Diretivas antecipadas de vontade do paciente: uma breve introdução ao tema

Advanced directives by the patient: a brief introduction to the theme

Lúcia Helena Dupuy Pattela[1], Rainer Grigolo de Oliveira Alves[2], Jussara de Azambuja Loch[3]

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo introduzir o tema das diretivas antecipadas de vontade do paciente, proposto na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina, analisando algumas das questões jurídicas pertinentes, bem como apresentar sugestões para sua implementação no cotidiano da prática clínica.

UNITERMOS: Testamento Vital, Paciente Terminal, Cuidados Paliativos, Direitos dos Pacientes.

ABSTRACT

This article aims to introduce the topic of advance directives by the patient, proposed in Resolution No. 1995/2012 of the Conselho Federal de Medicina, analyzing some of the relevant legal issues and make suggestions for their use in everyday clinical practice.

KEYWORDS: *Living Will, Terminal Patient, Palliative Care, Patient Rights.*

Nas últimas cinco décadas, o perfil demográfico brasileiro vem sofrendo alterações em ritmos nunca vistos anteriormente. Essas mudanças devem-se, primeiramente, à diminuição da mortalidade geral, seguida de diminuição da fecundidade e natalidade, acarretando no envelhecimento da população (1). Dados da Organização Mundial da Saúde estimam que os indivíduos com 60 anos ou mais no presente têm uma expectativa de viver, em média, 19 anos mais (2).

Associado ao crescimento da população idosa, há também um aumento das doenças crônico-degenerativas e das neoplasias, levando a situações de adoecimento e fim de vida muito desgastantes e sofridas. Sabe-se que 88% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade têm pelo menos uma doença crônica, e 69% dos idosos apresentam mais de uma patologia e/ou morbidades (3). Como consequência, esses indivíduos consomem mais medicamentos, têm maior número de internações hospitalares e por tempo mais prolongado.

Do ponto de vista individual, o processo de envelhecimento se relaciona a uma perda de autonomia e independência, limitando a capacidade de autocuidado, e comprometendo a qualidade de vida da pessoa. Estes eventos geram relações de dependência que interferem acentuadamente na interação social, principalmente no contexto familiar. Nas relações sanitárias, a autonomia do paciente idoso – entendida como o exercício da capacidade de decisão e de comando – pode ser mantida mesmo quando o indivíduo é dependente. No entanto, com a progressão de sua situação clínica ou o surgimento de outras intercorrências, a dependência pode tornar-se um estado no qual o indivíduo idoso é incapaz de funcionar física ou mentalmente sem a ajuda de outra pessoa (4).

É neste contexto que se insere a proposta das Diretivas Antecipadas de Vontade como uma maneira de suprir uma possível falha no respeito à autodeterminação do paciente, através da manifestação antecipada de suas escolhas para quando estiver incapacitado de decidir.

[1] Doutoranda da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (FAMED/PUCRS). Bolsista de Iniciação Científica do Programa PIBIC/CNPq 2014.
[2] Advogado. Ex-bolsista de Iniciação Científica do Programa PIBIC/CNPq 2013.
[3] Doutora em Medicina e Mestre em Bioética. Pesquisadora do Instituto de Bioética da PUCRS.

Apesar de novidade no Brasil, as diretivas antecipadas de vontade estão regulamentadas e vigentes em muitos países do Hemisfério Norte (5,6) e inclusive na América do Sul, como é o caso de Argentina, Chile e Uruguai (7,8,9). Em todos esses países, o assunto é regulamentado por leis, facilitando sua aplicação jurídica, e não por uma resolução deontológica, como no caso brasileiro.

DEFININDO AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Em 31 de agosto de 2012, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou no D.O.U. a Resolução nº 1995, que "dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes", também conhecidas como testamentos vitais, cujo objetivo é o de regulamentar, na ausência de outra norma, o limite dos atos médicos nos casos em que pessoas em estágio terminal de doença, e impedidas de manifestar-se, exerçam sua autodeterminação através de decisões previamente estabelecidas (10).

No art. 1º da Resolução nº 1995/2012 do CFM, as diretivas antecipadas são definidas 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" (10).

O paciente pode também designar uma pessoa com o fim de representá-lo, e as informações deste terceiro deverão ser levadas em consideração pela equipe que lhe presta assistência, no caso de sua incapacidade. Cabe ao médico registrar em prontuário os desejos expressados pelo paciente, que lhe forem diretamente comunicados.

Importa ainda salientar que a Resolução do CFM informa que as diretivas antecipadas prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares, mas possibilitando ao médico deixar de levá-las em consideração quando, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

DIRETIVAS ANTECIPADAS NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Do ponto de vista jurídico, a Resolução nº 1995/2012 do CFM não tem força de lei e, por isso, acaba provocando insegurança no uso e no aceite das diretivas antecipadas tanto por parte do paciente quanto do profissional da saúde, por receio de infringir normas ético-legais. Contudo, em que pese esta ausência de força legal, a Resolução do CFM constitui-se em um importante instrumento de interpretação e direcionamento da hermenêutica jurídica.

O fato da diretiva antecipada de vontade não estar prescrita em lei não afasta de imediato a sua inclusão no ordenamento jurídico pátrio. Para Dadalto, "os princípios constitucionais da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III) e da Autonomia (princípio implícito no art. 5º), bem como a proibição de tratamento desumano (art. 5º, III) são arcabouços suficientes para validar este documento no âmbito do direito brasileiro" (10). Além do exposto, e devido ao fato de constituir-se em um ato unilateral de manifestação prévia do paciente, cujos efeitos se darão quando da sua incapacidade, pode ser inserido no contexto do art. 107 do Código Civil Brasileiro, ao dispor que "a validade da declaração de vontade não dependerá de forma especial, senão quando a lei expressamente a exigir".

Desta maneira, trata-se de um documento com forma livre, podendo ser verbal ou escrito, inexistindo qualquer solenidade e/ou necessidade de registro público (não o sendo, porém, vedado) e sem prazo de validade preestabelecido. Também, diferentemente de muitos países que já dispuseram em lei sobre o tema, não é necessário que dois médicos diagnostiquem e atestem a terminalidade e a incapacidade do paciente para que se iniciem os efeitos da diretiva antecipada.

Destaca-se, contudo, que, apesar desta forma livre, nada impede que o documento de diretiva antecipada de vontade seja feito na forma escrita, com registro em cartório e assinado por duas testemunhas. Este ato, inclusive, tem sido recomendado por vários Conselhos Regionais de Medicina e autores até maior regulamentação do tema, isto porque o registro em cartório acaba oferecendo maior segurança tanto ao profissional da saúde quanto ao paciente na produção dos seus efeitos.

Nota-se, na atualidade, um deslocamento do eixo patrimonialista do Direito Privado para centrar-se no próprio indivíduo. Pode-se tomar como exemplo a Constituição Federal Brasileira que, mais que uma carta política, passa a tutelar interesses individuais e existenciais dos sujeitos (12), tendo na Dignidade da Pessoa Humana o seu princípio norteador. Soma-se a isso a própria eficácia dos Direitos Fundamentais, seja entre Estado-indivíduo, seja entre particulares, e o maior reconhecimento das liberdades individuais e autodeterminação do sujeito. Pode-se concluir, portanto, que, no atual contexto legal, social e moral, as diretivas antecipadas de vontade não sejam estranhas ao ordenamento jurídico brasileiro.

No que se refere às obrigações e responsabilidades médicas frente às diretivas antecipadas de vontade, elas não vinculam o médico obstinadamente. Desta forma, por mais que o paciente requeira a eutanásia, por impossibilidades jurídicas e éticas, o médico não poderá acatar esta solicitação; ou, se os desejos do paciente ultrapassam as possibilidades técnicas e científicas do local em que ele está sendo atendido, o médico não terá condições de seguir seus pedidos, não podendo ser responsabilizado por isso.

Logo, a diretiva antecipada não é uma ordem, uma obrigação, mas uma instrução, um indicativo daquilo que o paciente – de antemão – deseja, segundo seus interesses (13). Neste sentido, o Convênio Europeu sobre Bioética, quando aborda o tema, tem uma cautela terminológica ao utilizar a expressão *tener en cuenta la voluntad del paciente*, porque "le-

var em conta" não significa que sempre deverá ser aplicado (14). Pode, por exemplo, a ciência ter avançado muito desde a elaboração da diretiva antecipada do paciente, surgindo novos métodos e maneiras que este não tinha conhecimento à época (14), e que deverão ser colocados em discussão. Por isso, é importante que se indique neste documento um representante para que possa auxiliar nesta reavaliação. Pelo mesmo motivo, é importante também que o paciente atualize suas diretivas antecipadas sempre que sua vontade mudar ou tornar-se diferente daquilo que deixou expressamente manifestado, seja de forma escrita ou verbal.

Enfim, a diretiva antecipada de vontade é uma possibilidade, não uma obrigatoriedade, ou seja, o paciente não precisa fazê-la, se não demonstrar interesse em estipular quais tratamentos deseja ou não, em caso de incapacidade. Outra questão fundamental é a necessidade de que o paciente expressamente dê ciência ao médico (e até mesmo aos familiares, para que estes também possam – se for preciso – avisar o médico) toda vez que exercer sua autodeterminação; caso contrário, suas preferências não terão nenhuma utilidade, tampouco eficácia.

As diretivas antecipadas de vontade são um grande avanço no sentido de reconhecer o direito e a autonomia do paciente em gerenciar seu próprio espaço privado (15), tal qual já acontece na exigência do consentimento informado, porém não se retira do médico a capacidade decisória para o caso em concreto, não por uma atitude paternalista, mas assistencialista, de quem possui maior conhecimento técnico e científico na relação médico-paciente.

ABORDAGEM DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Apesar de mais utilizadas em situações de final de vida, as decisões antecipadas são válidas também para pessoas em bom estado de saúde, que podem beneficiar-se ao eleger, com antecedência, uma pessoa com o fim de representá-las, ou ao antecipar e discutir aquelas situações nas quais não gostariam de ter suas vidas prolongadas, por esforços terapêuticos inúteis ou desproporcionados.

Uma boa relação médico-paciente, baseada em confiança mútua, é um dos aspectos mais importantes do tratamento do paciente terminal. No caso de pacientes já acometidos por doenças crônicas graves ou em pacientes idosos, Tulsky recomenda que o médico deva abordar o assunto primeiramente de uma maneira mais ampla (16). Há muitos pacientes que não têm opinião formada quanto a preferências de tratamentos. Através de uma boa comunicação, o paciente poderá explorar seus próprios sentimentos e comportamentos, o que lhe permitirá enfrentar mais equilibradamente sua situação (17) e, mediante uma cuidadosa exploração dos valores do paciente, o médico pode ajudar a esclarecer estas preferências (16).

Conhecer os desejos do paciente sobre determinados tratamentos requer um grande cuidado para não agir de maneira apressada, sob pressão, por rotina ou conveniência. A adoção de decisões no fim de vida é um processo dinâmico, que requer muita reflexão, discussão e avaliação (17). Também neste cenário que se insere a possibilidade e importância da escolha de um representante, uma pessoa que conheça os valores que guiaram a vida do paciente, pois, apesar de uma diretiva antecipada delimitar diversas situações que o paciente não suportaria submeter-se, ela nunca abrangeria todas as possibilidades de fim de vida, logo, o representante seria mais um auxílio ao médico para a melhor tomada de decisão no caso de incapacidade do paciente.

Com aqueles pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas, que já estão cientes da evolução desfavorável do seu quadro clínico, pode ser interessante descrever e discutir possíveis situações de fim de vida, com o objetivo de informá-los detalhadamente e orientá-los no sentido de que possam identificar quais situações seriam insuportáveis, e a que procedimentos não gostariam de ser submetidos.

À medida que as situações de recusa de tratamentos sejam esclarecidas, o médico deve registrar a vontade do paciente em seu prontuário (10). No caso de um documento escrito, é fundamental que o médico ajude seu paciente a redigi-lo, pois, como leigo, este não possui condições técnicas de fazê-lo de forma pormenorizada (11).

Apesar das diretivas antecipadas serem um ato do indivíduo, não se pode esquecer que sua família está diretamente envolvida com as repercussões que este documento pode trazer, principalmente na esfera emocional, pois alguns familiares também passam pelas mesmas etapas do adoecer que o doente e podem ficar "presos" em uma das fases de adaptação, como a negação, sem aceitar a realidade (17). Devido a esta estagnação, pode ocorrer de os familiares estarem em desacordo com o conteúdo de uma diretiva antecipada feita pelo paciente, acreditando que ele possa ter mudado de ideia ou cometido um engano. Cabe lembrar que as diretivas antecipadas prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares. No entanto, é papel do médico conversar e explicar aos familiares o porquê do paciente ter feito determinadas escolhas, e ajudá-los a entender e respeitar sua vontade (16).

A escolha do paciente em limitar intervenções que prolonguem o processo de morrer deve ser resultado de um *continuum* de informações que permita o estabelecimento de metas realistas de tratamento e a instituição de cuidados paliativos que mantenham o doente o mais confortável possível e que satisfaçam suas necessidades espirituais, emocionais e psicológicas.

COMENTÁRIOS FINAIS

Os profissionais que atuam no cuidado de idosos ou de pacientes em fase terminal lidam com questões peculiares, como a heterogeneidade dos pacientes e dos cenários de atendimento, a concomitância de múltiplas patologias

(plurimorbidade), a dificuldade de identificação de todos os problemas do idoso/enfermo (fenômeno do *iceberg*), a polifarmácia, as várias perdas associadas à idade e à doença, além da fragilidade, vulnerabilidade e terminalidade da vida (18). Conhecer e discutir antecipadamente as preferências dos pacientes não só humaniza a relação médico-paciente como também garante o respeito pela pessoa, seus valores e sua dignidade.

O novo Código de Ética Médica (CEM)(19), em vigor desde 2010, antecipa a questão do respeito à autonomia do paciente, reconhecendo a importância e a influência que a bioética principialista teve, nas últimas décadas, sobre a estrutura das relações entre médicos e pacientes. Dentre os 25 princípios fundamentais do exercício da medicina, o CEM exige que, "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 reconhecidas", além de que, "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." (CEM, Cap.I, XXI e XXII)

Desta forma, o reconhecimento ético-jurídico das diretivas antecipadas de vontade cumprirá um duplo papel: se, por um lado, proporcionará ao médico uma previsão legal para acatá-las, por outro, e principalmente, garantirá ao paciente ser tratado de acordo com sua própria vontade na sua terminalidade.

Concordamos com Siqueira quando afirma que "a bioética nutre permanente expectativa de que na prática clínica cotidiana a pessoa humana seja privilegiada em sua unidade biopsicossocial e espiritual (20)". Apesar de ainda presenciarmos uma atuação majoritariamente paternalista na assistência médica, é auspiciosa a posição do Conselho Federal de Medicina, colocando-se na vanguarda desta questão e estimulando a sociedade brasileira a discutir a possibilidade de respeitar as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, o que, certamente, contribuirá para diminuir os complexos problemas morais que permeiam o dia a dia dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Lebrão M. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva [internet], 2007; 4(17):135-140. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf Acesso em 08/03/2014.
2. World Health Organization (WHO) Health statistics and information systems. The global burden of disease: 2004 update. Disponível em: :http://www.who.int/gho/mortality_burdendisease/life_tables/situation_trends/en/ Acesso em: 20/05/2014.
3. Leeman J, Harrel JS, Funk SG. Building a research program focused on vulnerable people. West J Nurs Res. 2002; 24:103-11.
4. Mafra S. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet] 2011; 14(2):353-356. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a15 Acesso em: 08/03/2014.
5. ESPANHA. Ley 41, de 15 noviembre 2002. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
6. PORTUGAL. Lei 25, de 16 de julho de 2002. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).
7. ARGENTINA. Ley 26.529, sancionada en octubre 21 de 2009, promulgada de hecho en noviembre 19 de 2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Alterada pela Ley 26.742, sancionada en mayo de 2012, promulgada de hecho en mayo 24 de 2012.
8. CHILE. Ley 20.584, publicación en 24 de abril de 2012, fecha de promulgación en 13 de abril de 2012. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
9. URUGUAY. Ley 18.473, publicación en 21 de abril de 2009. Voluntad anticipada.
10. Conselho Federal de Medicina (CFM) Resolução nº 1995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf Acesso em: 03/05/2013.
11. Dadalto L. 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 2013 28:61-71.
12. Facchini Neto E. Reflexões histórico-evolutivas sobre a constitucionalização do Direito Privado. In: Sarlet IW (org.) Constituição, Direitos Fundamentais e Direito., 2ª ed., Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.
13. Goldim JR. Diretivas Antecipadas de Vontade. Comentários sobre a Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina/Brasil. Disponível em: http://www.bioetica.ufrgs.br/diretivas2012.pdf. Acesso em: 17/02/2014.
14. León Correa FJ. Las voluntades antecipadas: análisis desde las experiencias em ética clínica. Rev Colomb Bioética 2008; 2(3):83-101.
15. Gracia D. Pensar a Bioética: metas e desafios., 1ª ed., São Paulo: Loyola, 2010.
16. Tulsky JA, Emanuel LL, Martin DK, Singer PA. Advance care planning. In: Singer PA, Viens AM. (ed.) The Cambridge Textbook of Bioethics. New York: Cambridge Univ Press, 3 ed., 2009; p. 65-71.
17. Astudillo Alarcón W; Mendinueta Aguirre C, Astudillo Alarcón E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia., 1.ed. Quito: Editorial Universitaria, 1995.
18. Loch JA; Silva AC; Feijó AGS; Schwanke CHA. Envelhecimento e Bioética. In: Casado M; Luna F.(org.) Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica. Navarra: Editorial Aranzadi, 2012; p. 287-307.
19. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº1931/2009. Código de Ética Médica. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/index.asp Acesso em: 21/05/2014.
20. Siqueira JE. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. Revista Bioética 2008; 16 (1): 85-95.

✉ Endereço para correspondência
Instituto Bioética
Av. Ipiranga, 6681/prédio 50/703
90.619-900 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3320-3679
institutobioetica@pucrs.br

Recebido: 24/6/2014 – Aprovado: 29/6/2014