



Dilemas de ordem moral nas decisões médicas em cuidados paliativos

Moral Dilemmas in Medical Decisions in Palliative Care

Autores

Maurício Bullejos Gonçalves

Centro Universitário São Camilo/Instituto Paliar
E-mail: maubull@uol.com.br

Adriana Barros Ciochetti

Centro Universitário São Camilo/Instituto Paliar
E-mail: abciochetti@gmail.com

Juraci Aparecida Rocha

Centro Universitário São Camilo/Instituto Paliar
E-mail: jura2293@gmail.com

Josimário Silva

Centro Universitário São Camilo/Instituto Paliar
E-mail: josimario.bioetica@gmail.com

Ricardo Tavares de Carvalho

Centro Universitário São Camilo/Instituto Paliar
E-mail: ricardotavaresfw@uol.com.br

 **Resumo**

A avaliação clínica em cuidados paliativos, de pacientes com doenças crônicas avançadas, se caracteriza pela abordagem multidisciplinar com o objetivo de instituir um planejamento de cuidados proporcional ao estágio de doença incurável. Desta forma, estabelece-se o uso racional de recursos tecnológicos, alocação adequada do paciente e tratamento clínico que promova controle sistemático de sintomas, qualidade de vida e dignidade no final de vida. Ademais, faz-se necessário um processo deliberativo complexo entre profissional de saúde e o binômio paciente-família no sentido de compartilhar o melhor planejamento de cuidados possível. Neste contexto a autonomia do paciente-família estará vinculada ao grau de empoderamento nessa situação e ao estágio da doença. Este artigo tem como proposta a discussão analítico-reflexiva, baseada em revisão de literatura, para explorar os aspectos do processo de empoderamento em pacientes sob cuidados paliativos e identificar os dilemas no equilíbrio entre autonomia do paciente e decisão médica.

 **Abstract**

The clinical evaluation in palliative care of patients with advanced chronic diseases is characterized by the multidisciplinary approach with the objective of establishing care planning proportional to the stage of the incurable disease. This establishes the rational use of technological resources, adequate allocation of the patient and clinical treatment that promotes systematic control of symptoms, quality of life and dignity at the end of life. In addition, a complex deliberative process between the health professional and the patient/family binomial is necessary in order to share the best possible care planning. In this context the autonomy of the patient/family will be linked to the degree of empowerment in such situation and the stage of the disease. This article proposes an analytical-reflexive discussion, based on literature review, in order to explore the aspects of the empowerment process in patients undergoing palliative care and to identify the dilemmas in the balance between patient autonomy and medical decision.

 **Key words**

Bioética; ética clínica; tomada de decisão; poder; psicologia.

Bioethics; ethics clinical; decision making; power; psychology.

 **Fechas**

Recibido: 03/01/2019. Aceptado: 23/09/2019



1. Introdução

As últimas décadas, o extraordinário avanço tecnológico resultou na melhoria das condições de saúde e, desta forma, proporcionou maior sobrevivência à população mundial. Com isso estabeleceu-se melhor controle de doenças infecciosas e o surgimento de doenças degenerativas e neoplásicas, relacionadas ao envelhecimento. Essa nova estrutura para tratamento de saúde, altamente sofisticada, trouxe consigo dilemas importantes e o enfrentamento de novos desafios pela sociedade moderna.

O processo de morrer que antes, na maioria das vezes, era uma relação resiliente entre o paciente e seus familiares, no mundo moderno, foi transferido para o recinto hospitalar e deixado a cargo, quase que exclusivamente da equipe de saúde. Portanto, na condução deste difícil processo, somente a análise reflexiva sobre o momento natural do morrer e o momento artificial de prolongar-se o processo de morrer diante de impossibilidade da cura, poderá nos levar a respostas que auxiliem a sustentar uma relação de respeito e empatia entre a equipe de saúde, o paciente e sua família.

O processo de morrer que antes, na maioria das vezes, era uma relação resiliente entre o paciente e seus familiares, no mundo moderno, foi transferido para o recinto hospitalar e deixado a cargo, quase que exclusivamente da equipe de saúde

Nessa trajetória vislumbra-se a discussão de como evitar ou abrandar o sofrimento humano em todas as suas dimensões. No entanto para que isto seja possível é necessário um complexo processo deliberativo entre profissional de saúde e o binômio paciente-família no sentido de estabelecer o melhor planejamento de cuidados possível. Neste contexto a autonomia do paciente estará vinculada a seu grau de empoderamento, ao apoio real e manifesto de sua família e ao estágio evolutivo da doença.

À equipe médica cabe a responsabilidade de definir os reais benefícios do acesso às novas tecnologias em saúde. Neste cenário, a situação necessita ser conduzida com base em princípios bioéticos bem estabelecidos e no conhecimento da legislação e da cultura de cada região. Neste artigo abordaremos a complexidade do processo de tomada de decisão no final da vida onde o equilíbrio entre autonomia do paciente e responsabilidade médica serão o tema principal desta discussão.

2. A gênese da ideia de empoderamento

Em 1955 iniciou-se o movimento em Montgomery, Alabama, sul dos Estados Unidos (EUA), com o boicote aos ônibus após Rosa Parks, uma senhora negra, negar-se a ceder seu lugar para um branco. Esse acontecimento deu origem ao processo de conscientização da população negra acerca de seus direitos civis e a intenso movimento de luta por esses direitos, levando ao direito ao voto às pessoas negras e ao fim da segregação racial em escolas e estabelecimentos comerciais alguns anos depois.

O movimento que estabeleceu a noção de empoderamento evoluiu nos anos 1960 pela ação do movimento negro, os protestos contra a guerra do Vietnã, a militância feminis-



ta, dentre outros atores e fatores. Em consonância com protestos de jovens em várias partes do mundo, como em maio de 1968 na França, estudantes ativistas da Universidade de Michigan que formaram a vertente política denominada “Nova Esquerda”, que atacava a separação estrutural entre as pessoas e o poder, reduzindo o sentimento de impotência interna.

Essa proposta permitir às pessoas acesso ao poder (empoderá-las) ecoou na consciência libertária daquela década e por isso conseguiu sem muita dificuldade adeptos também entre os brancos e intelectuais. Mais tarde, com a adesão dos gays, indígenas e idosos, a ideia de empoderamento vindo ancorar vários movimentos setorizados, que paulatinamente deixaram de lado suas propostas mais radicais, tornando-se movimentos mais moderados e conservadores¹.

O empoderamento passou a ser o reequilíbrio de relações individuais assimétricas, conforme define Horochovski em 2006, como nas relações médico-paciente

A apropriação do conceito de empoderamento originário da nova esquerda surgiu em ensaio de 1977, “Para empoderar pessoas – do estado à sociedade civil”, no qual Berger e Neuhaus, dois intelectuais cristãos e conservadores, construíram a teoria de que o empoderamento deve dar-se em relação aos indivíduos, e não aos movimentos de direitos civis, por meio das instituições já existentes – família, Igreja etc., de forma a oferecer a cada um a sensação de estar no controle de suas vidas. Trata-se, portanto, de um empoderamento que deixa de ser civil, passa pelo comunitário, e finalmente chega a ser individual, e não coletivo². Foi

neste contexto que o empoderamento das relações do paciente com o médico passou a fazer sentido e penetrar no universo da comunicação e no conflito de poder entre eles.

O empoderamento, portanto, passou a ser o reequilíbrio de relações individuais assimétricas, conforme define Horochovski em 2006, como nas relações médico-paciente. Manifesta-se sob dois aspectos principais, segundo o mesmo autor: 1) capacidade real do indivíduo participar e de influenciar o processo de tomada de decisão é chamada de empoderamento instrumental. Para o desempenho desta competência é necessário conhecimento relevante do problema, aquisição de recursos materiais e habilidade de persuasão, combinados com oportunidades formais e reputação legal do indivíduo; 2) habilidade para tomar decisões que levem a resolução dos problemas, que é chamada por Richter de empoderamento substantivo^{3,4}.

3. Empoderamento de pacientes em cuidados paliativos

Nas relações médicas que envolvem cuidados paliativos existem peculiaridades na perspectiva do objeto do empoderamento. Os direitos do paciente não são diversos dos demais e podem ser descritos nos itens 5 e 6 da *Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa*, elaborada em 1994, pela OMS e pelo Conselho da Europa. Nesta declaração ficou estabelecido principalmente o direito do paciente em final de vida de desfrutar o apoio de familiares e amigos durante o tratamento, além de direito ao acesso à orientação espiritual e de morrer com dignidade⁵. Barazzetti e co-



laboradores pontuam os itens de caráter multidisciplinar que implicam na assistência em cuidados paliativos:

- a. Sintomas: controle de dor e outros sintomas, controle da ansiedade e outros sintomas psicológicos (medo da morte) e assistência por equipe para tornar o processo de morrer mais confortável.
- b. Questões sociais: respeito de valores culturais e preferências individuais, suporte emocional à família, boa comunicação entre pacientes, famílias, amigos íntimos, cordialidade e presença de pessoas amigas, aceitação familiar da condição do paciente, não sentir-se um fardo para a família e os amigos.
- c. Preparação: importância dada à preparação e conscientização do diagnóstico, conscientização da morte, escolha do lugar da morte e manter o senso de controle (possibilidade de controlar os aspectos relevantes da própria existência ou decidir o que e quando delegar aos outros), manter tanto quanto possível, a noção de continuidade da vida até o fim.
- d. Atenção a necessidades espirituais: estar em paz consigo mesmo, ressignificar a vida, atendimento às necessidades psíquicas ou espirituais bem como apoio a realização de práticas religiosas.
- e. Condição existencial: qualidade de vida e dignidade relacionadas à morte natural, que não apressada nem adiada, morte como efeito indesejável de sedação, retirar ou reter tratamentos, eutanásia e suicídio assistido, e participação no processo de tomada de decisão⁶.

O médico tem de relacionar-se não só com o paciente e sua autonomia, mas também com a família e demais profissionais envolvidos nos cuidados e no gerenciamento da rede de assistência disponível

Permitir ao paciente pensar e decidir por cada um destes aspectos, a medida de suas possibilidades cognitivas e emocionais, pode resultar na conclusão de que o médico não é o único a tomar decisões, e, às vezes sequer o principal responsável pela decisão, mesmo que tenha participado do processo. Portanto, o médico tem de relacionar-se não só com o paciente e sua autonomia, mas também com a família e demais profissionais envolvidos nos cuidados e no gerenciamento da rede de assistência disponível. Um consenso entre estas inúmeras vertentes irão delinear as possibilidades de assistência, alinhadas aos valores e preferências do paciente.

No entanto, em um aspecto o médico é responsável individualmente: todas as decisões médicas são intransferíveis. Comunicado da British Medical Association afirma “que os pontos de vista dos que estão perto do paciente são um fator importante a levar-se em consideração para chegar a decisões de tratamento, entretanto, a decisão de tratamento não é do seu direito ou de sua responsabilidade”⁷. Visão semelhante foi expressa recentemente pela Belgian Society of Critical Care “a família não tem capacidade para tomada de decisão. [...] Em vez disso, a decisão será tomada pelo clínico encarregado do cuidado do paciente com base no que considera benéfico ao paciente”⁷.

A decisão de limitar os tratamentos que sustentam a vida deve basear-se amplamente em princípios éticos como a autonomia (o direito dos pacientes para tomar suas



próprias decisões de saúde); a beneficência (os cuidados de saúde devem beneficiar o paciente); não maleficência (cuidados de saúde não devem prejudicar); e justiça distributiva (os recursos devem ser usado de forma justa e equitativa). As razões para a não introdução ou a retirada de terapia pode, portanto, incluir a recusa do paciente, a improbabilidade do paciente se beneficiar de uma terapia devido a mau prognóstico, ou a falha de terapia para melhorar a condição do paciente após várias tentativas.

O princípio da autonomia do paciente designa o paciente como o decisor final. No entanto, não pode ser aplicado para a maioria dos pacientes que morrem na UTI, porque nessas circunstâncias menos que 5% tem competência mental suficiente para tomar decisões próprias^{7,8}. O General Medical Council of the UK afirma:

É importante ter tempo para tentar chegar a um consenso sobre o tratamento e pode ser apropriado buscar uma segunda opinião ou outra revisão independente. Mas se um paciente deseja ter um tratamento que na visão do médico não é clinicamente indicado, não há obrigação ética ou legal do médico em fornecê-lo⁷.

Em situações de proximidade da perda do ente querido delegar à família total responsabilidade pela decisão, pode gerar sofrimento insuportável e configurar um cenário de medicina defensiva

As atitudes e ações de clínicos, pacientes e cuidadores podem ser influenciadas pelas diferenças nas leis vigentes e na organização de cuidados intensivos na instituição, bem como por idade, sexo, nível educacional, renda, experiência pessoal e clínica, funcionalidade do paciente e se têm ou não acesso a cuidados de saúde financiados pelo governo, além de religião e contexto cultural⁷.

Quando se delega aos pacientes e famílias a definição sobre o tratamento desejado, isto pode fazer com que se sintam os únicos responsáveis pela decisão de renunciar ao tratamento de sustentação da vida o que contrasta com a prática preferida de

tomada de decisão compartilhada⁹. Alguns pacientes e famílias preferem que os médicos tomem essas decisões¹⁰. Entender como os pacientes e famílias preferem tomar as decisões é aspecto importante do tratamento.

No Brasil ainda não existe uma cultura de diretiva antecipada de vontade bem estabelecida e conhecida pela população. Neste contexto, a cultura do povo e a forma como o paciente e sua família se comportam diante do enfrentamento da finitude é um fator de extrema importância e pode influenciar na tomada de decisão compartilhada durante a comunicação de más notícias. Em situações de proximidade da perda do ente querido delegar à família total responsabilidade pela decisão, pode gerar sofrimento insuportável e configurar um cenário de medicina defensiva. Portanto, faz-se necessário que neste tipo de abordagem, o médico tenha sensibilidade para perceber essas nuances e respeitar o tempo da família acolhendo seu sofrimento e direcionando, em comunicação empática, um processo que possa levar a uma tomada de decisão que estabeleça um consenso mas não agregue maior sofrimento à família.

Em pequeno número de casos em que o acordo não é possível, os médicos não são obrigados a oferecer terapias que acreditem que não possam alcançar os objetivos do



tratamento, como mutuamente definido pelos clínicos, pacientes, e cuidadores^{11,12,13}. Quando isso ocorre a Associação Médica Americana (AMA) recomenda um processo de abordagem baseada na resolução de conflitos sobre problemas de fim de vida com a intermediação do comitê de bioética hospitalar^{14,15}.

Por outro lado, o médico sente que pode estar sujeito à averiguação jurídica que pode até culpabilizá-lo por negligência, imprudência e imperícia profissional devido à legislação do país e às normas de controle do código de ética que regulamenta sua profissão. Desta forma é de se esperar que a falta de conhecimento da legislação regional, possa causar insegurança ao profissional e comprometer a tomada de decisão no final de vida.

4. Decisões médicas e medicina defensiva

Uma vez que a responsabilidade do médico abrange todas as condutas clínicas, desenvolveu-se a prática denominada “medicina defensiva”, que é a tomada de decisões não somente em função de critérios estritamente clínicos, mas também por determinar procedimentos, exames, indicações e tratamentos lastreados em critério de cautela, cuja finalidade é formar um conjunto probatório que afaste qualquer acusação de negligência, imprudência ou imperícia profissional.

Em cuidados paliativos, a medicina defensiva sofre certas mudanças, pelo fato destes terem como finalidade não a terapêutica, mas a dignidade e o conforto do paciente cuja doença está em estágio terminal

Na prática, se caracteriza pela utilização exagerada de exames complementares, uso de procedimentos terapêuticos supostamente mais seguros, encaminhamento frequente de pacientes a outros especialistas e a recusa ao atendimento de pacientes graves e com maior potencial de complicações¹⁶. A medicina defensiva visa, assim, o interesse do médico, e não do paciente, pois centra esforços na proteção do médico contra a interpretação da sua conduta como prática equivocada, e não na avaliação equilibrada do quadro do paciente e as alternativas viáveis para ele, com equilíbrio e razoabilidade científicas.

Em cuidados paliativos, a medicina defensiva sofre certas mudanças, pelo fato destes terem como finalidade não a terapêutica, mas a dignidade e o conforto do paciente cuja doença está em estágio terminal. Portanto, é algo esperado a não introdução de determinadas terapias que são desproporcionais a condição clínica de paciente em final de vida. A medicina defensiva, nesse caso, se caracteriza pela introdução ou sustentação de terapias fúteis que podem levar a distanásia.

Em cuidados paliativos, a medicina defensiva sofre certas mudanças, pelo fato destes terem como finalidade não a terapêutica, mas a dignidade e o conforto do paciente cuja doença está em estágio terminal. Portanto, é algo esperado a não introdução de determinadas terapias que são desproporcionais a condição clínica de paciente em final de vida. A medicina defensiva, nesse caso, se caracteriza pela introdução ou sustentação de terapias fúteis que podem levar a distanásia.

Segundo Callahan, a distanásia é algo muito complexo que está ocorrendo na medicina contemporânea, com diferentes ângulos de vista e muitos equívocos. É um fenômeno recente, decorrente da crescente “medicalização” da vida e da morte e do uso desmedido de recursos tecnológicos na assistência médica. Apesar do intenso debate bioético sobre a questão, ainda não existe consenso nem mesmo na nomenclatura e definição¹⁷.

O termo distanásia é utilizado com várias sinônimas: futilidade médica, obstinação terapêutica, tratamento fútil, inútil, desproporcional, intempestivo, extraordinário, entre outros.



Siqueira-Batista descreve distanásia como uma espécie de “hipermorte” pela manutenção da vida por meio de tratamentos desproporcionais, levando a um processo de morrer prolongado e com sofrimento físico e psicológico¹⁸. Pessini conceitua distanásia como a atitude médica que, visando *salvar a vida* do paciente com doença terminal, submete-o a grande sofrimento físico e ou psicológico e, com isso, não prolonga a vida propriamente dita, mas a agonia do processo de morrer¹⁹.

Jecker e Pearlman indicam que a futilidade médica pode ser reconhecida por quatro ponderações sobre os tratamentos que: 1) não oferece oportunidade razoável de sobrevivência; 2) são procedimentos inúteis ou ineficazes; 3) não oferece o mínimo de qualidade de vida ou de benefício médico; 4) possivelmente não pode atingir os objetivos dos pacientes²⁰.

Ao ofertar tratamento fútil, o médico infringe o que talvez seja o princípio com prioridade lexical sobre os demais princípios norteadores do comportamento da “arte médica”: o princípio de não-maleficência

Edmund Pellegrino defende que os julgamentos clínicos da futilidade de determinada intervenção terapêutica envolvem o *equilíbrio judicioso* de três fatores: a efetividade da intervenção, a determinação objetiva que só médicos podem fazer; o benefício da intervenção, uma avaliação de que apenas os pacientes e ou os seus representantes legais podem fazer; e as consequências da intervenção em que os fardos da intervenção (custo, desconforto, dor, inconveniência) são avaliados conjuntamente por ambos, os médicos e os pacientes, e/ou os seus representantes legais²¹.

A AMA propõe que os paradigmas da futilidade terapêutica envolvam: manobras de reanimação cardiopulmonar em doentes em fim da vida e a manutenção artificial de funções vitais quando há perda irreversível das funções cerebrais superiores (estado vegetativo persistente ou demência profunda); utilização de intervenções agressivas e invasivas como a hemodiálise, quimioterapia e cirurgia em doentes com doença incurável e sem condições razoáveis de recuperação; e procedimentos menos invasivos, como a utilização de antibióticos e hidratação intravascular em doentes em estado agônico^{14,22}.

Para Kottow o conceito de futilidade médica é um contra-senso que não está de acordo com a boa prática clínica, porque se uma medida médica é inútil, simplesmente está contraindicada. Além de não proporcionar melhoria ao paciente a indicação implica em alocação inadequada de recursos. Ao ofertar tratamento fútil, o médico infringe o que talvez seja o princípio com prioridade lexical sobre os demais princípios norteadores do comportamento da “arte médica”: o princípio de não-maleficência²³.

No entanto, é nas UTI que as polêmicas sobre a futilidade médica estão mais evidentes e podem ser identificados múltiplos fatores relacionados, como por exemplo, as expectativas exacerbadas sobre os poderes da medicina tecnológica em relação à morte, a prática da medicina defensiva devido ao medo de implicações legais de não fazer tudo que for possível, a má formação da equipe sobre os cuidados de fim de vida, a falta de habilidade para a comunicação adequada entre os membros da equipe e na relação médico-paciente-familiares, e também os interesses econômicos das empresas médico-hospitalares²⁴.



O novo Código de Ética Médica brasileiro (CEM), aprovado pela Resolução CFM 1.931/09 impõe ao médico evitar a obstinação terapêutica para pacientes em estado terminal. O parágrafo único do artigo 41 dispõe que: “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”²⁵.

Os cuidados paliativos, diferentemente de outros setores da medicina, estão fundamentados em condutas que seguem princípios cuja interpretação pode ser considerada elástica

Os cuidados paliativos também são abordados no item XXII, do capítulo I, que dispõe: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os Cuidados Paliativos apropriados”²⁶.

Este mesmo código de ética no artigo 36 dispõe que: “Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos”²⁷. Ainda assim, a medicina defensiva tem prevalecido, mesmo em pacientes com critérios de indicação para cuidados paliativos. Isto porque os cuidados paliativos,

diferentemente de outros setores da medicina, estão fundamentados em condutas que seguem princípios cuja interpretação pode ser considerada elástica²⁸.

Os principais cuidados paliativos a respeito dos quais há consenso são: alívio de sintomas; assistência ao paciente integrando aspectos psicológicos e espirituais; sistema de apoio ao paciente e sua família durante o processo de adoecimento e após a morte visando qualidade de vida e dignidade no final da vida. Essas iniciativas, muito embora contemplem uma visão mais abrangente e holística sobre as necessidades do paciente e seus familiares para manter e melhorar a qualidade de vida durante qualquer estágio da doença terminal, também oferecem margem para interpretações de terceiros —que não o médico— acerca da conduta profissional, ou de suas intenções, ou permitem a sugestão de outras, diferentes daquelas que motivaram a escolha do profissional.

Trata-se, portanto, de campo fértil à responsabilização jurídica do médico pela conduta tomada, seja ética ou judicial. Por outro lado, a participação dos familiares e da equipe multidisciplinar na tomada de decisões por vezes apenas mascara a primazia do médico na decisão clínica.

A má interpretação do conceito de *empoderamento* do paciente em cuidados paliativos, eventualmente e de maneira equivocada, leva à transferência, pelo menos em parte, da decisão clínica que deveria ser de responsabilidade médica. Com a decisão e as impressões pouco técnicas do paciente e dos familiares, o médico se abstém de tomar tal ou qual conduta que julgaria adequada, e recolhe informações de isenção de responsabilidade tanto do paciente quanto dos familiares, dividindo e compartilhando a questão que deveria ser preponderantemente clínica, mas recebendo, em troca, quase que uma cumplicidade, das pessoas que poderiam vir a responsabilizá-lo por conduta imprópria, devido à elasticidade dos princípios dos cuidados paliativos caso viesse a tomar a decisão sozinho.



Trata-se, então, de uma nova vertente da medicina defensiva: o paciente e seus familiares passam a apoderar-se em demasia do tratamento, sem que disponham com clareza de informações técnicas básicas e de avaliação de riscos que lhes dê suporte verdadeiro para a decisão. Este mecanismo de defesa não pode ser adequado nem ao médico, nem ao paciente. A solução é aplicar com ainda mais rigor os princípios que norteiam a prática dos cuidados paliativos²⁹.

Além disso, a responsabilização ético-legal por conduta profissional lesiva implica ao médico uma postura prudente sobre a decisão clínica. Esta não deve ser delegada ao paciente e seus familiares ou a outros profissionais que não tenham o saber específico sobre a assistência médica. Portanto, cabe ao profissional médico em trabalho conjunto com a equipe multiprofissional, definir através de critérios técnicos bem estabelecidos, qual tratamento traz benefícios ou não ao paciente. Uma vez delineado as possibilidades terapêuticas diante de doença avançada, cabe ao paciente empoderado e com a ajuda de seus familiares expressar seus valores, crenças e preferências para que se possa elaborar um planejamento de cuidado que promova seu bem-estar sem isentá-lo de um manejo clínico adequado.

Cabe ao profissional médico em trabalho conjunto com a equipe multiprofissional, definir através de critérios técnicos bem estabelecidos, qual tratamento traz benefícios ou não ao paciente

5. Informação e transparência como mecanismos de equilíbrio

Para se atingir o equilíbrio entre o empoderamento do paciente e o correto compartilhamento de decisões, a informação e a transparência são elementos essenciais no relacionamento entre o médico, o paciente e sua família. Estas duas formas de se relacionar com o paciente estão em perfeita sintonia com os princípios dos cuidados paliativos.

A comunicação deve ser sempre no sentido de levar a verdade para os pacientes e seus familiares, pois possibilita sua participação ativa na tomada de decisões (princípio da autonomia). Ademais, “uma falsa atitude paternalista, escondendo a verdade do paciente, cria um círculo vicioso da chamada “conspiração do silêncio”, que pode representar novas fontes de sofrimento. Isto não exclui a necessidade de ser prudente e adiar informações para o paciente com depressão grave sem tratamento adequado (princípio da não-maleficência)³⁰.

A verdade é um bem moral e a comunicação e manejo das informações devem respeitar os Princípios da Bioética Médica e ser guiadas pela virtude da prudência, sendo um dever prestar sempre atenção *ao que, como, e para quem* informar²⁴. Por outro lado, existe um aspecto que é absolutamente típico nos cuidados paliativos, que é o princípio da Proporcionalidade Terapêutica. Gustavo Nader Marta define este princípio como sendo: “relação proporcional entre os meios terapêuticos empregados e os resultados esperados. Este critério aborda o julgamento das intervenções médicas no que diz respeito aos riscos e benefícios da ação, a utilidade ou inutilidade da medida, levando em consideração o prognóstico e os custos de ordem física, psicossocial e econômica”³¹.



Nos cuidados paliativos, este princípio se reveste de especial importância, porque a finalidade da avaliação de proporcionalidade não se destina à terapia em si, mas, sobretudo, ao conforto e dignidade do paciente. A autonomia do paciente deve ser respeitada em relação às terapias que pretende realizar, e este não é obrigado a usar todas as intervenções médicas atualmente disponíveis. No entanto, nem sempre há consenso na opinião de médicos e pacientes, sobre a utilidade ou futilidade ou mesmos em relação aos benefícios ou custos de medidas terapêuticas no final da vida. Portanto ao se julgar a proporcionalidade de uma intervenção médica, alguns elementos como: a utilidade ou a inutilidade da medida; as alternativas de ação com os respectivos riscos e benefícios; o prognóstico com e sem aplicação da medida, e os custos físicos, psicológicos, morais e econômicos devem ser levados em consideração²⁴.

Em apoio desta conduta, aparentemente está o Conselho Federal de Medicina, que afirma, no Código de Ética Médica (CEM) de 2012, em pelo menos duas passagens:

XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas³²;

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo³³.

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

Diz-se “aparentemente”, porque a aparente antinomia não existe para a medicina terapêutica: nesta, prevalece a disposição do inc. XXI dos Princípios Fundamentais, para os quais a vontade dos pacientes em relação a “procedimentos diagnósticos e terapêuticos” está submetida aos critérios de adequação ao caso e reconhecimento científico, que são searas reservadas exclusivamente aos médicos. Mas, no universo típico da medicina paliativa, onde não há propriamente “diagnóstico” ou “terapêutica”, uma vez que o foco não é a doença em si, o conflito resulta da

admissibilidade ou não que a opção pelo “não tratamento” ainda que paliativo decorra de decisão voluntária do paciente com doença terminal, mesmo contra a opinião do médico em relação à proporcionalidade terapêutica.

Neste contexto vale analisar se a decisão do médico, quando predomina sobre a vontade manifestada pelo paciente, atenta ou não contra a dignidade humana — ou seja, a constatação de que a condição humana reside em algo além do que a vida orgânica, e em que medida isto deve ser respeitado pelo médico³⁴.

Para Silva, “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”³⁵.

Para Moraes: “Se a humanidade de cada pessoa reside no fato de ser ela racional, dotada de livre arbítrio e com capacidade para interagir com as demais pessoas do meio social, pode-se afirmar ser “desumano”, ou seja, atentar contra a dignidade humana,



tudo aquilo que puder tolher o discurso e a ação do indivíduo, reduzindo-o à condição de objeto”³⁶. Conclui-se que atenta claramente contra a dignidade da pessoa humana a manutenção artificial da vida do enfermo sem possibilidade de recuperação; a promoção de terapia inútil, que prolonga a agonia do paciente com doença terminal incurável, contra a sua vontade. Entende-se que a dignidade ínsita ao homem o autoriza a “morrer com dignidade”. Isto significa poder escolher não “quando” ou “como” morrer, mas “como não deseja morrer”. Essa compreensão é fundamental³⁷.

A dignidade ínsita ao homem o autoriza a “morrer com dignidade”. Isto significa poder escolher não “quando” ou “como” morrer, mas “como não deseja morrer”

Neto descreve que: “morrer com dignidade não significa morrer quando queiram o enfermo, o médico ou os familiares, mas tão só uma morte na qual se respeitaram os seus direitos humanos, com serenidade, com o seu contorno familiar, cuidados médicos apropriados, com a assistência religiosa que deseje”. E prossegue: “a questão não versa sobre a utilização de medicamentos que poderiam curar o doente, mais precisamente sobre a utilização dos que sendo ineficazes para curar, permitem prolongar a vida do doente em alguns dias, semanas ou meses, o que não é mais que prolongar a agonia do enfermo, fundamentalmente quando tal se verifica contra a sua vontade”³⁸.

Para o médico essas questões implicam em alguns dilemas éticos e jurídicos e podem trazer angústia e insegurança no manejo de pacientes com doenças terminais. O conhecimento ético legal do que é admissível ou não, que a opção pelo “não tratamento” possa ser escolha do paciente com doença terminal, e se essa medida poderá ser a causa da morte ou se a morte é consequência da progressão da doença, talvez pudesse amenizar essa preocupação. Por outro lado, era de se esperar que algum entendimento em relação a este dilema viesse a ser consolidado pelo Conselho Federal de Medicina ao estabelecer a Resolução CFM 1995/2012, que deu forma ética às denominadas diretivas antecipadas de vontade (DAV).

As DAV são um conjunto dos 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. Muito embora se estabeleça que o médico deverá levar em consideração as eventuais DAV deixadas pelo paciente, e se estabeleça também um mecanismo formal para registro, a Resolução não afasta – na realidade, agrava – a antinomia, pois, ao mesmo tempo em que as diretivas são formuladas de forma livre e consciente, por força das regras de expressão de vontade ali disciplinadas, em verdade recua da autonomia aparentemente conferida ao paciente, pois os §§ 2.º e 3.º da mesma Resolução anulam integralmente a prevalência da vontade do paciente, submetendo-o ao quanto decidir o médico³⁴. A redação é inequívoca:

§ 2.º 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 Médica³⁴.

§ 3.º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares³⁴.



Em resumo, a falta de orientação e de indicação do comportamento ético — e mesmo moral, em sentido mais abrangente — não oferecem perspectiva segura de atuação do médico. A prática, no entanto, nesse ambiente de incerteza, ainda se desenvolve em relação aos cuidados médicos com todos os pacientes em final de vida, e é preciso oferecer à relação médico-paciente o melhor conjunto possível de opções para que seja capaz de promover a confiança recíproca e ensejar decisões maduras e razoáveis, de todos os envolvidos. Neste sentido, a ferramenta fundamental para a solução deste conflito ainda é a troca de informações e a efetiva comunicação entre o paciente e o médico, respeitando-se o princípio acima mencionado da veracidade.

6. Tomada de decisões a partir da deliberação moral

Elma Zoboli descreve que a tomada de decisão em questões éticas exige habilidade e competência do profissional de saúde e é marcador de qualidade no serviço de saúde pública. Esses problemas, devido a sua complexidade, não podem ser solucionados somente com intuição e bom-senso, visto que as soluções muitas vezes, exigem ponderação e podem ser revisadas conforme a situação em curso. Portanto a solução mais razoável dependerá da circunstância específica e da habilidade da equipe de saúde

para a tomada de decisão ética. Desta forma, a sistematização de procedimentos, tem por objetivo auxiliar os profissionais envolvidos, na avaliação minuciosa dos inúmeros cenários, numa tentativa de reduzir as áreas de incerteza e ambiguidade, capacitando-os para decidir de maneira prudente e responsável³⁹.

O surgimento da deliberação moral como procedimento intelectual que pode ser empregado nestas situações, propiciou uma abordagem peculiar que visa eleger alternativas prudentes diante da consideração de valores e deveres que passam a fazer parte do processo de definição de uma decisão mais razoável. Sua racionalidade não é idealista, pragmática ou utilitarista, assim, não visa à decisão ideal, mas objetiva decisões que considerem

a natureza humana e racionalize, de maneira prudente, o que é bom e de valor ao indivíduo em determinada circunstância⁴⁰⁻⁴³.

O processo de deliberar é um comportamento ético e não natural pois, além de conhecimento e habilidades, necessita de atitudes de respeito mútuo e modéstia intelectual. A humildade e solidariedade do profissional fazem despontar o desejo em adquirir ampla compreensão dos fatos por meio da escuta empática, para posterior análise crítica e pública dos próprios pontos de vista³⁹.

A proposta deliberativa concebida por Diego Gracia, baseia-se no entendimento de que os conflitos morais podem ser tratados como problemas ou dilemas éticos. Portanto a deliberação moral não é só metodologia, mas pedagogia para o autoconhecimento, autoanálise e tolerância⁴⁴. Ao contrário da abordagem dilemática que se baseia na escolha racional e objetiva entre duas alternativas opostas e irreduzíveis, na abordagem problemática de Gracia, o foco visa mais o procedimento do que a meta, pois com-

O processo de deliberar é um comportamento ético e não natural pois, além de conhecimento e habilidades, necessita de atitudes de respeito mútuo e modéstia intelectual



preende que nem todos os problemas éticos têm solução e, portanto, deve-se optar por uma "aproximação deliberativa" dos conflitos a fim de alcançar decisões prudentes⁴⁵.

O surgimento de um problema moral requer decisões frente a um objeto contraditório no âmbito moral dos valores e deveres. Diante de uma realidade complexa, a inadequação é inevitável entre a reflexão e a realidade e faz-se necessário o compartilhamento de diferentes percepções em um diálogo promovido pela deliberação coletiva que aprimore nosso sentido moral⁴⁶.

Na bioética clínica, o "problema moral" é um caso clínico ou biomédico para o qual se descobrem várias saídas possíveis, e os profissionais ficam sem saber o que devem fazer. O problematismo clínico-moral compõe-se de três momentos: 1) o relato do caso clínico; 2) A descoberta de um caso clínico como moralmente problemático, conflitivo e contraditório; 3) As saídas morais que são as possibilidades de resposta ou soluções para o caso clínico. As contradições entre os cursos correspondem ao conflito de valores e as saídas prudentes, as que realizam ao máximo todos os valores em conflito,

costumam localizar-se nos cursos intermédios. Quando não sabemos que curso seguir, temos de acionar o procedimento deliberativo para perceber o que se deve fazer na situação⁴⁷.

Os juízos morais constroem-se pelo encadeamento de fatos, valores e deveres. Na deliberação, proposta por Gracia, esses âmbitos da experiência moral constituem etapas do procedimento deliberativo. O itinerário do processo deliberativo inclui: 1) Deliberação sobre os fatos através da apresentação e esclarecimentos dos fatos do caso. 2) Deliberação sobre os valores, através da identificação dos problemas éticos do caso, do problema ético fundamental e dos valores em conflito. 3) Deliberação sobre os deveres, através da identificação dos cursos de ação extremos, intermediários e ótimos. 4) Deliberação sobre as responsabilidades sobre a submissão do curso ótimo às provas

de consistência de tempo, publicidade e legalidade⁴⁰. A decisão final cabe a quem descobriu ou apresentou o caso como um problema moral e não ao comitê de Bioética consultado para a "assessoria deliberativa"⁴⁴.

Na prática clínica, a possibilidade de uma estratégia que promova a comunicação empática com paciente-família com troca de fatos, emoções, sentimentos, crenças, valores, e não somente de informações técnicas sobre a doença e o doente, favorece a formação de vínculos de respeito e afetividade que facilitam a tomada de decisão através da deliberação moral.

Em uma reunião de tomada de decisão entre equipe de saúde e paciente com doença incurável avançada, muitas vezes, nos deparamos com problemas de ordem moral e a opção por uma abordagem problemática que promova o processo de deliberação ética faz-se necessária para a elaboração de condutas razoáveis e prudentes. Neste contexto, a definição de que medidas terapêuticas agressivas, tais como ventilação mecânica, tratamento dialítico e reanimação cardiopulmonar, possam ser benéficas ou não ao paciente em estágio avançado de doença é de responsabilidade da equipe médica, no

Diante de uma realidade complexa, a inadequação é inevitável entre a reflexão e a realidade e faz-se necessário o compartilhamento de diferentes percepções em um diálogo promovido pela deliberação coletiva que aprimore nosso sentido moral



entanto cabe ao paciente ou a sua família, quando este estiver impossibilitado de se manifestar, a deliberação sobre seus valores, crenças e desejos.

O processo, a elaboração de um planejamento avançado de cuidados, na maioria das vezes, delimitam a utilização de suporte avançado de vida, quanto este já não faz mais sentido, não traz benefício e dignidade à vida e prolongam o processo de morrer em

Em uma visão humanística, o foco deixa de ser a doença em si ou as tecnologias voltadas à cura, mas a assistência centrada na pessoa doente torna-se a prioridade e a essência do cuidado

condições inaceitáveis. Portanto, nesta situação, a prioridade dos cuidados será direcionada ao tratamento que vise o manejo clínico de morbidades, controle sistemático de sintomas e medidas estratégicas que promovam a qualidade de vida e dignidade no final da vida. Quando nos referimos a qualidade de vida na terminalidade, temos que levar em consideração a intervenção de uma equipe multiprofissional, formada por vários saberes e com a capacidade de gerenciar as inúmeras demandas psicossociais e espirituais do paciente e seus familiares. Somente com esta perspectiva integral e holística conseguiremos abranger a totalidade e a complexidade do sofrimento humano inserido neste contexto e a partir daí criarem-se estratégias na tentativa de acolher e amenizar a maioria das necessidades e angústias

que assolam muitos dos pacientes que se encontram no final da vida. Em uma visão humanística, o foco deixa de ser a doença em si ou as tecnologias voltadas à cura, mas a assistência centrada na pessoa doente torna-se a prioridade e a essência do cuidado.

7. Considerações finais

A tomada de decisão em final de vida é um processo complexo que envolve decisão médica dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento do paciente, com o compromisso de respeitar a sua autonomia e planejar os cuidados adequados, muitas vezes em cenário de grande turbulência emocional e sofrimento.

No processo de adoecimento, quanto mais precocemente o paciente for envolvido nas decisões relativas ao estágio de sua doença maior condição terá de participar e direcionar o processo, tendo em vista que em estágios mais avançados é possível que não tenha plena autonomia de decisão devido à degeneração orgânica e cognitiva. Entretanto, o médico assistente não poderá eximir de sua responsabilidade técnica em definir quais recursos terapêuticos serão benéficos ou não ao paciente que se encontra em final de vida.

A inabilidade do profissional de saúde na condução deste processo, por vezes, com adoção de uma postura insegura e defensiva poderá acarretar maior carga de sofrimento ao paciente e família. Esta abordagem equivocada tende a originar decisões que muitas vezes estão em desacordo com os desejos e valores do paciente e podem culminar em alocação inadequada e uso irracional de recursos, além de onerar sobremaneira o serviço de saúde.

No entanto, não há um consenso estabelecido em literatura sobre esta questão, porém o bom senso predomina quando a relação profissional de saúde, paciente e família,



estão estabelecidas em bases de confiança e respeito. Neste contexto o conhecimento técnico, ético e jurídico embasado por habilidades importantes como a comunicação empática são os pilares que norteiam a deliberação moral capaz de conduzir ao melhor resultado possível.

Este processo deliberativo, respaldado pela capacitação técnica do médico e efetivo empoderamento do paciente/família será essencial para a tomada de decisão compartilhada em que as metas de cuidados serão atingidas através do controle sistemático do sofrimento em todas as suas dimensões, propiciando com isto, conforto, respeito e dignidade ao paciente em final de vida.

Monografia apresentada ao Curso de especialização em medicina paliativa do Centro Universitário São Camilo em colaboração com o Instituto Paliar, como requisito parcial para obtenção de título de pós-graduação em cuidados paliativos.

Referências

1. Port Huron Statement: Documents and Resources [internet]. University of Michigan; 2012. [Acesso 15 abr 2017]. Disponível: <http://phstatement.lsa.umich.edu/>
2. Berger, P. L., & Neuhaus, R. J. (1977). *To Empower People: from State to Civil Society*. Washington: amazon.co.uk.
3. Horochovski, R. R. (2006). Empoderamento: definições e aplicações 30.º Encontro Anual ENPOCS. Disponível [acesso 13 jul 2017] <http://anpocs.org/index.php>
4. Richter, K. P., Langel, S., Fawcett, S. B., Paine-Andrews, A., Biehler, L., & Manning, R. (1995). Promoting the use of advance directives: an empirical study. *Arch Fam Med*, 4(7), 609-15. Disponível [acesso 21 agosto 2018] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7606298>
5. Organización Mundial de la Salud. (1994). *Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa*. Amsterdam. [Internet]. Disponível [acesso 10 nov. 2009] <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/patienrights.html>
6. Barazzetti, G., Borreani, C., Miccinesi, G., & Toscani, F. (2010). What “best practice” could be in palliative care: an analysis of statements on practice and ethics expressed by the main Health Organizations. *BMC Palliative Care*, 9(1), 1-9. Disponível [acesso 21 agosto 2018] <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-9-1>
7. Carlet, J., Thijs, L. G., Antonelli, M., Cassell, J., Cox, P., Hill, N., Hinds, Ch., Pimentel, J. M., Reinhart, K., & Taylor Thompson, B. (2004). Challenges in end-of-life care in the ICU Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care. *Intensive Care Med*, 30(5), 770-784. Disponível [acesso 21 agosto 2018] <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00134-004-2241-5.pdf>
8. Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Vinsonneau, C., Grassin, M., Lemaire, F. Hervé, C., Schlemmer, B., Zittoun, R., Dhainaut, J. F., & French PROTOCETIC Group (2001). French intensivists do not apply American recommendations regarding decisions to forgo life sustaining therapy. *Crit Care Med*, 29 (10), 1887-92. DOI: <https://doi.org/10.1097/00003246-200110000-00006> [acesso 21 agosto 2018]



9. Heyland, D. K., Cook, D. J., Rocker, G. M., Dodek, P. M., Kutsogiannis, D. J., Peters, S. et al. (2003). Decision-making in the ICU: Perspectives of the substitute decision-maker. *Intensive Care Med*, 29(1), 75-82. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-002-1569-y> [acesso 23 agosto 2018]
10. Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Bornstain, C., Bouffard, Y., Cohen, Y., Feissel, M., Goldgran-Toledano, D., Guitton, C., Hayon, J., Iglesias, E., Joly, L. M., Jourdain, M., Laplace, C., Lebert, C., Pingat, J., Poisson, C., Renault, A., Sanchez, O., Selcer, D., Timsit, J. F., Le Gall, J. R., Schlemmer, B.; FAMIREA Study Group. (2004). Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: A study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med*, 32(9), 1832-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000139693.88931.59> [acesso 21 agosto 2018]
11. Society of Critical Care Medicine. (1997). Ethics Committee. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's ethics committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit. Care Med*, 25(5), 887-91. DOI: <https://doi.org/10.1097/00003246-199705000-00028> [acesso 21 agosto 2018]
12. Luce, J. M. (1995). Physicians do not have a responsibility to provide futile or unreasonable care if a patient or family insists. *Crit Care Med*, 23(4), 760-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/00003246-199504000-00027> [acesso 21 agosto 2018]
13. Truog, R. D., Campbell, M. L., Faan, R. N., Curtis, J. R., Haas, C. E., Luce, J. M. et al. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*, 36(3), 953-63. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181659096> [acesso 21 agosto 2018]
14. Council on Ethical and Judicial Affairs. (1999). Medical futility in end-of-life care: Report of the council on ethical and judicial affairs. *Jama*, 281(10), 937-941. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.281.10.937> [acesso 21 agosto 2018]
15. Fine, R. L., & Mayo, T. W. (2003). Resolution of futility by due process: Early experience with the Texas advance directives act. *Ann Intern Med*, 138(9), 743-6. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-9-200305060-00011> [acesso 21 agosto 2018]
16. Minossi, J. G., & Silva, A. L. (2013). Medicina defensiva: uma prática necessária? *Rer Col Bras Cir*, 40(6), 494-501. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912013000600013> [acesso 21 nov. 2017]
17. Callahan, D. (1991). Medical Futility, Medical Necessity: The-Problem-Without-A-Name. *Hastings Center Report*, 21(4), 30-35. DOI: <https://doi.org/10.2307/3562999> [acesso 21 agosto 2018]
18. Siqueira-Batista, R. (2005). A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das Unidades de Terapia Intensiva contemporâneas. In F. R. Schramm, S. Rego, M. Braz, & M. Palácios (orgs.), *Bioética, riscos e proteção* (pp. 293-296). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
19. Pessini L. (1996). Distanásia: até quando investir sem agredir? *Bioética*, 4(1), 31-43. Disponível http://revis-tabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357
20. Jecker, N. S., & Pearlman, R. A. (1992). Medical futility. Who decides? *Arch Intern Med.*, 152(6), 1140-4. Disponível <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1599340>
21. Pellegrino, E. D. (2005). Futility in medical decisions: the word and the concept. *HEC FORUM*, 17(4), 308-318. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16637443>
22. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. (1999). Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. *Jama*, 281(10), 937-41. Disponível <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10078492>



23. Kottow, M. (2005). *Introducción a la Bioética* (2.ª ed.). Santiago: Mediterráneo.
24. Pereira, H. A. (2012). *A Integração dos Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva de Adultos: uma reflexão Bioética*. Rio de Janeiro.
25. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. (2009). Resolução CFM nº 1.931/09 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de [Internet]. Seção I, Disponível [acesso 21 agosto 2018] <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf.p.39>.
26. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica (2009). Resolução CFM nº 1.931/09 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de [Internet]. Seção I, p.173) Disponível [acesso 21 agosto 2018] <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>
27. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica (2009). Resolução CFM nº 1.931/09 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de [Internet]. Seção I, p.173) Disponível [acesso 21 agosto 2018] <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>
28. World Health Organization. (2002). *Definition of palliative care*. [Internet]. Disponível [acesso 16 abr. 2017] <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
29. Tomes, N. (2007). Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation. *Lancet*, (369), 698-700.
30. Mendes, T. S. R. A. (2009). *Conspiração do Silêncio em Cuidados Paliativos Os actores, contextos e práticas na perspectiva da equipa*. [Internet]. Disponível [acesso 23 agosto 2018] https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3619/4/TESE%20DE%20MESTRADO%20%20-%20TANIA_nov09.pdf
31. Marta, G. N., Hanna, A. S., & Silva, J. L. F. (2010). Cuidados paliativos e ortotanásia. *Diagn Tratamento*, 15(2), 58-60.
32. Conselho Federal de Medicina. (2009). Código de Ética Médica 2009. Resolução CFM nº 1.931/09 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de [Internet]. Seção I. Disponível [acesso 21 agosto 2018] <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>
33. Conselho Federal de Medicina. (2009). Código de Ética Médica 2009. Resolução CFM n.º 1.931/09 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de [Internet]. Seção I, Disponível [acesso 21 agosto 2018] <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>
34. Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. [Internet]. Disponível [acesso 13 nov. 2012] http://www.portal-medico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.htm
35. Silva, J. A. (2008). *Curso de direito constitucional positivo* (30.ª ed. rev.e atual). São Paulo: Malheiros.
36. Moraes, M. C. B. (2010). *Na medida da pessoa humana: Estudos de direito civil-constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar.
37. Marineli, M. R. (31 out. 2013). A declaração de vontade do paciente terminal. As diretivas antecipadas à luz da Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de 49 Medicina. *Jus Navegandi, Teresina*, 18(3774).



Disponível [acesso 12 jul. 2014] <https://jus.com.br/artigos/25636/a-declaracao-de-vontade-do-paciente-terminal>

38. Neto, M. L. A. S. (2004). *O direito fundamental à disposição sobre o próprio corpo*. Coimbra Editora.
39. Zoboli, E. (2013). Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev. bioét.*, 21(3), 389-396. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300002> [acesso 21 agosto 2018]
40. Guillén, D. G. (2009). *La deliberación moral: el papel de las metodologías en ética clínica*. Madrid: Universidad Complutense.
41. Paine, T. A., Asinof, S. K., Diehl, G. W., Frackman, A., & Leffler, J. (2013). Medial prefrontal cortex lesions impair decision-making on a rodent gambling task: reversal by D1 receptor antagonist administration. *Behavioural Brain Research*, (243), 247-254. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2013.01.018> [acesso 23 agosto 2018]
42. Esperidião-Antonio, V., Majeski-Colombo, M., Toledo-Monteverde, D., Moraes-Martins, G., Fernandes, J. J., Assis, M. B., Siqueira-Batista, R. (2008). Neurobiologia das emoções. *Rev Psiq Clín.*, 35(2), 55-65. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000200003> [acesso 23 agosto 2018]
43. Lent, R. (2010). *Cem bilhões de neurônios* (2.^a ed.). São Paulo: Atheneu.
44. Zoboli, E. (2012). Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Revista BioEthicos Centro Universitário São Camilo*, 6(1), 49-57. Disponível [acesso 23 agosto 2018] http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Varias_Diversidade.pdf
45. Boorman, E. D., Rushworth, M. F., & Behrens, T. E. (2013). Ventromedial prefrontal and anterior cingulate cortex adopt choice and default reference frames during sequential multi-alternative choice. *J Neurosci*, 33(6), 2242-2253. DOI: <https://dx.doi.org/10.1523%2FJNEUROSCI.3022-12.2013> [acesso 23 agosto 2018]
46. Moritz, G. O., & Pereira, M. F. (2006). *Processo decisório*. Florianópolis: UFSC.
47. Neves, M. C. P. (2014). Bioética, biopolítica e a sociedade contemporânea. In D. Porto, B. Schlemper Jr., G. Z. Martins, T. Cunha, & F. Hellmann (orgs.), *Bioética: saúde, pesquisa, educação*, vol. 2 (pp. 143-67). Brasília: CFM/SBB.