadas, pode-se observar que muitos estudantes já têm conhecimento sobre o termo “Diretivas Antecipadas de Vontade”, apesar de haver insegurança em alguns, em acatar a decisão do paciente, contrariando a família.

Deve-se parar de aplaudir o sobrevivente, assim como usar termos como “ganhou” ou “perdeu” a batalha. O médico não está em guerra com a doença e não fracassa quando alguém morre.

A terminalidade e seus desdobramentos deve ser introduzida na formação dos estudantes de medicina de forma não só biológica, não somente como uma disciplina ou matéria a ser vencida. Esse tema deve ser discutido em vários âmbitos, momentos, entrelaçados com vários temas e situações. Permitir que o estudante sinta a dor de dar uma notícia de óbito, se colocando, muitas vezes no lugar do outro.

Formaremos profissionais mais empáticos e conscientes do seu papel ao mostrar aos estudantes, que não estão lidando somente com a matéria, com o corpo biológico do paciente e sim, com uma vida, cheia de história e que em determinado momento, ele, como médico, fará parte dessa história também.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALINIER, Guillaume. **A typology of educationally focused medical simulation tools**. Medical teacher, v. 29, n. 8, p. 243-50, 2007.

ALVES, Rubem. **Sobre a morte e morrer**. Releituras. [Internet]. 2003 (acesso 30 out. 2013). Disponível em: http://www.releituras.com/rubemalves_morte.asp. Acesso em: 01 nov. 2019.

ANCP. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **ANCP e os Cuidados Paliativos no Brasil**. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 30 out. 2019.

ANCP. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.

ARGENTINA. **Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud**. Ley nº 26.529, de 21 de octubre de 2009. Argentina. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>. Acesso em: 02 nov. 2019.

ARIÉS, Philippe. **O homem perante a morte II**. Portugal: Publicações Europa-América. 5 ed. LDA, 1977.

BARBOSA, Antonio.; GALRIÇA NETO, Isabel. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ed. p.1-42. Lisboa: 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise das relações. Análise de conteúdo**. Lisboa-Portugal: Edições, v. 70, p. 197-203, 1979.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James. F. **Principles of Biomedical Ethics**, 4th ed. New York: Oxford: Oxford University Press. 1994.

BERTOLINI, Priscila Caroline Gomes. BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Belo Horizonte: Forum, 2012.

BILLIER, Jean-Cassien. **História da filosofia do direito**. São Paulo: Editora Manole, 2005.

BIONDO, Chaiane Amorim; SILVA, Maria Júlia Paes da; SECCO, Lígia Maria Dal. **Distanasia, eutanasia y ortotanasia: percepciones de los enfermeros de unidades de terapias intensiva e implicaciones en la asistencia**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, p. 613-619, 2009.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**. Volume I. Parte Geral. 8º Ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BOMTEMPO, Tiago Vieira. **A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: uma análise constitucional**. Revista Internacional de Direito e Cidadania, v. 9, p.169-182. 2011.

BONAMIGO, Elcio Luiz *et al.* **A inserção do testamento vital na deontologia médica brasileira**. Revista Síntese Direito de Família, v. 80, n. 15, p. 83-93. 2013.

BONAVIDES, Paulo; AGRA, Walber de Moura; MIRANDA, Jorge. **Comentários à Constituição Federal de 1988**. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro**. Jus Navigandi, v. 10, p. 1-10. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 3 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm#art2044. Acesso em: 5 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://www.toledo.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2017/07/DCN-2014.pdf>. Acesso em: 13 out 2021.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Senado da República Federativa. **Projeto de Lei nº 524, de 26 de novembro de 2009.** Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença. Brasília: Senado da República Federativa, 2009. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/94323>. Acesso em: 14 out. 2021.

BRUM, Eliane. **Testamento vital.** 2012. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI154190-15230,00-TESTAMENTO+VITAL.html>. Acesso em: 22 set. 2019.

BUENO, Andressa Aline Bernardo; FASSARELLA, Cintia Silva. **Eutanásia: discutindo a relatividade da bioética.** Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 5, n. 2, 2011.

BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; BARCELLOS, Igor Awad. **O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 2691-2698, 2013.

BYOCK, Ira. **Principles of Palliative Medicine.** In: WALSH, D. et al. Palliative Medicine. Philadelphia, USA: Saunders Elsevier, 2009. p.33-41.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006.** Revista bioética, v. 22, n. 1, p. 94-104. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm. Acesso em: 12 jul. 2019.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.931, de 24 de setembro de 2009.** Código de Ética Médica. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf. Acesso em: 12 jul. 2019.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.995, de 31 de agosto de 2012.** Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf. Acesso em: 12 jul. 2019.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988.** Código de Ética Médica. Brasília. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1988/1246_1988.htm. Acesso em: 12 jul. 2019.

CHEMIN, Marcia Regina Chizini. **A dignidade na morte sob a perspectiva das diretivas antecipadas de vontade.** 2015. 84f. Dissertação (Pós-graduação em Bioética) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2015.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Código de Nuremberg.** São Paulo: Centro de Bioética do CREMESP, 30 set. 2002. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=2>. Acesso em: 19 abr. 2020.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Declaração de Helsinque.** São Paulo: Centro de Bioética do CREMESP, 30 set. 2002. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=4>. Acesso em: 19 abr. 2020.

DADALTO, Luciana *et al.* **Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro.** Revista bioética, v. 21, p. 463-476, 2013.

DADALTO, Luciana. **Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal).** Revista de bioética y derecho, n. 28, p. 61-71, 2013.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital**, 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013.

DANIELS, Norman; SABIN, James. **Setting Limits Fairly: Can we learn to share medical resources?** Oxford: Oxford University Press, 2002.

DESLAURIERS, Jean-Pierre. **Recherche qualitative: guide pratique.** Montreal: McGraw-Hill, 1991.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito.** 5. ed. São Paulo, Saraiva, 2009.

DU BOULAY, Shirley *et al.* **Changing the face of death: the story of Cicely Saunders.** 2. ed. 24p. Great Britain: Brightsea Press, 2007.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **Patient Self Determination Act of 1990.** 101st Congress (1989-90). Disponível em: <https://www.congress.gov/bill/101st-congress/house-bill/4449>. Acesso em: 25 out. 2019.

FERRAI, Carla Maria Maluf *et al.* **Uma leitura bioética sobre cuidados paliativos: caracterização da produção científica sobre o tema.** Mundo Saúde, v. 2, p. 99-104, 2008.

FERREIRA, Ana Paula de Jesus; SOUZA, Luciene Jacinto; LIMA, Adriana Aparecida Faria. **O profissional de saúde frente à distanásia: uma revisão integrativa.** Revista bioethikos, v. 5, n. 4, p. 462-469, 2011.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. **Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos.** História, Ciências, Saúde, v. 17, p. 165-180, 2010.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método.** Tradução de Flavio Paulo Meurer. 3.ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

GALRIÇA NETO, Isabel. Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. **Manual de cuidados paliativos,** v. 2, 2006.

GIL, Antonio Carlos *et al.* **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Edlaine de Campos; MENEZES, Rachel Aisengart. **Aborto e eutanásia: dilemas contemporâneos sobre os limites da vida**. Physis: Revista de saúde coletiva, v. 18, p. 77-103, 2008.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Parte Geral. **Obrigações, Contratos**. 3. ed. São Paulo: Saraiva 2013.

LIMA, Aline Cristina *et al.* **O desafio do conhecimento**. Revista Eletrônica Inter-Legere, n. 14, 2014.

LIMA, Maria de Lourdes Feitosa; REGO, Sérgio Tavares de Almeida; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Proceso de toma de decisión en los cuidados de fin de vida**. Revista Bioética, v. 23, n. 1, p. 31-39, 2015.

LIPPMANN, Ernesto. **Testamento vital: o direito à dignidade**. São Paulo: Matrix, 2013.

MACIEL, Maria Goretti Sales. **Definições e princípios. Cuidado Paliativo**, v. 15, p. 18-21. São Paulo: Cremesp, 2008.

MARENGO, Mariana; FLÁVIO, Daniela; SILVA, Ricardo Henrique Alves. **Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde**. Medicina (Ribeirão Preto), v. 42, n. 3, p. 350-357, 2009.

MARTA, Gustavo Nader *et al.* **Cuidados paliativos e ortotanásia. Diagnóstico e Tratamento**, v. 15, n. 2, p. 58-60, 2010.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios**. Manual de cuidados paliativos ANCP, v. 2, n. 2, p. 23-24, 2012.

MELO, Brena Carvalho Pinto *et al.* **Perspectivas sobre o uso das diretrizes de desenho instrucional para a simulação na saúde: revisão da literatura**. Scientia Médica, v. 28, n. 1, p. 13, 2018.

MELO, Helena Pereira de. **O Direito a Morrer com Dignidade**. Lex Medicinæ, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, ano 3, n. 6, 2006

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa.** *Salud colectiva*, v. 6, n. 3, p. 251-261, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 1. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.

_____. _____. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. _____. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. _____. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTEIRO, Renata da Silva Fontes; SILVA, Alúcio Gomes da. **Directivas antecipadas de voluntad: recorrido histórico en América Latina.** *Revista Bioética*, v. 27, p. 86-97, 2019.

MONTIEL, Maria Irene Durante *et al.* **Evaluación de competencias en ciencias de la salud.** México: Editorial Médica Panamericana, 2012.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional.** 31. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

NUNES, Luiz Antônio Rizzatto. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência.** 3. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

NUNES, Maria Inês; ANJOS, Márcio Fabri dos. **Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites.** *Revista Bioética*, v. 22, p. 241-251, 2014.

NUNES, Rui; MELO, Helena Pereira. **Testamento vital.** Coimbra: Editora Almedina, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos,** 1948. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/por.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

PERIM, Sabrina Fontoura; HERINGER, Astrid. **A eutanásia no Brasil.** *Revista Direito e Justiça*, v. 11, p. 11-36, 2008.

PESSINI, Leo. **Distanásia: até quando investir sem agredir?** Revista Bioética, v. 4, n. 1, 2009.

PICCINI, Cleiton Francisco *et al.* **Testamento vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes.** Bioethikos, v. 5, n. 4, p. 384-91, 2011.

PINHEIRO, Thais Raquel Silva Pavão. **Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos.** O mundo da saúde, v. 34, n. 3, p. 320-326, 2010.

PITTELLI, Sergio Domingos; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer. **Eutanásia e sua relação com casos terminais, doenças incuráveis, estados neurovegetativos, estados sequelares graves ou de sofrimento intenso e irreversível e morte encefálica.** Saúde, Ética & Justiça, v. 14, n. 1, p. 32-39, 2009.

PORTO RICO. Ley nº 160, de 17 de novembro de 2001. **Ley de declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal o de estado vegetativo persistente.** Porto Rico: LexJuris; 2001. Disponível em: <http://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2001/lex2001160.htm>. Acesso em: 2 nov. 2019.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. **Psicologia hospitalar e cuidados paliativos.** Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 13, n. 1, p. 76-93, 2010.

QUIRÓS, Seidy Mora; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. **Simulação clínica: uma estratégia que articula práticas de ensino e pesquisa em enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem, v. 23, n. 4, p. 813-4, 2014.

RIBEIRO, Kamila Vieira *et al.* **Eutanásia em paciente terminal: concepções de médicos e enfermeiros intensivistas.** Enfermagem em foco, v. 2, n. 1, p. 28-32, 2011.

RODRIGUES, Inês Gimenes. **Cuidados paliativos: análise de conceito.** 2004. 247f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ROSSINI, Rita de Cássia Calil Campos; OLIVEIRA, Virgínia Izabel de; FUMIS, Renata Rego Lins. **Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde**. Revista Brasileira de Medicina, v. 70, n. 1, p. 4-8, 2013.

SAMPAIO, Arabela Maria Barbosa; PRICINOTE, Sílvia Cristina Marques Nunes; PEREIRA, Edna Regina Silva. **Avaliação clínica estruturada**. Gestão e Saúde, v. 5, n. 2, p. 410-417, 2014.

SANCHEZ Y SANCHES, Kilda Mara; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 17, p. 23-34, 2013.

SANTOS, Jozabed Ribeiro; DUARTE, Hugo Garcez. **Eutanásia: o direito de morrer à luz do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana**. Âmbito Jurídico, v. XIX, n. 148, 2016.

SANTOS, Maria Fernanda Gonçalves dos; BASSITT, Débora Pastore. **Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 23, n. 4, p. 448-454, 2011.

SILVA, Fernando Salomão da; PACHEMSHY, Luiza Rita; RODRIGUES, Inês Gimenes. **Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 21, n. 2, p. 148-154, 2009.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional**. Positivo. 34 ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

STOLZ, Camila *et al.* **Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia**. Revista Bioética, v. 19, n. 3, p. 833-845, 2011.

TRONCON, Luiz Ernesto de Almeida. **Avaliação do estudante de medicina**. Medicina (Ribeirão Preto), v. 29, n. 4, p. 429-439, 1996.

URUGUAI. Parlamento del Uruguay. Ley nº 18.473, de 3 de abril de 2009. **Voluntad anticipada**. Diário Oficial, 2009. Disponível em:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9987824.htm>. Acesso em: 2 nov. 2019.

VANE, Matheus Fachini; POSSO, Irimar de Paula. **Perception of physicians of Intensive Care Units of the Clinicas Hospital Complex about orthothanasia**. Revista Dor, v. 12, n. 1, p. 39-45, 2011.

VIEIRA, Ticiania Garcia Fernandes. **Diretivas antecipadas de vontade: um estudo de revisão de literatura à luz da Bioética**. 2018. 90f. Dissertação (Pós-graduação em Bioética) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **A ortotanásia e o direito penal brasileiro**. Revista Bioética, v. 16, n. 1, p. 61-83, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: Transforming and scaling up health professionals' education and training**. 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93635/9789241506502_eng.pdf;jsessionid=CB37AE391733F2014D967D7ACCDA7623?sequence=1. Acesso em: 13 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – SIMULAÇÃO DE UM CENÁRIO REALÍSTICO

VÍDEO 1

Suely sentada na cadeira, de frente para o médico – câmera foca no cenário de atendimento.

Narração: Suely, 56 anos, diagnosticada com câncer de colo de útero há 3 anos com metástase local e abdominal, inicia quadro de Insuficiência Renal Aguda. Como tratamento, prescreve-se hemodiálise 3x na semana, 4h por dia. Não há condições de diálise peritoneal por doença primária local. Vem para consulta de rotina em ambulatório.

Entrega 'prontuário' com essas informações para o estudante

Médico: Suely, como você está hoje?

Suely: Doutor, estou cansada. Perdi minha vida social, não consigo trabalhar nem viajar. Não aguento mais tantas complicações que esse câncer trouxe, já internei um monte de vezes ao longo desses 3 anos, faço quimio, tenho efeitos colaterais e o câncer não para de piorar... Já conversei com o padre da igreja, minha família não concorda que eu pare de tratar. Mas sabe... está tudo muito complicado pra mim... Estou pensando seriamente em não fazer a hemodiálise, já estou cansada mesmo de tudo isso.... Não sei o que fazer...

Entrevistador:

1. Você é o médico que a acompanha desde o início do diagnóstico de câncer de colo. Qual seria sua conversa inicial com essa paciente?

VÍDEO 2:

Suely sentada na cadeira, de frente para o médico – câmera foca somente na Suely.

Narração: 15 dias depois, no retorno do tratamento:

Suely: Doutor, pensei muito, refleti bastante sobre o que conversamos na última consulta e, realmente, eu não quero mais me tratar. Quero parar de sofrer, sabe? Parar de sentir dor, parar de dar trabalho pra minha família. Quero poder viver o resto

da minha vida do meu jeito, como eu decidir. Quero estar perto de quem eu amo, sem dar trabalho pra eles e sem fazer eles sofrerem.

Entrevistador:

1. Como médico, o que isso significa para você?
2. Qual seria sua conduta após isso?

VÍDEO 3:

Cenário de UPA. Suely sentada, inquieta, com dor. Filha ao lado. Médico chega para atendimento. Foco da câmera na Suely.

Narrador: Você é médico plantonista na UPA, não conhece o histórico de Suely e irá realizar seu atendimento, ela chega acompanhada da filha:

Médico: O que te traz aqui hoje, Suely?

Suely: Doutor, eu tô sentindo muita dor! Tenho câncer de colo de útero com metástase há 3 anos, mas não quero mais tratar! Me mandaram fazer diálise, mas eu não quero mais! Nem a quimio eu quero fazer! Não quero que ninguém me traga de volta se eu morrer, nem que me deixem em aparelhos! Só quero para de sentir dor e ficar com a minha família nos meus últimos momentos, na minha cama, na minha casa!

Filha: Mãe, para com isso! A senhora não pode desistir! Doutor, o senhor TEM que fazer a diálise, tem que voltar com a quimio! Se for isso que vai ajudar minha mãe, é isso que o senhor tem que fazer! Ela já foi no psicólogo, psiquiatra e todo mundo diz que ela não tem nada, que não precisa de remédio pra cabeça e que tá muito lúcida! Mas isso não é possível, ela não pode desistir do tratamento!

Entrevistador:

1. Qual sua conduta?
2. O que você sabe sobre Diretivas Antecipadas de Vontade?
3. Você entendeu que essa paciente trouxe uma Diretiva? Em que momento?
4. Se sim, onde você aprendeu sobre isso?

APÊNDICE 2 – DAV DO PACIENTE SIMULADO

Eu, Maria da Silva, nascida em 07 de julho de 1943 em Osasco/SP, casada com José dos Santos, mãe de Aparecida e João, solicito que a aplicação de medidas de prolongamento da vida, em especial operações, respiração e alimentação artificiais, incluindo a sonda gástrica, bem como a manutenção da função cerebral, não deve ser realizada se me encontrar no processo direto de falecimento, no qual qualquer terapia de manutenção da vida iria adiar a morte ou prolongar o sofrimento sem perspectiva de melhoramento.

Solicito expressamente que não sejam efetuados tratamentos desproporcionais, considerando-se como tal a intervenção médica consistente na utilização de métodos diagnósticos ou terapêuticos cujos resultados não irão trazer benefícios para mim, podendo trazer mais sofrimento, pois não promoverão alívio e conforto nem modificarão o prognóstico da doença, devendo apenas serem providenciados os cuidados paliativos necessários para o meu conforto e alívio das dores e do sofrimento que eu venha a ter.

No caso de uma terminalidade desejo que o tratamento e o cuidado sejam direcionados de forma a aliviar dores, inquietação e medo, sendo admitida por mim a evolução natural da doença, mesmo que através desta conduta e do tratamento necessário das dores, não se possa excluir um encurtamento da vida.

Eu gostaria de poder morrer com dignidade e em paz, se possível no meu ambiente familiar.

As decisões contidas neste testamento vital foram tomadas após uma reflexão profunda e esclarecida. Elas representam a minha posição em relação a questões de tratamentos médicos e seu cancelamento. Numa situação concreta, na qual eu venha estar em estado de incapacidade para tomar decisões, e seja necessário decidir sobre estes assuntos, solicito aos meus médicos que aceitem e respeitem este documento e que procedam de acordo com a vontade que nele manifestei.

APÊNDICE 3 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Qual seria sua conduta nesse caso?
2. Você seguiria o que está escrito nesse documento apresentado?
3. O que você diria à família?
4. Qual seu sentimento em relação a isso?
5. Você sabe o que é a DAV?

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado “As Diretivas Antecipadas de Vontade Segundo a Percepção de Estudantes de Medicina”. Esta pesquisa tem por objetivos analisar a compreensão que os estudantes do último período do curso de medicina de uma faculdade privada em Curitiba têm sobre as diretivas antecipadas de vontade, um tema muito estudado no Direito Médico e muitas vezes valorado como meio de prova em julgados de processos contra médicos e instituições de saúde. Para tal, serão realizadas entrevistas com duração aproximada de uma hora, em local reservado a ser combinado entre você e a pesquisadora.

Sua participação no referido estudo será no sentido de descrever sua compreensão a respeito do tema abordado, explanando de forma livre suas opiniões e conceitos.

Este estudo terá como fundamento os preceitos éticos conforme as Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Pode haver risco de constrangimento, perda de anonimato da identidade e ainda perda de sigilo das informações oferecidas. Poderá ainda haver o desencadeamento de algum sentimento, ao serem suscitadas questões de ordem emocional. Como as respostas serão gravadas, pode haver também o risco de acesso por outras pessoas aos equipamentos onde estarão armazenadas as informações. Para minimizar estes riscos, serão tomadas as seguintes medidas:

- Constrangimento: a pesquisadora refletidamente cuidará para minimizar ao máximo as possibilidades de constrangimento aos participantes, pensando e refletindo sobre cada conceito utilizado na abordagem da temática, além da escolha, o mais adequado possível, do local para a realização da entrevista.

- Anonimato: a pesquisadora se compromete a zelar para que a identidade dos participantes da pesquisa seja preservada ao máximo.

- Sigilo: a pesquisadora se compromete em manter sigilo das informações de acordo com o compromisso ético assumido com os participantes da pesquisa. Assim, o direito ao sigilo será garantido, levando em consideração que os participantes serão informados dos objetivos e da metodologia da pesquisa e receberão um Termo de Consentimento Livre Esclarecido para a participação do estudo.

- Gravação: Com relação às gravações, estas serão guardadas em lugar seguro e de acesso apenas pela pesquisadora, que até o prazo de 5 anos, apagará as gravações.

- Questões de ordem emocional decorrente da pesquisa: Se necessário, a pesquisadora encaminhará o participante a serviço especializado de psicologia.

Quanto aos benefícios da pesquisa, esta poderá analisar a compreensão dos estudantes sobre diretrizes antecipadas de vontade e propor inserção desse tema nos currículos. A pesquisa também permitirá reflexão sobre um tema pouco debatido na graduação, apesar de tão relevante para a formação e futuro exercício dessa profissão da saúde.

Após o levantamento e análise dos dados e das informações com a finalidade de divulgação nos meios acadêmicos e científicos, os mesmos ficarão em posse da pesquisadora responsável pelo prazo de cinco anos, sendo após, destruídos.

Sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de qualquer forma lhe identificar, será mantido em sigilo.

Poderá recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se optar por se retirar da pesquisa não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é Tatiana Rosa Ogata Nakagawa, professora de medicina da Faculdades Pequeno Príncipe com a qual poderá manter contato pelo e-mail tatianaogata.nakagawa@gmail.com.

Além disso, se necessário, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe (CEP/FPP) através do telefone 3310-1504 ou e-mail comite.etica@fpp.edu.br. O CEP/FPP está localizado na Av. Iguaçu, 333 - Bloco 3. Trata-se de uma comissão constituída por membros de várias áreas do conhecimento e um representante dos usuários, que tem por finalidade a avaliação da pesquisa com seres humanos em nossa Instituição, em conformidade com a legislação brasileira regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifeste seu consentimento em participar. Não haverá nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação. Caso tenha qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, haverá ressarcimento através de depósito em conta corrente bancária. Caso haja algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado nas formas da lei.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer nº: XXX, cujo contato poderá ser realizado pelo telefone 3310-1512. Tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui foi mencionado, se compreendeu a natureza e o objetivo do referido neste estudo e se deseja participar do mesmo, pode, por favor, manifestar seu consentimento?

Sim, li e me foi esclarecido todo o conteúdo do termo acima. Além disso, estou recebendo uma cópia deste termo, assinado pelo pesquisador.

Nome e RG do(a) participante

Assinatura do(a) participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa, representante legal ou assistente legal para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento de acordo Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

(Nome e assinatura do pesquisador responsável)

Curitiba, XX de XX de 2021.

APÊNDICE 5 – QUESTIONÁRIO *GOOGLE FORMS*

“Pesquisa sobre Abordagem de Situações Difíceis Entre os Estudantes de Medicina”
Enviamos este formulário em nome da professora Tatiana Ogata e do grupo de Iniciação Científica em Cuidados Paliativos da FPP. Apesar do período complicado, gostaríamos muito de realizar esta pesquisa com vocês.

Grande abraço,

Programa de Iniciação Científica em Cuidados Paliativos da FPP

Seção 1 de 7

- * Endereço de e-mail
- * Nome Completo
- * CPF
- * Telefone para contato

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado “As Diretivas Antecipadas de Vontade Segundo a Percepção de Estudantes de Medicina”. Esta pesquisa tem por objetivos analisar a compreensão que os estudantes do último período do curso de medicina de uma faculdade privada em Curitiba, têm sobre às diretivas antecipadas de vontade, um tema muito estudado no Direito Médico e muitas vezes valorado como meio de prova em julgados de processos contra médicos e instituições de saúde. Para tal, serão realizadas entrevistas com duração aproximada de uma hora, em local reservado a ser combinado entre você e a pesquisadora. Sua participação no referido estudo será no sentido de descrever sua compreensão a respeito do tema abordado, explanando de forma livre suas opiniões e conceitos. Este estudo terá como fundamento os preceitos éticos conforme as Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Pode haver risco de constrangimento, perda de anonimato da identidade e ainda perda de sigilo das informações oferecidas. Poderá ainda haver o desencadeamento de algum sentimento, ao serem suscitadas questões de ordem emocional. Como as respostas serão gravadas, pode haver

também o risco de acesso por outras pessoas aos equipamentos onde estarão armazenadas as informações. Para minimizar estes riscos, serão tomadas as seguintes medidas: - Constrangimento: a pesquisadora refletidamente cuidará para minimizar ao máximo as possibilidades de constrangimento aos participantes, pensando e refletindo sobre cada conceito utilizado na abordagem da temática, além da escolha, o mais adequado possível, do local para a realização da entrevista. - Anonimato: a pesquisadora se compromete a zelar para que a identidade dos participantes da pesquisa seja preservada ao máximo. - Sigilo: a pesquisadora se compromete em manter sigilo das informações de acordo com o compromisso ético assumido com os participantes da pesquisa. Assim, o direito ao sigilo será garantido, levando em consideração que os participantes serão informados dos objetivos e da metodologia da pesquisa e receberão um Termo de Consentimento Livre Esclarecido para a participação do estudo. - Gravação: Com relação às gravações, estas serão guardadas em lugar seguro e de acesso apenas pela pesquisadora, que até o prazo de 5 anos, apagará as gravações. - Questões de ordem emocional decorrente da pesquisa: Se necessário, a pesquisadora encaminhará o participante a serviço especializado de psicologia. Quanto aos benefícios da pesquisa, esta poderá analisar a compreensão dos estudantes sobre diretrizes antecipadas de vontade e propor inserção desse tema nos currículos. A pesquisa também permitirá reflexão sobre um tema pouco debatido na graduação, apesar de tão relevante para a formação e futuro exercício dessa profissão da saúde. Após o levantamento e análise dos dados e das informações com a finalidade de divulgação nos meios estudantes e científicos, os mesmos ficarão em posse da pesquisadora responsável pelo prazo de cinco anos, sendo após, destruídos. Sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de qualquer forma lhe identificar, será mantido em sigilo. Poderá recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se optar por se retirar da pesquisa não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo. A pesquisadora envolvida com o referido projeto é Tatiana Rosa Ogata Nakagawa, professora de medicina da Faculdades Pequeno Príncipe com a qual poderá manter contato pelo e-mail tatianaogata.nakagawa@gmail.com. Além disso, se necessário, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe (CEP/FPP) através do telefone 3310-1504 ou e-mail comite.etica@fpp.edu.br. O CEP/FPP está localizado na Av. Iguazu, 333 - Bloco 3.

Trata-se de uma comissão constituída por membros de várias áreas do conhecimento e um representante dos usuários, que tem por finalidade a avaliação da pesquisa com seres humanos em nossa Instituição, em conformidade com a legislação brasileira regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação. Tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifeste seu consentimento em participar. Não haverá nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação. Caso tenha qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, haverá ressarcimento através de depósito em conta corrente bancária. Caso haja algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado nas formas da lei.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer nº: 3.853.870, cujo contato poderá ser realizado pelo telefone 3310-1512. Tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui foi mencionado, se compreendeu a natureza e o objetivo do referido neste estudo e se deseja participar do mesmo, pode, por favor, manifestar seu consentimento?

- Sim, li e concordo com os termos acima.
- Não, li e não concordo com os termos acima.

Seção 2 de 7

- * Idade
- * Sexo
- * Período Estudante
- * Possui formação anterior? Se sim, qual?

Seção 3 de 7

Vídeo 1.

Qual seria sua conversa inicial com essa paciente?

Seção 4 de 7

Vídeo 2.

Como médico, o que isso significa para você? Qual seria sua conduta médica após isso?

Seção 5 de 7

Vídeo 3.

Qual sua conduta?

Seção 6 de 7

Você sabe o que são Diretivas Antecipadas de Vontade?

Você entendeu que essa paciente trouxe uma Diretiva Antecipada de Vontade? Em que momento?

Seção 7 de 7

Muito obrigada!

Agradecemos sua paciência e disponibilidade!

Um grande abraço,

Grupo de Iniciação Científica em Cuidados Paliativos da FPP.

APÊNDICE 6 – MANUSCRITO A SER SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO EM REVISTA CIENTÍFICA

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA.

Autor: Tatiana Rosa Ogata Nakagawa

Coautor: Márcio José de Almeida

RESUMO

A autonomia do paciente na tomada de decisões a respeito da sua vida e das condutas diagnósticas e terapêuticas na sua saúde tem sido objeto de valorização social crescente. As diretivas antecipadas de vontade surgem, então, como um meio de o paciente expressar sua última vontade de seu autogoverno, salvaguardando o Princípio da Autonomia. No processo de aprendizagem acadêmica, na maioria das escolas médicas, o acadêmico se compromete com a vida, e toda a sua capacitação é fundamentada em aspectos técnicos, sendo que apenas uma pequena parte do currículo, quando presente, abrange conteúdo específico voltado para a terminalidade da vida. Desta forma, os estudantes de medicina têm conhecimento do que são as Diretivas Antecipadas de Vontade? Reconheceriam as Diretivas num contexto de atendimento? Qual o entendimento dos estudantes sobre este importante tema? A medicina evoluiu com importantes avanços tecnológicos que resultaram em melhorias na qualidade de vida, porém também trouxe um prolongamento desnecessário da vida, com tratamentos muitas vezes injustificáveis e com a obstinação terapêutica de manter a vida a qualquer custo. O presente estudo constituiu-se em uma pesquisa de cunho descritivo com abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar a percepção de estudantes de medicina sobre as diretivas antecipadas de vontade. O instrumento de pesquisa foi elaborado por uma entrevista individual e semiestruturada, aplicada pela plataforma de pesquisa *google forms*. Devido ao período de pandemia pelo

SARS-CoV-2, que ficou conhecido por COVID 19, a pesquisa foi realizada de forma não presencial em conformidade com a legislação vigente nacional. Foi analisado as respostas de 13 estudantes, devido saturação amostral. Em conformidade aos elementos, passos e critérios metodológicos de Bardin (2006) as informações obtidas foram classificadas e dispostas em duas categorias: Dignidade da Pessoa Humana e Autonomia do paciente; Conhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. Essa análise qualitativa trouxe à tona importantes temas como a regulamentação que norteia as diretivas antecipadas de vontade e os princípios que envolvem a bioética, a fim de se consolidar o respeito, a autonomia e a dignidade do paciente que está, ou estará, passando pela terminalidade da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida, Diretivas Antecipadas, Cuidados Paliativos.

1. INTRODUÇÃO

A autonomia do paciente na tomada de decisões a respeito da sua vida e do seu processo terapêutico tem sido objeto de valorização social crescente. Na América Latina, países como Porto Rico (PORTO RICO, 2001), Argentina (ARGENTINA, 2009) e Uruguai (URUGUAI, 2009) já têm legislações que concedem autonomia aos pacientes.

No Brasil, não há legislações sobre o assunto, apenas resoluções de conselhos de classe. A Resolução n. 1.805/2006, de 28 de novembro de 2006, permitiu ao médico limitar ou abortar tratamentos que prolonguem a vida de pacientes em fase terminal. Já a Resolução n. 1.995/2012, de 31 de agosto de 2012, manteve as disposições estabelecidas anteriormente e regulamentou de modo mais completo as diretivas antecipadas de vontade (DAV) (BRASIL. CFM 2012). Nesse contexto, as DAV surgem como uma forma de o paciente expressar sua última vontade, salvaguardando o Princípio da Autonomia. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

Os estudantes, na maioria das escolas médicas, se comprometem com a vida, e sua capacitação é fundamentada em aspectos técnicos. Apenas uma pequena parte do currículo apresenta conteúdos voltados para a terminalidade, mas que, ainda assim, são insuficientes para lidar com os cenários do fim de vida. Diante dessa escassez de

reflexões sobre terminalidade de vida no contexto médico estudante, torna-se necessário entender o quão familiarizados com o assunto os estudantes se encontram.

Os estudantes de medicina têm conhecimento do que são as Diretivas Antecipadas de Vontade? Reconheceriam as Diretivas num contexto de atendimento? Qual o entendimento dos estudantes sobre este importante tema?

É importante avaliar o conhecimento e as atitudes em relação a essas questões entre estudantes de medicina, pois sabe-se que é um cenário de desconhecimento e insegurança, a fim de identificar possíveis lacunas nos currículos médicos e trabalhar questões éticas fundamentais para um atendimento humanizado. (ROSSINI; OLIVEIRA; FUMIS, 2013). Assim, realizou-se esta pesquisa com o objetivo de analisar a compreensão que estudantes de medicina de uma Instituição de Ensino Superior do Paraná têm sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, bem como analisar o entendimento conceitual e as dificuldades e dilemas vividos por estes.

2. MÉTODO

O estudo consiste em uma pesquisa descritiva qualitativa que tem como alvo analisar valores e significados que não se adequam à abordagem quantitativa. Tal metodologia foi escolhida diante da necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema e a população sob tal visão metodológica.

A pergunta desencadeadora da pesquisa “Qual o conhecimento do estudante que está na vida acadêmica tem sobre as diretivas antecipadas de vontade?” teve suas respostas analisadas conforme a base teórica de Minayo, que permite abordagem das expressões humanas nas relações, nos sujeitos e nas representações (MINAYO, 2001).

O foco da metodologia qualitativa está no aprofundamento da compreensão; busca explicar o porquê das coisas, produzindo informações aprofundadas e ilustrativas. Portanto, não há preocupação extensa com representatividade numérica. Para estruturar a pesquisa qualitativa, Minayo defende a existência de 4 termos: experiência, vivência, senso comum e ação. A partir disso, é realizada a análise através de compreensão, interpretação e dialetização (MINAYO, 2001). A compreensão atua como base da metodologia utilizada no presente estudo, sendo exercida pelo ato de se colocar no lugar do outro; vale ressaltar que toda compreensão

é parcial e inacabada, tanto pelo entrevistado como pelo pesquisador - somos limitados no que compreendemos e interpretamos.

No que diz respeito ao contexto de realização da pesquisa, inicialmente foi desenvolvida a proposta de coleta de dados por entrevista semiestruturada, contando com a simulação de cenário realístico. Durante o período de coleta de dados, surgiu a pandemia por SARS-CoV-2 e, devido à necessidade de isolamento social, a entrevista presencial se tornou inviável. Diante do cenário inesperado, foi encontrada a alternativa de realizar a coleta de dados através de plataforma digital. Elaborou-se questionário pelo *Google Formulários*, com divulgação através de plataformas digitais (*Whatsapp* e *E-mail*).

O convite para a pesquisa foi encaminhado a um total de 608 estudantes do curso de medicina devidamente matriculados na IES paranaense. Dos que responderam à pesquisa um foi excluído por já ter outra graduação prévia e treze estudantes formaram a amostra final de respostas para análise. Amostra essa que se mostrou adequada, devido saturação das respostas.

Para analisar o material qualitativo, Minayo defende a existência de 3 modalidades: análise de conteúdo, análise de discurso e análise hermenêutico-dialética. No estudo em questão optou-se pelo uso da análise de discurso, que envolve materialismo histórico, linguística e teoria do discurso (MINAYO, 2001).

A primeira etapa de análise consiste na disposição pré-analítica dos dados, na qual realiza-se transcrição literal das entrevistas. A partir disso é possível uma organização classificatória conforme palavras-chave e núcleos de sentido evidentes nas falas dos entrevistados.

Já na segunda etapa, também chamada de etapa pré-analítica final, inicia-se a organização temática baseada nas ideias centrais das respostas e nos temas mais relevantes identificados.

Por fim, é feita a análise final que interpreta os conteúdos organizados nas primeiras duas etapas. Como resultado, sempre devem ser geradas novas questões, respeitando o processo espiral do Ciclo de Pesquisa - parte do empírico e retorna novamente ao empírico.

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa fundamentou-se na Resolução 466/12 e 510/16. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CAAE: 26695919.7.0000.5580. Apenas depois da aprovação foi realizada a coleta de dados para a pesquisa.

O risco de constrangimento direto deixou de existir no novo formato de coleta de dados, mas manteve-se risco de perda de anonimato dos participantes, perda do sigilo de informações coletadas e risco de desencadeamento de sentimentos ao serem realizadas questões de ordem emocional.

Como forma de minimizar os riscos, as respostas foram retiradas do ambiente digital, foi mantido sigilo e anonimato dos participantes por parte da pesquisadora e foi disponibilizado acesso direto à pesquisadora através de e-mail pessoal para todos os participantes.

A pesquisa traz como benefício a possibilidade de análise e compreensão dos estudantes sobre as diretrizes antecipadas de vontade.

As simulações utilizadas para coleta de dados foram gravadas em laboratório de simulação da instituição, contando com a participação de integrantes do grupo de Iniciação Científica em Cuidados Paliativos.

Nessas simulações, havia um paciente simulado com doença terminal que relata ao seu médico assistente que tem dúvidas sobre a continuação do tratamento e a qualidade de vida que isso tem lhe trazido. Num segundo momento, o paciente simulado informa ao seu médico assistente durante uma consulta ambulatorial, que não quer mais manter seu tratamento. E a terceira parte dessa simulação, ocorre em ambiente de pronto atendimento, com o paciente simulado em franco sofrimento, relatando desejo de cuidados paliativos e a familiar solicitando que seja realizado todo o esforço possível para a sobrevivência do paciente.

3. RESULTADOS

A análise das informações coletadas nas entrevistas dos 13 participantes, foi realizada após a leitura detalhada e cuidadosa de todo o material, transcritos na sua íntegra. Isso possibilitou evidenciar os conteúdos que respondiam às perguntas iniciais da pesquisa.

Após a leitura, seguiu-se a organização do material por categorias. A primeira diz respeito à *Dignidade da Pessoa Humana e Autonomia do Paciente*, envolvendo termos bastante empregados nas respostas, como respeito aos valores ético profissionais, cuidados paliativos, qualidade de vida, ortotanásia.

A segunda categoria, *Conhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade*, observa-se a periodicidade dos termos de terminalidade da vida, direito e escolhas do paciente, qualidade de vida e decisão terapêutica.

Dessa forma, foi possível subdividir as categorias em subcategorias de acordo com os termos-chave embasado nas respostas dos estudantes.

De acordo com os elementos, passos e critérios metodológicos mencionados anteriormente, as informações obtidas foram classificadas e dispostas em categorias e subcategorias, conforme ilustrado na tabela a seguir (Tabela 1. Subdivisão dos elementos em categorias e subcategorias).

Procurou-se ressaltar os conteúdos observados de forma mais recorrente, mesmo que citado apenas uma vez.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CITAÇÃO DO ALUNO
Dignidade da pessoa humana e autonomia do paciente	Valores éticos profissionais	Que a paciente tomou a decisão pela decisão terapêutica que mais lhe deixaria em paz. Independente da sua escolha, meu papel como médica é oferecer conforto e alívio na forma de cuidados paliativos. Se a decisão da paciente é abster-se do tratamento, ainda assim, meu dever é fornecer a melhor qualidade de vida, o melhor cuidado paliativo, mesmo nessa situação (estudante K).
	Cuidados Paliativos	Buscar saber sobre o caso da outra paciente

		<p>com a médica em questão é o serviço referência em que ela acompanhava! Solicitar uma conversa com a familiar em ambiente tranquilo, perguntar o que ela entende sobre cuidados paliativos, sobre a doença da mãe de sua percepção! Perguntar se ela já ouviu falar em diretivas antecipadas de vontade e explicar que para a paciente todo esse processo pode ser muito mais doloroso que para a família que quer mantê-la viva pelo tempo mais prolongado! E respeitar sempre a vontade do paciente, pois lhe é um direito! (estudante E).</p>
	<p>Qualidade de vida</p>	<p>Para mim, definiria isso como liberdade de escolha e qualidade de vida. A paciente, ciente da sua terminalidade da vida, tem total liberdade de escolher o que ela quer para ela, e cabe a</p>

		<p>nós acatarmos essa decisão. A paciente opta pela qualidade de vida que tanto sente falta, o que, por tanto, cabe a nós darmos o suporte para que recupere isso. Após isso a escolha da paciente, em primeiro momento confirmaria com a paciente se é o que ela deseja, se ela não gostaria de alguma ajuda de outros serviços como psicologia. Se é o que ela realmente busca, iria aceitar e buscar trazer toda a qualidade de vida que a paciente deseja. Permitir que ela faça o que quer, com as devidas providências. Liberdade de escolha para a paciente, porém, com todas as orientações devidas (estudante A).</p>
	<p>Ortotanásia</p>	<p>Primeiro admitiria a paciente e encaminharia para ser medicada para a dor. Nesse tempo tentaria saber mais da</p>

		<p>história médica da paciente e conversaria com a filha, explicando o quadro da doença e se há ou não possibilidade de cura, respeitando o desejo da paciente em não mais se submeter ao tratamento. (estudante F).</p>
<p>Conhecimento sobre Diretiva Antecipada de Vontade</p>	<p>Terminalidade de vida</p>	<p>(...). A paciente, ciente da sua terminalidade da vida, tem total liberdade de escolher o que ela quer para ela, e cabe a nós acatarmos essa decisão. A paciente opta pela qualidade de vida que tanto sente falta, o que, por tanto, cabe a nós darmos o suporte para que recupere isso. Após isso a escolha da paciente, em primeiro momento confirmaria com a paciente se é o que ela deseja, se ela não gostaria de alguma ajuda de outros serviços como psicologia. Se é o que ela realmente busca,</p>

		<p>iria aceitar e buscar trazer toda a qualidade de vida que a paciente deseja. Permitir que ela faça o que quer, com as devidas prudências. Liberdade de escolha para a paciente, porém, com todas as orientações devidas (estudante A).</p> <p>Para mim, a decisão do paciente deve ser respeitada, o mesmo reconhece a terminalidade da vida, não cabendo a mim julgamentos e decisões por ele, como obrigá-lo a fazer um tratamento muito invasivo que só diminua sua qualidade de vida e torne o fim de sua vida conturbado e de muito sofrimento; assim, apresentaria a os cuidados paliativos, explicando como funciona, quais os objetivos e aproximação</p>
--	--	--

		que pode haver com a família (estudante K).
	Qualidade de vida	Sim! Quando ela decidiu que não queria continue a quimio, nem diálise, nem internação, nem reanimação (estudante L).
	Direito e escolhas do paciente	<p>Explicaria pra filha da paciente que é direito da mãe e sobre a autonomia da mãe dela sobre a decisão da conduta; explicaria sobre termos que a senhora poderia fazer sobre suas vontades e administrar o medicamento para alívio da dor. (estudante C).</p> <p>Respeito a decisão da paciente. E explico ao familiar que essa decisão deve ser respeitada, por mais triste que seja para a família (estudante D).</p> <p>Sei que é uma situação difícil, mas eu abordaria a família para um tratamento psicológico, para o convencimento da</p>

		<p>filha e para uma abordagem de cuidados paliativos (pois eles precisam também desse cuidado) e tentaria cumprir com os desejos da paciente, pois entendo que é um direito de qualquer paciente enquanto apresenta sua consciência (estudante F).</p> <p>Buscar saber sobre o caso da outra paciente com a médica em questão é o serviço referência em que ela acompanhava! Solicitar uma conversa com a familiar em ambiente tranquilo, perguntar o que ela entende sobre cuidados paliativos, sobre a doença da mãe e sua percepção! Perguntar se ela já ouviu falar em diretivas antecipadas de vontade e explicar que para a paciente todo esse processo pode ser muito mais doloroso que para a</p>
--	--	---

		<p>família que quer mantê-la viva pelo tempo mais prolongado! E respeitar sempre a vontade do paciente, pois lhe é um direito! (estudante E).</p> <p>Sim! Quando ela decidiu que não queria continuar a quimio, nem diálise, nem internação, nem reanimação (estudante L).</p>
	<p>Decisão terapêutica</p>	<p>Eu conversaria com a família tentando demonstrar que ela está em perfeita saúde mental e que essa escolha só pode ser feita por ela. Tentaria mostrar novamente os lados positivos do tratamento e também os negativos. Encontraria terapia que dentro das condições de saúde dela permitissem a redução da dor sem causar outros problemas (estudante B).</p> <p>Eu iria tratar a dor com medicação e iria</p>

		respeitar a opção da paciente, conversaria com a filha sobre a decisão da mãe e que é muito importante o apoio de toda a família nesse momento (estudante D).
--	--	---

Tabela 1. Subdivisão dos elementos em categorias e subcategorias.

4. DISCUSSÃO

4.1 Dignidade humana e cuidados paliativos

Em uma perspectiva conceitual, segundo Bonavides, et al (2009), a dignidade da pessoa humana é um conceito amplo e complexo, “[...] é um conjunto de condições sociais, econômicas, culturais e políticas”. Um conceito de difícil entendimento, mas de fácil afirmação. Historicamente, o princípio da dignidade da pessoa humana teve sua origem nas Revoluções Americana e Francesa, no século XVIII, sendo a base dessas revoluções, a busca da tríade felicidade, liberdade e igualdade. (BILLIER; MARYIOLI, 2005).

No Brasil, o princípio da dignidade da pessoa humana está embutido na Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), no art. 1º, III, no título I “Dos princípios fundamentais”, como fundamento do Estado Democrático de Direito da República Federativa do Brasil, ao lado da soberania, cidadania, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, e pluralismo político. Moraes (2015), por sua vez, afirma que a dignidade da pessoa humana é um princípio que “concede unidade aos direitos e garantias fundamentais, sendo inerente às personalidades humanas”. A dignidade seria, segundo ele, “um valor espiritual e moral inerente à pessoa”, se manifesta na “autodeterminação consciente e responsável da própria vida”.

Nesse sentido, a dignidade está intrinsecamente envolvida com o cuidar do paciente no estágio de fim de vida, através dos cuidados paliativos que preservam a dignidade humana. O conceito de cuidados paliativos é definido pela Academia

Nacional de Cuidados Paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida, com identificação precoce e correta da dor, além do manejo de outros problemas psíquicos, sociais e espirituais do paciente (ANCP, 2018).

Para que se garanta a qualidade de vida, bem-estar, conforto e dignidade humana, os cuidados paliativos devem ser pautados nos cuidados à pessoa, valorizando as necessidades do paciente de forma que este receba informações adequadas e culturalmente apropriadas sobre seu estado de saúde e seu papel nas tomadas de decisão acerca de seu tratamento (WPCA, 2014).

4.2 Decisão terapêutica e autonomia do paciente

No que tange a respeito da decisão terapêutica, não há obrigação do profissional médico em prolongar a vida do paciente cujas perspectivas de cura já se exauriram, cabendo a este ou a seu representante legal decidir a respeito da continuação do tratamento, contando com todas as informações disponíveis sobre as alternativas terapêuticas. Conseguindo assim, preservar a autonomia individual e a dignidade do paciente, que receberá os cuidados necessários ao alívio de seu sofrimento. Sendo permitido, inclusive, a possibilidade de solicitar alta hospitalar, podendo levar o processo da morte com mais dignidade e humanidade, ao lado das pessoas que mais ama (NUNES, 2014).

A decisão terapêutica, só se valida após exaustiva informação acerca do estado de saúde do paciente, e possibilidades de cura ou morte. Pode-se evidenciar nas respostas dos estudantes que a escolha terapêutica é uma forma de se respeitar a autonomia de escolha do paciente.

O próprio conceito hipocrático, historicamente conhecido, baseou-se nos princípios de alívio da dor, redução da nocividade da patologia e renúncia a tratamentos quando a medicina não é mais capaz de colaborar para a reversão do quadro. Na atualidade, houve a publicação da Resolução 1.995/2012 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que reconhece a validade das diretivas antecipadas de vontade e ampara o médico que seguir suas determinações. Tal resolução, embora tenha força normativa, cujo descumprimento dos atos previstos fere o Código de Ética Médica (CEM), não encontra regulamentação no Código Civil (BRASIL, 2002).

É fundamental manter o equilíbrio entre conhecimento científico e humanístico, recuperando a dignidade da vida e a qualidade da morte. Haja visto, ser a morte uma

evolução gradual do processo vital, do ponto de vista filosófico, e mesmo ontológico, existem vários conceitos que repercutem no campo da ética e do direito de forma complexa.

4.3 Diretivas antecipadas de vontade e direito de escolha do paciente

Com o objetivo de reforçar a importância da autonomia do paciente no fim de vida cita-se as Diretivas Antecipadas de Vontade, que na Resolução 1.995/12 do CFM, as define como sendo os desígnios postos pelo paciente na decisão de tratamentos a que deseja, ou não, ser submetido, especialmente quando incapacitado para se expressar, além de esclarecer questões limítrofes, inclusive quanto à hipótese de manifestação pelo representante designado do paciente (BRASIL. CFM 2012).

Por meio desta mesma resolução, cabe ressaltar que não é uma faculdade dos médicos escolher se a seguem ou não. Se não fizerem conforme o disposto serão responsabilizados no mínimo administrativamente, uma vez que as resoluções são atos emanados dos plenários do Conselho Federal de Medicina e de alguns dos Conselhos Regionais de Medicina que regulam temas de competência privativa e dessas entidades em suas áreas de alcance, como os órgãos supervisores, normalizadores, disciplinadores, fiscalizadores e julgadores da atividade profissional médica em todo território nacional (PICCINI, 2019).

Em resposta às condutas adotadas pelo estudante de medicina na simulação, frente a solicitação do paciente simulado, muito se observa a preservação do direito de decisão do paciente através do processo de convencimento e aceitação por parte da filha. É muito comum na prática médica o paciente solicitar que medidas invasivas infrutíferas lhe sejam evitadas, mas os familiares se negarem ou não aceitarem. Percebe-se nas respostas dos estudantes uma maturidade em relação ao princípio bioético da autonomia, e do direito constitucional da dignidade e da liberdade de escolha, sem desamparar as necessidades de cuidados.

Desta forma cabe também ao médico o dever de informar ao paciente, dever este garantido na Constituição Federal/88, em seu artigo 5º. XIV que cita: “É assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo de fonte, quando necessário ao exercício profissional”. (BRASIL, 2013). Tal dever de informação também tem previsão no próprio Código de Ética Médica, que diz em seu artigo 34º que é vedado ao médico “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico,

os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal” fica claro, portanto, que o médico tem o dever de informar ao paciente acerca do tratamento que deverá ser submetido.

4.4 Ortotanásia

A ortotanásia se define como a "morte em seu tempo certo", o que remete à renúncia de tratamentos e procedimentos fúteis e desnecessários, assim evitando a distanásia, sendo possível optar ou não pelos métodos paliativos de tratamento, possibilitando controle da dor e qualidade de vida. Essa reflexão, já era nascida na antiguidade por Hipócrates, quando pregava que o médico deve curar quando possível, aliviar quando necessário e consolar sempre, em outras palavras, quando não há mais nada a fazer sob o aspecto curativo (MARTA, 2010).

A ortotanásia é um procedimento previsto na condição de procedimento ético-médico, por conta da Resolução 1805 do Conselho Federal de Medicina (CFM), de 9 de novembro de 2006. Nela o CFM permitiu que o médico interviesse no procedimento que prolongasse a vida do paciente em fim de vida, respeitando a sua vontade ou de seu representante legal.

Nesse sentido, ao considerar a possibilidade ou não de cura do paciente e a necessidade de medicar para a dor independente da conduta seguinte, o estudante, ao assistir à simulação, demonstrou noções básicas ligadas ao conceito de ortotanásia.

4.5 Terminalidade e qualidade de vida

A necessidade da compreensão acerca da terminalidade da vida, processo decorrente do exaurimento dos esforços para restaurar a saúde do enfermo, que traz à tona a morte iminente, inexorável e prevista, é fundamental, principalmente tendo em vista que, nos tempos atuais, a tecnologia e os métodos invasivos não apenas aumentaram a longevidade, mas também retardaram o processo de morte e prolongaram a existência, ainda que sem assegurar qualidade de vida (SANCHEZ y SANCHES; SEIDL, 2013).

A terminalidade da vida advém com desconforto e angústia consideráveis principalmente nos doentes oncológicos e vítimas de acidentes neurovasculares degenerativas ou acidentais. Para tanto, dilemas éticos especiais são trazidos à tona, dependentes do meio cultural e convicções religiosas em que se vive, assim como os meios econômicos e sociais destinados à saúde (MARENGO; FLÁVIO; SILVA, 2009).

Portanto, abordar o paciente terminal a fim de manter a vida a qualquer custo são insuficientes, exageradas, desnecessárias e ignoram o sofrimento do doente e de seus familiares. No cenário simulado, apesar de ser um fato fictício, mostra o quanto é árduo para a família ter que reconhecer a terminalidade da vida de seu ente querido, faz-se necessário ao profissional da saúde explicar que por vezes o paciente é mantido vivo graças a tratamentos que provocam mais dor do que alívio e conforto. E do ponto de vista bioético estas observações não seriam uma reprovação da medicina tecnológica, e sim um estímulo à reflexão sobre a conduta a ser tomada diante da inexorável mortalidade humana (MARENGO; FLÁVIO; SILVA, 2009).

Dentro do conceito cultural que cabe ao médico preservar a vida a qualquer preço, não deve ser desincumbido do dever de informação, explicando ao paciente e aos familiares o alcance real de uma determinada terapêutica, sem que com isso fira a dignidade de um paciente, cuja cura não mais exista, e os cuidados paliativos são a opção de um conforto ao corpo já muito comprometido. Assim estando paciente devidamente informado e esclarecido, cabe a este a opção de limitar ou suspender o tratamento ineficaz, com respaldo nas garantias constitucionais, não podendo estas ser descartadas, uma vez que são garantias e não opcionalidades (SANCHEZ, 2013).

5. CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido a ausência de legislação sobre diretivas antecipadas de vontade, gera-se muita insegurança e desconhecimento, tanto nos pacientes quanto nos médicos. Com as entrevistas realizadas nos estudantes, pode-se observar que muitos já têm conhecimento sobre DAV, porém há insegurança em alguns em acatar a decisão do paciente, quando contrária à da família. Não se deve aplaudir o sobrevivente, nem usar termos como “perdeu” ou “ganhou” uma batalha. Os médicos não estão em guerra com a doença, não há fracasso quando alguém morre.

Essa questão deve ser discutida em vários âmbitos e momentos, em conjunto a vários temas e situações. Deve-se permitir que o estudante sinta a dor ao dar uma

notícia de doença ou óbito. Assim, serão formados profissionais mais empáticos e conscientes do seu papel ao mostrar que não estão lidando somente com o corpo biológico do paciente, e sim com uma vida, cheia de histórias, e que em determinado momento ele, como médico, fará parte dessa história também.

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO APROVADO DO CEP

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE SEGUNDO A
PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Pesquisador: TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26695919.7.0000.5580

Instituição Proponente: Faculdade Pequeno Príncipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.853.870

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho tem por objeto detectar a percepção do aluno de medicina sobre as diretivas antecipadas de vontade. Será feito um recorte da problemática delineada, enfocando com prioridade as Diretivas Antecipadas de Vontade na formação dos profissionais de saúde. Como está sendo abordado as Diretivas Antecipadas no processo de formação médica? Qual o entendimento dos estudantes sobre este importante tema? Conhecendo-se este cenário de desconhecimento e insegurança sobre a Diretiva Antecipada de Vontade, é importante avaliar o conhecimento e as atitudes em relação a essas questões entre estudantes de medicina, a fim de identificar possíveis lacunas nos currículos destes futuros médicos e trabalhar questões éticas fundamentais para o atendimento humanizado. Hipótese de pesquisa:

Que o conhecimento do futuro médico sobre a Resolução n. 1.995/2012, de 31 de agosto de 2012, do Conselho Federal de Medicina do Brasil sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, ainda é pequeno e superficial.

Metodologia de Análise de Dados:

Nesse estudo, serão realizadas entrevistas semiestruturada, em local previamente definido, neutro e confortável para o participante. A etapa de análise do material qualitativo tem como premissa a necessidade de superação da análise espontânea e literal dos dados (MINAYO, 2013).

Critério de Inclusão:

Alunos do último período do curso de medicina de uma faculdade privada de Curitiba devidamente matriculados.

Critérios de Exclusão:

Alunos que já tem outra graduação prévia e que participam do grupo de pesquisa de cuidados paliativos. Número de participantes: 10

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

- Analisar a compreensão que os estudantes do último período do curso de medicina de uma faculdade privada de Curitiba têm sobre às Diretivas Antecipadas de Vontade.

Objetivos secundários:

- Identificar os conteúdos curriculares relativos às Diretivas Antecipadas de Vontade ou dos subtemas correlatos, como autonomia dos pacientes no fim da vida, morte e morrer, recusa a tratamento, adequação terapêutica, testamento vital e/ou mandato duradouro existentes nos projetos pedagógicos, currículos, ementários do curso de medicina em uma Instituição de Ensino Superior do Paraná.

- Analisar o entendimento que os estudantes do último período de medicina têm sobre o conceito, a aplicação, as dificuldades e os dilemas das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Para minimizar os riscos, serão tomadas medidas para o constrangimento, como o cuidado por parte da pesquisadora para minimizar ao máximo as possibilidades de constrangimento dos participantes, pensando e refletindo sobre cada conceito utilizado na abordagem da temática, além da escolha o mais adequada possível do local para a realização da entrevista. Para o anonimato, a pesquisadora se compromete a zelar para que a identidade dos participantes da pesquisa seja preservada ao máximo. Para o sigilo, a pesquisadora se compromete em manter sigilo das informações de acordo com o compromisso ético assumido com os participantes da pesquisa. Assim, o direito ao sigilo será garantido, levando em consideração que os participantes serão informados dos objetivos e da metodologia da pesquisa e receberão um Termo de Consentimento Livre Esclarecido para a participação do estudo (apêndice D). Com relação às gravações, estas serão guardadas em lugar seguro e de acesso apenas pelas pesquisadoras, que até o prazo de 5 anos, apagarão as gravações, conforme resolução nº 466 de dezembro de 2012. Questões de ordem emocional decorrente da pesquisa: Se necessário, a pesquisadora encaminhará o participante a serviço especializado de psicologia.

Benefícios:

Quanto aos benefícios da pesquisa, esta poderá desvelar que alunos que estão prestes a deixar o mundo acadêmico ainda não tem conhecimento suficiente para saber como agir e se posicionar frente a situações de vontade do paciente, contrariando, muitas vezes, os ensinamentos obtidos na graduação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Temática relevante apresentando um delineamento de pesquisa importante para a formação médica. Metodologicamente a pesquisa propõe a realização de entrevistas semiestruturada, em local neutro e confortável para o participante. A etapa de análise do material qualitativo tem como premissa a necessidade de superação da análise espontânea e literal dos dados (MINAYO, 2013). Nesse trabalho será usada a análise do discurso, havendo uma articulação entre três áreas do conhecimento: o materialismo histórico, a linguística e a teoria do discurso. Nesta concepção, o sentido das palavras é constituído historicamente e expressa posições ideológicas, portanto, mais do que compreender os significados lexicais do discurso, é preciso entender em que contexto ele foi produzido. Como desfecho a pesquisa irá analisar como os

estudantes em processo de egresso sabem se portar e trabalhar com a diretiva antecipada de vontade, um tema muito estudado no Direito Médico e muitas vezes valorado como meio de prova em julgados de processos contra médicos e instituições de saúde. Tais resultados podem servir de análise crítica, a fim de incrementar no processo de educação médica, conhecimentos básicos da área do biodireito e da bioética. Parabeniza-se pelo relevante delineamento da pesquisa e pela contribuição para a humanização na formação médica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos e autorizações de apresentação obrigatória estão de acordo com a Res. 466/12 do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP da Faculdades Pequeno Príncipe, colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos considerou a pesquisa aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatórios de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-FPP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1484490.pdf	06/01/2020 21:01:40		Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TATIANA_ POS_CORRECA O.pdf	27/12/2019 15:07:11	TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA	Aceito
Outros	CartaRespostaPenden cias.pdf	27/12/2019 12:34:04	TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA	Aceito
Outros	TermoConfidencialidad e.pdf	05/12/2019 12:18:25	TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA	Aceito
Outros	CheckList_Tatiana.pdf	03/12/2019 21:45:57	TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA	Aceito
Outros	Instrumento_Pesquisa_ Tatiana.pdf	03/12/2019 21:44:38	TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA	Aceito
Outros	LATTES_TATIANA.pdf	03/12/2019 21:44:16	TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Coord_Cu rso_Tatiana.pdf	03/12/2019 21:43:38	TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorização_Diretora_I nstituicao_Tatiana.pdf	03/12/2019 21:43:25	TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TATIANA.pdf	03/12/2019 21:42:53	TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA	Aceito
Orçamento	Orcamento_Tatiana.pdf	03/12/2019 21:42:43	TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Tatiana.p df	03/12/2019 21:42:35	TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA	Aceito

Folha de Rosto	FolhaRosto_Tatiana.pdf f	03/12/2019 21:42:23	TATIANA ROSA OGATA NAKAGAWA	Aceito
----------------	-----------------------------	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 21 de Fevereiro de 2020

Assinado por:

Maria Cecilia Da Lozzo Garbelini

(Coordenador(a))

Endereço:Av. Iguaçu

Bairro:Rebouças

CEP:80.230-020

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3310-1512

E-mail:comite-etica@fpp.edu.br