

Bioética clínica e a tutela jurídica da dignidade da pessoa humana do paciente idoso em Cuidados Paliativos

Clinical Bioethics and the Legal Guardianship of the Human Dignity of the Patient in Palliative Care. The Brazilian Reality

Bioética clínica y protección legal de la dignidad de la persona humana del paciente mayor en Cuidados Paliativos

Josimário Silva¹, Pedro Spindola²

¹ Professor Associado de Bioética do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco. Bacharel em Direito

² Prof. de Direito da Faculdade Católica Imaculada Conceição do Recife

Resumen

La enfermedad es una condición humana que a menudo trae sufrimiento, dolor, desesperanza e incertidumbre. Con el aumento gradual del número de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, con curso lento y progresivo, que cambian física, mental, social y espiritualmente al ser humano y ponen de manifiesto la dificultad de los seres humanos de mantener su capacidad de tomar decisiones con la integridad moral necesaria para ser entendidos como sujetos de derechos, incluso en su sufrimiento y lento camino hacia la muerte, es de suma importancia comprender las peculiaridades inherentes al proceso de la enfermedad que conciernen a la dignidad de la persona humana.

Palabras clave: Dignidad humana; Cuidados Paliativos; Bioética.

Abstract

Illness is a human condition that most often brings suffering, pain, hopelessness and uncertainty. Given the increasing number of people who suffer chronic non-transmittable diseases whose slow and progressive course leaves its physical, mental, social and spiritual mark on human beings, showing how difficult it is for human beings to maintain their decision-making capacity with the moral integrity necessary to be considered individuals with rights, even in their suffering and journey toward death, it is of paramount importance to understand the peculiarities inherent to this process concerning the dignity of the human person.

Keywords: Human Dignity; Palliative Care; Bioethics.

Resumo

A doença é uma condição humana que na maioria das vezes traz sofrimento, dor, desesperança e incertezas. Com o aumento gradativo do número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, com curso lento e progressivo, que modificam fisicamente, mentalmente, socialmente e espiritualmente o ser humano, e enfatizam a dificuldade de manter a capacidade de tomar decisões com a integridade moral necessária para ser compreendido como ser humano de direitos, mesmo em seu sofrimento e no seu caminhar lentificado para a morte, é de suma importância compreendermos as peculiaridades inerentes ao processo de adoecimento em relação à dignidade da pessoa humana.

Palavras chave: Dignidade Humana; Cuidados Paliativos; Bioética.

Introdução

A relação profissional/paciente na assistência em saúde é um fenômeno complexo, plural e conflitante, existente na atualidade, principalmente em um momento histórico da sociedade, onde as transformações sociais e morais estão sendo modificadas a todo momento. O modelo tradicional da relação profissional / paciente se ampliou e cede lugar ao modelo menos assimétrico denominado relação clínica, de tal maneira que o paciente e seus representantes legais passam a ter mais autonomia e maior capacidade de buscar as esferas jurídicas para tutelar direitos inerentes à sua condição humana.

Em um cenário permeado pelo paternalismo médico, muitas vezes torna-se difícil haver compreensão sobre valores e crenças do paciente, pois o modelo de assistência, ainda muito centrado na doença, esquece de considerar o doente como pessoa humana e a tensão aumenta quando esse paciente se contrapõe ao paternalismo médico, que é a imposição por parte do profissional da maneira de tratar sem considerar questões relativas à cultura, crença e valores do paciente.

O profissional deve respeitar o doente na sua integralidade, principalmente devido a sua vulnerabilidade e pela fragilidade causada pela idade avançada e a incerteza quanto à evolução da doença.

Os princípios fundamentais da ética biomédica, descritos no Relatório Belmont (1978) em função das pesquisas envolvendo seres humanos, que também são usados nas tomadas de decisões na assistência em saúde, se tornam ao mesmo tempo, tão importantes e tão frágeis, pois as práticas em saúde ocorrem em um cenário de ambiguidade, ainda pouco valorada as questões bioéticas e a forte presença do paternalista médico, centralizando as decisões no profissional, minimizando o respeito a autonomia do paciente, que é o sujeito mais vulnerável na relação médico/paciente e instituindo tratamentos que nem sempre conseguem promover maior benefício ao enfermo.

Com ênfase muito forte no modelo de assistência em saúde centrado na doença, as intervenções médicas ultrapassam limites e nem sempre consegue promover o bem do doente, o que eticamente seria uma má prática clínica, ou seja: quando a doença já está muito avançada e não responde aos tratamentos instituídos de forma eficaz, deixa de ser benefício e passa a ser malefício, contrariando um princípio fundamental da ética biomédica: a não maleficência que em seu significado dá um comando: “primeiro, não cause danos”. Princípio hipocrático que fundamenta a ação médica.

Quando os tratamentos se tornam ineficazes e a doença não consegue ser combatida com os meios existentes, persistir no tratamento é ir contra ao princípio bioético da beneficência. O processo decisório se torna frágil do ponto de vista ético, onde de um lado está o principal detentor das decisões: o paciente, com uma doença incurável, em seu estágio avançado, onde a competência decisória é reduzida e em muitas ocasiões é transferida para outrem (os representantes legais que nem sempre conseguem compreender a importância da participação do indivíduo acometido pela a doença nas tomadas de decisões), e do outro lado o profissional, que tem o dever de prestar a melhor assistência, de realizar os valores do paciente e não ferir o princípio da não maleficência.

Esse ainda é um processo frágil, o de tomada de decisão compartilhada, pois a ignorância na essência dos cuidados paliativos, como um modelo de assistência em saúde, necessário e ético, faz com que pacientes e familiares não tenham uma assistência eticizada e em consonância com a dignidade da pessoa humana. Essa alegação é claramente identificada quando os profissionais assistentes não têm formação mínima em cuidados paliativos.

Como proteger esse sujeito, é também uma preocupação do Direito, que entende a real vulnerabilidade desse enfermo e as interferências na sua autonomia, fragilizando ainda mais

A narrativa do ser que está em processo de morte, ressignifica a própria vida, o sentido maior de sua existência, sua biografia, seus valores e crenças: *yo soy yo y mis circunstancias.*

esse indivíduo como sujeito de direitos e de dignidade. A atividade jurisdicional do Estado surgiu para regular as relações entre os indivíduos que compõem a organização social, tutelando os direitos que cada um destes, já não mais pode individualmente defender ou autotutelar. De maneira geral, uma das funções do Estado é compor processualmente conflitos litigiosos, na busca de dar ao detentor do direito objetivo aquilo que é seu, atribuída ao Poder Judiciário nos termos do artigo 5º, XXXV da Constituição Federal de 1988.

Na Constituição Federal Brasileira, as características básicas da função jurisdicional e da correspondente tutela prometida pelo Estado encontram-se referidas no próprio texto da Constituição, principalmente em seu Art. 5º. Assim, ao mesmo tempo em que chama a si o monopólio do exercício da tutela dos direitos, proibindo consequentemente a autotutela, o Estado assume o compromisso de apreciar e, se for o caso, dispensar a devida proteção a toda e qualquer lesão ou ameaça ao direito.

O direito contemporâneo deve ter como uma de suas premissas a garantia dos direitos humanos, conferindo proteção aos sujeitos e à sociedade. O desenvolvimento dos direitos humanos, a sua proteção e os instrumentos de garantia que os Estados democráticos estabelecem em normas e princípios constitucionais, proporcionam à sociedade, a sensação de segurança quanto à proteção da dignidade.

Bioética clínica nas questões da finitude de vida

A Bioética Clínica é uma área do conhecimento que tem como principal função analisar os conflitos morais que ocorrem no atendimento ao paciente, em situações complexas, onde não há certeza sobre a melhor escolha ou dúvidas quanto ao melhor caminho a seguir. Com o avanço tecnológico ocorreram mudanças na forma de assistir ao paciente. Os hospitais passam por um processo de tecnologia bem acentuado, refletindo em diagnósticos precoces, prognósticos mais favoráveis clinicamente e tratamentos menos invasivos. O paciente passa a ter um arsenal de equipamentos altamente sofisticados e que permite ao médico identificar uma determinada doença com precocidade, dando ao paciente maiores possibilidades de recuperação e escolhas. Esse cenário na sociedade atual trouxe o conflito entre valores distintos e em muitas vezes as formas de mediações estão entre a Bioética e o Direito.

Há um dever ético de o profissional da saúde que é promover sempre o bem do paciente. Esse dever determina que suas ações tenham o objetivo de garantir as

máximas vantagens e os mínimos riscos aos pacientes. O princípio da não maleficência, determina uma abstenção: “primeiro, não cause danos”, em outras palavras, se uma ação é mais maléfica do que benéfica se abstenha de realizar. É o dever do profissional da saúde de não causar dano intencional ao paciente. Representa o dever ético do médico de abster-se de prejudicar o enfermo (Diniz, 2014: 25-45).

Deve o médico submeter o paciente a todas as intervenções possíveis para manter o paciente vivo? É eticamente correto manter o paciente sob tratamento a qualquer custo? Pode o médico não permitir que o paciente morra em um tempo “razoável” em função da gravidade da doença?

O princípio da autonomia estabelece o respeito à liberdade de escolha do paciente, para que ele possa consentir ou recusar, de forma autônoma, os procedimentos médico-hospitalares aos quais poderá ser

submetido. Trata-se de um novo enfoque na relação médico-paciente. Por um lado, há o dever do médico fornecer todas as informações do quadro diagnóstico do paciente, e, por outro, há o direito do paciente ser informado para que possa consentir ou recusar os procedimentos propostos. A autonomia se manifesta por meio do consentimento informado (Beca, 2007: 57-8). O princípio da autonomia também legitima o paciente a recusar ter o conhecimento do seu diagnóstico e prognóstico. Tutela também os interesses dos incapazes ou daqueles que não podem se expressar autonomamente. Nessas circunstâncias deve prevalecer a vontade do representante legal (Diniz, 2014: 25-45).

A bioética nas últimas décadas vem discutindo sobre quais devem ser os limites de intervenção necessários e prudentes sobre a conduta humana, para se evitar a distanásia, lembrando-se que o avanço tecnológico e científico na medicina e nas ciências da saúde possibilitou o aumento do poder de intervenção sobre o ser humano.

O modelo de assistência paternalista, ainda muito presente, intensifica a assimetria médico/paciente, de tal maneira que na maioria das vezes o paciente não tem conhecimento do tratamento e das consequências. A finitude da vida, no contexto da assistência, merece maior compreensão do seu significado.

Para Schrammn (2012: 73-78), o substantivo finitude é um neologismo que surgiu na língua inglesa durante o Século XVII, cujo o sentido é: “caráter daquilo que é finito”. Indica, de maneira geral, uma propriedade daquilo que é limitado no tempo e no espaço; de maneira específica, a condição humana entendida como limitada ou finita. Ainda para o mesmo autor, na expressão “finitude humana”, o substantivo “finitude” se refere a uma característica universal da condição existencial humana, que pode ser indicada também pelo termo vulnerabilidade (do latim *vulnus* “ferido”), ou seja, o fato de todo ser humano poder ser “ferido”, adoecer e sofrer.

Muitas vezes, os pacientes são levados para as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), onde são submetidos aos procedimentos invasivos, dolorosos e fúteis, do ponto de vista da beneficência. São submetidos aos tratamentos mesmo que não concorde.

Portanto, por estar exposto aos riscos da vida, em sua existência, o indivíduo pode passar da potencialidade, representada pela “vulnerabilidade” ao ato a tornar-se “vulnerado”. Isso poderá ocorrer quando estiver submetido à atualização dos riscos,

como no caso da instalação de um dano e, para quem se ocupa de saúde, das várias formas assumidas pelo fenômeno chamado “doença”. Neste sentido, a doença deve ser vista como o resultado de um processo, chamado adoecimento, em que a finitude e a vulnerabilidade se atualizam.

A cultura contemporânea não lida muito bem com a morte e a finitude e muitas vezes, o pensar na condição só ocorre quando o fato se instala. A nossa sociedade tem uma relação com a finitude de maneira paradoxal. Com efeito, os sentidos de “imperfeição” e de “falta”, herdadas da tradição medieval e moderna, se radicalizam, como na concepção do ser-para-a-morte (Heidegger, 2001).

O ser humano é marcado pela finitude, pela vulnerabilidade e pela precariedade da sua existência. Por mais que se deseje ou não, a imortalidade não nos pertence. Os

A Bioética Clínica lida com diversos conflitos de ordem moral e procura aclarar os fatos, tornando possível uma análise mais verticalizada de cada situação, possibilitando uma melhor tomada de decisão. Não é tomar a decisão pelo profissional assistente, até porque essa decisão é uma prerrogativa legal e por outro lado, a responsabilidade da decisão é pessoal, mas pode ser subsidiada de informações importantes para tornar essa decisão prudente.

avanços da medicina e da tecnologia, a ela aliados, têm proporcionado por um lado, a cura de inúmeras doenças, melhor qualidade, como também maior quantidade de vida. Por outro lado, a

medicina moderna é altamente tecnificada e essa realidade vem gerando sua interferência excessiva e muitas vezes sem limites. Por isso, teme-se hoje o prolongamento da vida em agonia, o sofrimento que desumaniza, que adia a morte e que não respeita a dignidade humana no momento da morte.

A mistanásia é a institucionalização da exclusão. As estruturas estatais civilizadas, especificamente o Estado brasileiro, que têm como função fundamental garantir, lutar, pela dignidade dos seus cidadãos, acabam direta ou indiretamente, devido a sua inoperância, anuindo, institucionalizando o fenômeno da mistanásia.

Um dos fundamentais deveres do Estado Democrático de Direito (especificamente o de Bem Estar Social), junto ao cidadão, em nome da vida digna, é garantia do direito de seguridade social (arts.194 -204 CF). O direito de seguridade social se divide em: direito de assistência social e o direito universal à saúde preventiva e terapêutica (arts.196 a 200 CF).

A mistanásia consiste na morte miserável, morte antecipada de uma pessoa, resultante da maldade humana ou da má prática médica. A ação médica também pode desencadear consequências ruins ao paciente, em função da conduta do profissional. Quando o médico age de forma negligente e imprudente, pode trazer ao paciente consequências negativas, mas que só podem ser apuradas a responsabilidade do profissional, mediante a culpa. Em uma das situações citadas, é necessário comprovação denexo de causalidade entre a ação do profissional (negligência, imperícia ou imprudência), e o resultado (dano = seqüela = iatrogenia), resultado esse que irá trazer algum tipo de dificuldade ao paciente (perda de função, limitação de função, dano estético, funcional ou emocional) (Silva 2017).

Para Silva (2017), uma conduta negligente se materializa quando o profissional assistente deixa de promover os meios necessários para um determinado fim. É não agir no dever de cautela, não ter uma conduta diligente. Por exemplo: um cirurgião que vai operar um paciente hipovolêmico e não solicita classificação e reserva sanguínea e o paciente morre por hipovolemia. A imprudência se caracteriza por subestimar ou desconsiderar uma necessidade importante, limites de uma determinada intervenção. Por exemplo: o cirurgião achando que já está próximo do término da cirurgia, não se preocupa com uma hemorragia do paciente e não estabiliza hemodinamicamente o paciente, e esse vem a falecer devido a uma parada pela sobrecarga do coração em função do choque hipovolêmico. Ou seja: por subestimar a condição clínica do doente e achar que teria condições de terminar a cirurgia em tempo hábil, o paciente morre pela sua ação imprudente. Na imperícia temos a situação onde o profissional ainda não reúne competências e habilidades para realizar um procedimento específico, resolver fazer e causa um dano ao paciente, ou seja: se o ato fosse realizado por um profissional habilitado, o resultado seria outro e não causaria danos ao paciente.

O grave problema da mistanásia se encontra no último direito em epígrafe, pois o Estado, poder social institucionalizado responsável pela organização do sistema público único de saúde e, paralelamente, pela fiscalização do sistema privado, não atinge o fim quantitativo e qualitativo adequado de prevenção e tratamento de doenças a todos, privando incontável número de cidadãos aos constitucionais direitos à saúde, integridade física e dignidade.

Com a exposição acima, queremos demonstrar a importância que tem o princípio da boa-fé objetiva para a relação profissional/paciente. Para esse princípio interessa as repercussões que certos comportamentos devem ter, como a confiança que as pessoas devem depositar em determinadas ocasiões, como por exemplo na relação médico/paciente. Para a boa-fé o que importa é a conduta honesta, leal e correta.

De acordo com a sistematização da jurisprudência alemã, que foi propagada no direito luso-brasileiro, o dever de atuar segundo a boa-fé deriva de três deveres (Lobo 2015: 81-83):

- a) De proteção: as partes envolvidas devem evitar quaisquer situações que possam causar dano à outra parte, seja pessoal ou patrimonial;
- b) De informação: a informação clara é fundamental para as tomadas de decisões, principalmente na relação de vulnerabilidade e hipossuficiente;
- c) De lealdade: a relação deve ser leal, sem enganar, sem mentir, principalmente se há uma assimetria acentuada nessa relação.

O juízo de valor não deve ser subjetivo no sentido de irradiar as convicções morais do tomador de decisões, que é o intérprete do caso concreto. Deve ser um juízo de valor tomado a partir de um ideal de justiça equitativa, ou seja: proporcional as necessidades postas do mais vulnerável, sempre observando e considerando os valores em jogo.

A boa-fé objetiva oferece dimensões como dever de conduta dos participantes da relação obrigacional, segundo fundamentos éticos como dever de otimizar a relação buscando ao máximo à harmonização entre os sujeitos com seus valores distintos. Podemos afirmar que a aplicação da boa-fé objetiva em uma situação concreta, depende do grau de intensidade da autonomia, ou seja: quanto maior é a autonomia e a simetria da relação, menos se invoca o princípio da boa-fé, tendo em vista que a relação é sinalagmática, é mais equilibrada entre os distintos personagens da relação, e o contrário é verdadeiro. Quanto maior a vulnerabilidade de uma das partes, mais importante ser invocado o princípio da boa-fé-objetiva (Lobo 2015 81-83).

Consideramos que a boa-fé objetiva não é um princípio dedutível, não é argumentativo dialético, mas sim uma diretiva para uma tomada de decisão em um caso concreto. Lembrando que cada relação obrigacional exige um juízo de valor e que deve ser levado em consideração o ambiente social em que o evento ocorre, considerando o momento e as circunstâncias presentes.

Cuidados paliativos

Segundo o *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* da Organização Mundial de Saúde (2014), os cuidados paliativos são considerados Direitos Humanos e o acesso a eles é altamente eficaz, no alívio da dor e do sofrimento de pessoas que vivem com uma doença limitante. Também de acordo com a Organização Mundial da Saúde, o cuidado paliativo representa o cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual são o mais importante. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias.

A população global está envelhecendo cada vez mais e portanto, vem gerando um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e doenças infecciosas (OMS, 2003). Estima-se que esta população carente de cuidados paliativos aumente significativamente nível global.

O movimento de cuidados paliativos, como entendido atualmente, começou na Inglaterra na década de 1970, quando foi fundado o Saint Christopher's Hospice por Cicely Saunders que tinha formação nas áreas de enfermagem, serviço social e medicina (Pessini, 2001).

Para a OMS (2006) existe um grande esforço contemporâneo no sentido de modificar a cultura dos cuidados na fase final da vida. Cuidado paliativo é uma "filosofia", um "modo de cuidar" que visa a aumentar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, tendo como objetivo a prevenção e alívio do sofrimento pelo controle dos sintomas. A sociedade brasileira vem vivenciando também o evento mundial do envelhecimento. Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, surgem no campo da saúde o grande desafio, que é cuidar de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e infecciosas.

As doenças crônicas não transmissíveis constituem problemas de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Na atualidade são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. Em 2020,

serão responsáveis por 80% das doenças em países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser de apenas 20% (OMS, 2003).

Os idosos, geralmente considerados como o grande grupo de risco, não estão sozinhos como vítimas das doenças crônicas, pois há evidências mundiais suficientes a respeito de crescentes números de jovens e pessoas de meia idade com algum tipo de problema de

As doenças crônicas estão relacionadas a multifatores, de início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, gerando incapacidades. Esse processo de adoecimento vai requerer intervenções apropriadas associadas a mudança de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que não leva à cura.

saúde crônico. Para Pessini e Barchifontaine (2008: 465-486) o aumento da expectativa de vida inseriu um novo problema: como lidar com as pessoas que estão vivendo/morrendo? Se os extraordinários avanços obtidos no século XX no âmbito da medicina propiciaram o prolongamento da vida, acarretaram também novas formas de sofrimento e levaram ao questionamento dos limites éticos a respeito da busca de meios para a sua preservação (Caponero, 2006: 2051-2058).

Se por um lado a expectativa de vida vem aumentando, por outro vem aumentando o número de pessoas que precisam de uma melhor assistência para o enfrentamento das doenças progressivas, crônicas e debilitantes.

Em 1990 a OMS definiu pela primeira vez, para 90 países e em 15 idiomas, o conceito e os princípios de cuidados paliativos, reconhecendo-os e recomendando-os. Tal definição foi inicialmente voltada para os portadores de câncer, preconizando-os na assistência integral a esses pacientes, visando os cuidados de final de vida. Junto com a prevenção, diagnóstico e tratamento, os cuidados paliativos passam a ser considerados um dos pilares básicos da assistência ao paciente oncológico (OMS, 2012).

Em 2002, o conceito foi revisto e ampliado, incluindo a assistência a outras doenças como aids, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas.

Em 2004, um novo documento publicado pela OMS, *The solid facts – Palliative Care*, reitera a necessidade de incluir os cuidados paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas, inclusive em programas de atenção aos idosos.

Em 2017 a OMS estabelece um novo conceito. O cuidado paliativo é definido como uma abordagem com foco na qualidade de vida dos pacientes, seja adulto ou pediátrico, e de seus acompanhantes/cuidadores que enfrentam doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando os sofrimentos destes, através da identificação precoce, avaliação e tratamento dos sintomas, tanto dos problemas físicos, como psicossociais e/ou espirituais.

A Organização Mundial de Saúde 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 (OMS, 2012).

Apesar de já ser uma prática instituída no Brasil, que vem ganhando espaço gradativamente, ainda existem situações de extrema relevância que precisa ser discutida. Uma delas é a autonomia do enfermo. Até que ponto a autonomia do enfermo é respeitada? As ações em cuidados paliativos são permeadas de incertezas e situações de fronteiras que envolvem o campo da ética teleológica, da medicina e do direito.

Mas se um enfermo está em processo de evolução da doença, com o curso arrastado do processo morte, onde nem sempre tem sua capacidade decisória clara, como pode participar de decisões que dizem respeito à sua vida e à sua morte? Como fazer valer seus direitos e valores nas tomadas de decisões na relação de assistência em saúde quase sempre paternalista? Como a decisão do paciente pode ser respeitada?

Há situações, porém, de incapacidade da pessoa para exercer esse direito, como, por exemplo, no caso das demências, de algumas doenças neurológicas, psiquiátricas e em pessoas com graves sequelas. Nesse cenário, um representante legal assume a responsabilidade da

tomada de decisão junto aos profissionais (Burlá, 2016: 1139-1141). Na ausência de um representante, o profissional, particularmente o médico, tem a obrigação ética de prestar tratamento proporcional às demandas do paciente, na legitimidade dos preceitos da Bioética (Drane e Pessini, 2005).

No contexto atual, existem em alguns hospitais os Comitês de Bioética Clínica, que pode ser denominada como um colegiado multiprofissional de natureza autônoma, consultiva e educativa, que atua em hospitais e instituições assistenciais de saúde, com o objetivo de auxiliar na reflexão e na solução de questões relacionadas à moral e à bioética que surgem na atenção aos pacientes. Nesse sentido o Conselho Federal de Medicina, elaborou a Recomendação nº 8 de 2015 que orientava a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética. (CFM 2015).

Diferentemente dos países onde o Cuidados Paliativos está mais desenvolvido, o Brasil não dispõe de nenhuma política de saúde pública que estruture ou oriente especificamente o desenvolvimento do CP.

Entre as poucas políticas públicas que mencionam Cuidados Paliativos no país estão as Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, e sua atualização, a PORTARIA nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, assim como a PORTARIA nº 483, de 1 de abril de 2014. A primeira define e a segunda atualiza os critérios para atuação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. A terceira redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

No entanto, embora o termo “paliativo” seja mencionado diversas vezes nos três documentos, e a oferta de cuidado paliativo seja considerado como obrigatória para que um centro seja credenciado como um CACON, não há em nenhum dos três documentos, nenhuma especificação do que seria necessário para seu funcionamento ou regulamentação. O que há é uma nota na Portaria de 2005 mencionando que “os

Cuidados Paliativos deverão obedecer às regulamentações específicas do Ministério da Saúde para a área”.

Tutela jurídica ao idoso em cuidados paliativos

Na década de 1980, vários movimentos sociais ocorreram no Brasil que tinham como bandeira a valorização e respeito à pessoa idosa, e esses movimentos foram a base da construção de fundamentos que serviram para o legislador incluir esse tema na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a proteção e o amparo jurídico ao grupo. Entretanto, a Constituição somente apontou os princípios de forma ampla acerca do tema, dando um tratamento programático, sem apontar políticas específicas para esta parcela da população.

A Constituição Federal, em seu artigo 5º, caput, estabelece, como um dos seus princípios basilares, o direito inviolável à vida, sendo certo que o Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406/2002) dispõe, em seu artigo 2º, que a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro, e em seu artigo 4º estabelece que são incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade.

A proteção à pessoa humana é um fundamento constitucional, jurídico e ético que deve ser enfatizado e publicizado de tal forma que se torne uma máxima universal como diria Kant. Para Kant o Direito está fundamentado em dois princípios, o princípio da avaliação o “*pricipium diiudicationes*” e o princípio de execução “*principium executiones*” que são princípios de ações no Direito. O *principium diiudicationes* estabelece que toda a ação é direita, mas para tal, a ação ou a liberdade de escolha deve ser de acordo com uma máxima, que é poder coexistir com a liberdade de todos segundo uma lei universal. Esse princípio é considerado por Kant como “o princípio universal do Direito”, devido ao fato que o mesmo estipula um critério para aplicação do predicado “direito” sendo com isso o fundamento para os juízos que utilizamos nos fundamentos para realizar nossas ações no Direito.

O segundo princípio kantiano diz: “Age externamente de tal maneira que o uso livre do teu arbítrio possa coexistir com a liberdade de todos segundo uma lei universal”. A esse princípio Kant denomina “a lei universal do Direito”, pois são ações necessárias para todos os agentes dotados de razão. Como os agentes morais são imperfeitos racionalmente, e com isso muitas vezes a razão não prevalece, surge então “a lei universal do Direito” como um imperativo, que é a maneira pela qual as leis práticas se apresentam a um arbítrio imperfeitamente racional.

É importante frisar que os dois princípios tratam da mesma condição, ou seja: das “ações externas compatíveis com a liberdade de todos segundo uma lei universal, tomadas conformes ao Direito”. Mas também é importante entender que os dois princípios são distintos tendo em vista que o primeiro dá uma regra para a nossa faculdade de “julgar” e no segundo dá uma regra para a faculdade de “escolher”.

No cuidado humano, a tutela protetiva é necessária e ela parte da relação clínica que como qualquer relação humana exige a integração dos diversos sujeitos com um fim maior, que é promover valores.

Em uma percepção kantiana seria a máxima universal. Por mais vulnerável que o paciente possa

estar, é imprescindível considerar sua autonomia. Em Bioética a palavra autonomia é originária do grego e é um conceito fundamental, e se refere a uma relação inter-humana entre sujeitos que podem se relacionar entre si, mas na realidade esse conceito não é posto em prática de forma adequada.

A relação clínica ao longo da história se concretiza de forma paternalista. É uma relação vertical. Nessa relação existe uma pessoa com um saber específico que tem um poder de mando, como em uma guerra, o general tem o poder de mando que por meio de estratégias definem as ações, e de acordo com Aristóteles todas as relações humanas são assim, pois sem haver uma liderança, um comando central as ações humanas podem não atingir seus objetivos, por falta de estratégias, de orientações. Nas casas de família gregas, as casas agrícolas das grandes famílias gregas, havia alguém com poder de mando, que era o chefe de família. Esse chefe de família mandava em seus escravos (criados, escravos domésticos), pois era das funções do chefe desse clã, e como dizia Aristóteles: o chefe da casa quando manda nos criados (em grego o termo que se utiliza é “*despoter*”) não manda buscando os benefícios dos criados e sim seu próprio benefício.

Paralelamente o amo teria que também que pensar no benefício do criado, pois se desaparece um dos criados, desaparece também o domínio do amo. Nessa mesma linha, quando o Pater manda em seus filhos, não pensa no benefício do filho e sim em seu benefício. Na relação clínica os médicos ao longo da história incorporaram essa ideia agindo ora de forma paternalista, ora de forma despótica. Na ética médica, o profissional busca o benefício ao doente, só que esse benefício se dá na ótica do médico e não do paciente.

Com a Lei 10.741/2003 conhecida como o Estatuto do Idoso, abre-se espaço para maior observação sobre agravos que possam está ocorrendo ao idoso principalmente o institucionalizado. O estatuto do idoso é um sistema de proteção jurídica de grande relevância para a proteção da dignidade. Nesse estatuto em seu artigo terceiro, coloca a família, a comunidade, a sociedade e o poder público como guardiões dessa proteção. O estatuto impõe um importante mecanismo jurídico de proteção quando diz em seu artigo 4º que nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. E no parágrafo 1º afirma que é dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

Essa discussão toda é para comprovar que a relação profissional/paciente assume esse caráter de assimetria onde as decisões são concentradas no profissional e o paciente não participa dessa decisão. Quando o paciente não participa da decisão relativas à sua saúde e a sua vida, é tirada dele a sua dignidade, sendo mais comum quando o paciente é idoso, onde sua fragilidade e vulnerabilidade intensificam o poder de intervenção de outros que nem sempre buscam seu melhor interesse.

Nas tomadas de decisões clínicas, em cuidados paliativos, o estatuto do idoso é invocado quando práticas médicas desproporcionais venham a ser instituídas ou em situações onde familiares e cuidadores possam interferir no plano terapêutico instituído pelas as equipes assistenciais que possam trazer algum tipo de malefício ao paciente.

Na jurisprudência comentada, vem à baila o descaso com a vida humana de pessoas de elevada vulnerabilidade e o abandono, violação da integridade física, psíquica e

moral. O sujeito moral é coisificado em seus valores, crenças, autonomia e imagem, conduta vexatória e extremamente violenta a sua dignidade.

Demonstra a ausência do poder estatal como protetor para colocar a salvo de qualquer violação de direitos constitucionais.

Com a Lei 13.146/15, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, dispositivos protetivos que beneficiam a pessoa idosa foram elaborados pelo legislador para que na prática pudessem ser usados em favor da pessoa idosa em cuidados paliativos e com capacidade intelectual de tomar decisão. As mudanças após a instituição do Estatuto da Pessoa com Deficiência e o novo Código de Processo Civil, enfatizou o instituto da Curatela que é a aptidão que toda pessoa humana pode ser titular de direitos e contrair obrigações. Essa aptidão é denominada de personalidade jurídica e tem início a partir do nascimento com vida, ressalvados, desde a concepção, os direitos do nascituro. Embora todos possam ser sujeitos de direito, a prática irrestrita dos atos da vida civil só é autorizada a quem o ordenamento considera plenamente capaz, portanto, há uma distinção entre a personalidade jurídica e a capacidade jurídica.

Com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, um novo paradigma se instala no instituto da incapacidade, que passa a ser regra à capacidade plena e não a relativa, que passa a ser a exceção. A curatela é destinada à proteção de pessoas que, em tese, são capazes de praticar por si atos da vida civil, sem a interferência de terceiros, mas, em razão de uma doença estarem incapazes temporariamente ou permanentemente incapazes de gerir sozinho a própria vida. Assim, a curatela é usada para as pessoas que se tornaram dependentes do amparo de outras pessoas, necessitando desta para praticar atos da vida civil considerados válidos e eficazes no mundo jurídico.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência trás o instituto da Tomada de Decisão Apoiada, que é inspirado na legislação italiana e tem por finalidade beneficiar a pessoa com capacidade psíquica plena, entretanto com impossibilidade física ou sensorial, a exemplo dos tetraplégicos, cegos, sequelados de AVC, demenciados, pessoas com doenças degenerativas. É o processo pelo qual a pessoa com deficiência, e no caso de paciente em cuidados paliativos, que pela a evolução da doença vai ter dificuldade nas tomadas de decisões, elege pelo menos duas pessoas idônea, com as quais mantenha vínculos e que gozem de confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, e aqui entenda-se decisões de saúde, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade.

Pacientes idosos com doenças crônicas não infecciosas, na maioria das vezes podem ser mantidos em unidades de longa permanência ou hospitais de retaguardas, devido ao fato de serem pacientes que precisam de tratamentos e cuidados de manutenção, que é o principal perfil de pacientes em cuidados paliativos. O Conselho Federal de Medicina em sua resolução 1805 de 2006 em seu artigo 41 diz: É vedado abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. E no parágrafo único completa: Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal.

A hospitalização de uma pessoa idosa é algo que provoca muitos transtornos emocionais no paciente, além de promover oportunidade de certas intervenções invasivas que vai debilitando ainda mais o paciente. As intervenções invasivas em uma paciente idoso produz sofrimento. Quando se trata de uma condição aguda que pode ser reestabelecido o status performance do paciente, se justifica, mas as vezes os limites tênues entre fazer o benefício e evitar o malefício pode não ser identificado e a tendência é continuar as intervenções sob a máxima de fazer tudo pelo doente.

Um elemento importante, é a comunicação. Essa comunicação deve ser empática pois a empatia é uma virtude de acolhimento e de validação do sofrimento do outro, onde esse outro é o elemento de ressignificação de quem está na condição de cuidar. É a informação que promove a capacidade de identificar alternativas e fazer escolhas.

A relação que existe entre o paciente e o médico, é uma prestação de serviços especial a cujo objeto engloba deveres anexos, de suma relevância, para além da intervenção técnica dirigida ao tratamento da enfermidade. O dever de informação é a obrigação que possui o médico de esclarecer o paciente sobre os riscos do tratamento, suas vantagens e desvantagens, as possíveis técnicas a serem empregadas, bem como a revelação quanto aos prognósticos e aos quadros clínico e cirúrgico, salvo quando tal informação possa afetá-lo psicologicamente, ocasião em que a comunicação será feita a seu representante legal. O princípio da autonomia da vontade, ou autodeterminação, com base constitucional e previsão em diversos documentos internacionais, é fonte do dever de informação e do correlato direito ao consentimento livre e informado do paciente e preconiza a valorização do sujeito de direito por trás do paciente, enfatizando a sua capacidade de se autogovernar.

Haverá efetivo cumprimento do dever de informação quando os esclarecimentos se relacionarem especificamente ao caso do paciente, não se mostrando suficiente a informação genérica. Da mesma forma, para validar a informação prestada, não pode o consentimento do paciente ser genérico (*blanket consent*), necessitando ser claramente individualizado. O dever de informar é dever de conduta decorrente da boa-fé objetiva e sua simples inobservância caracteriza inadimplemento contratual, fonte de responsabilidade civil per se. A indenização, nesses casos, é devida pela privação sofrida pelo paciente em sua autodeterminação, por lhe ter sido retirada a oportunidade de ponderar os riscos e vantagens de determinado tratamento, que, ao final, lhe causou danos, que poderiam não ter sido causados, caso não fosse realizado o procedimento, por opção do paciente.

O ônus da prova quanto ao cumprimento do dever de informar e obter o consentimento informado do paciente é do médico ou do hospital, orientado pelo princípio da colaboração processual, em que cada parte deve contribuir com os elementos probatórios que mais facilmente lhe possam ser exigidos. A responsabilidade subjetiva do médico (CDC, art. 14, §4º) não exclui a possibilidade de inversão do ônus da prova, se presentes os requisitos do art. 6º, VIII, do CDC, devendo o profissional demonstrar ter agido com respeito às orientações técnicas aplicáveis.

Inexistente legislação específica para regulamentar o dever de informação, é o Código de Defesa do Consumidor, o diploma que desempenha essa função, tornando bastante rigorosos os deveres de informar com clareza, lealdade e exatidão (art. 6º, III,

art. 8º, art. 9º). 10. Recurso especial provido, para reconhecer o dano extrapatrimonial causado pelo inadimplemento do dever de informação.

Nesse mesmo alinhamento, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução nº 1995/2015 que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. As diretivas antecipadas de vontade é um conjunto de desejos, prévios 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.

Mas nem sempre esse dispositivo é usado, principalmente com pacientes idosos, ficando ao encargo da família decidir o que deve ser feito ao paciente, demonstrando mais uma vez o dano à dignidade da pessoa humana. 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 à Câmara Técnica de Bioética do Conselho Regional e/ou Federal de Medicina para ter um parecer e com isso fundamentar sua decisão no âmbito dos conflitos éticos.

Ainda centrado na premissa de não promover tratamentos fúteis aos pacientes idosos em cuidados paliativos, o Conselho Federal de Medicina elabora outra Resolução, a Resolução CFM nº 2156/2016 que estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva, considerando 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. E a internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devem ser baseadas em potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.

De forma mais efetiva, já tramita no Senado Federal o PL (Projeto de lei) nº 149 de 2018, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde. O legislador vendo a importância que tem o tema, começa a se debruçar sobre uma Lei que possa atender à necessidade dos pacientes idosos em cuidados paliativos, de forma impositiva, para que não haja nenhuma interpretação diversa da importância desse cuidado. A proteção à pessoa idosa é um grande desafio que deve envolver várias esferas, desde os cuidadores e responsáveis, aos profissionais de saúde e ao poder estatal com todos seus mecanismos jurídicos e legislativos. Percebe-se que há muito a percorrer para que possamos compreender que o país está em uma nova era, onde o envelhecimento é crescente e o adoecimento uma realidade.

O idoso em cuidados paliativos ainda enfrenta muitas barreiras, sejam culturais, religiosas, econômicas, políticas e de crenças que não permite um processo de morte com dignidade.

Precisamos nos aprofundar no tema e buscar formas de romper essas barreiras e promover institutos protetivos que venha atender à necessidade dessa população, a qual

em breve estaremos fazendo parte, mas não queremos ser mais um número na estatística e sim uma pessoa humana com dignidade e tratada com dignidade.

Considerações finais

Apesar de todo o avanço nas questões relativas aos cuidados paliativos no Brasil, ainda não foi preenchida plenamente a lacuna legislativa e jurídica que efetivamente possam proteger o paciente em cuidados paliativos na sua dignidade como pessoa humana, como por exemplo na autonomia da vontade. O princípio da autonomia que se manifesta por meio do consentimento informado, é um pilar da dignidade da pessoa humana, mas no caso de pacientes idosos, mesmo lúcido, consciente e orientado, nem sempre é respeitada, principalmente quando há interferências familiares que se posicionam contrária a vontade do paciente, ou pela tentativa de proteção diante de uma má notícia, ao profissional é exigido que não fale a verdade sobre o diagnóstico, em especial quando o prognóstico já é bem desfavorável ao tratamento curativo.

Associado a esses aspectos, existem situações em que o prolongamento de intervenções médicas que já não promove o bem do doente, é implementado ou por imposição da família, que impõe sua vontade alegando processar o profissional, ou pelo profissional que acredita estar fazendo o melhor ao paciente, devido a crença de usar todos os recursos tecnológicos possíveis ou a sacralização da vida na percepção da heteronomia.

Alguns profissionais por não ter conhecimento das questões normativas e bioéticas, terminam aceitando a imposição da família para evitar judicialização. Como os limites clínicos muitas vezes são imprecisos e as questões bioéticas ainda mais, alguns profissionais tem recorridos às Comissões de Bioética Clínica para solicitar pareceres e dessa forma está mais embasado em suas decisões. A Bioética como instituto ético, vem promovendo maior entendimento nos dilemas e conflitos morais que ocorrem nas tomadas de decisões, mas ainda há insegurança nos profissionais de saúde nas questões relativa ao direito. O medo de processo ainda é muito forte no meio médico e mesmo com as resoluções do Conselho Federal de Medicina, o médico não se sente plenamente confiante para tomar decisão como suspender tratamento ou não reanimar um paciente em fase final da doença.

O tema da finitude nos remete a questões culturais e de sacralidade da vida, tornando ainda mais complexa a discussão. Apesar de alguns dispositivos normativos existentes, é senso comum alegar hiato jurídico no que tange às normas e isso gera muitas dúvidas nas tomadas de decisões clínicas, onde muitas vezes condutas clínicas são adotadas ou deixada de serem adotadas em função dessas dúvidas quanto aos dispositivos legais.

Percebe-se que um paciente em cuidados paliativos exige do Estado toda a proteção para promover a melhor assistência de acordo com as necessidades clínicas do paciente. Devemos considerar que o paciente em cuidados paliativos em processo de evolução da doença, vai perdendo a competência decisória e capacidade funcional, ficando delegada essa função ao médico e cuidadores, tirando do paciente a sua autonomia e conseqüentemente a sua dignidade enquanto pessoa humana.

O trabalho procurou mostrar que no Brasil, a partir da Carta Magna, que é genérica, já existem legislações que fundamentam e dá segurança jurídica para as decisões sejam tomadas sem medo da judicialização. Enfatiza-se que tais decisões sejam construídas, deliberadas e compartilhadas com paciente e família, destituindo o paternalismo

médico que desconsidera o paciente de sua dignidade, de seu poder decisório, pois o mesmo não participa na maioria das vezes da tomada de decisão.

O Direito tem uma importante missão no seu processo de adaptação social pois estabelece a ordem e a paz comum, pois a vida em sociedade pressupõe organização. A sociedade cria o Direito no intuito de formular as bases da justiça e da segurança. No que se refere à proteção da dignidade da pessoa humana em cuidados paliativos, o Direito deve ser uma expressão da vontade social, de tal maneira que possa subsidiar a tomada de decisão no cuidado de pessoas com dignidade, mas vulneráveis.

Bibliografía

- Andorno, R. (2012). *Bioética y Dignidad de la Persona*. Madrid: Tecnos.
- Arendt, H. (1991). *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Beauchamp T. L., Childress J. F. (1994). *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola.
- Beca J. P. (2007). Bioética: princípios, matizes culturais anglo-americanos, europeus e latino-americanos. In: Pessini L., Barchifontaine C. P. *Problemas atuais de bioética*. (8 ed.) São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 57-8.
- Boécio, A. M. T. (2016). *A consolação da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal.
- Burlá, C.; Ligia, P. Y. (2016). Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, 1139-1141.
- Byock, I. (2009). *Principles of Palliative Medicine*. In: Walsh, D. et al. *Palliative Medicine*. [An Expert Consult Title]. USA, Philadelphia: Saunders Elsevier, 33-41.
- Caponero, R., Zapata, L. L. M. (2008). Cuidados paliativos. In: Guimarães, J. R.Q. *Manual de Oncologia*. São Paulo: BBS, 2051-2058.
- Carvalho, G. M. (2001). Implicações éticas fundamentais. In: Carvalho GM. *Aspectos jurídico-penais da eutanásia*. São Paulo: IBCCRIM, 61-93.
- Clotet, J. (2000). Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil. Edipucrs (RS).
- Comité National de Bioethique Ptalie (1994). Information et consentment concernant l'acte médical, 20 juin 1992: conclusions. *Intern J Bioeth*; 1:42-3.
- Conselho Federal de Medicina (2016). Recomendação CFM n. 1/. [acesso em 12 dez 2019] Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf.
- Cuyas, M. (1987). *L'accanimento terapeutico e l'eutanasia*. *Dolentium Hominum*, 23, 30.
- Diniz, M. H. (2014). Bioética e Biodireito. Bioética: sua delimitação conceitual e seus problemas. In: Diniz MH. *O estado atual do biodireito* (5a ed.). São Paulo: Saraiva, 25-45.

- Drane J., Pessini L. (2005). *Bioética, medicina e tecnologia desafios éticos na fronteira do conhecimento humano*. São Paulo (SP): Edições Loyola.
- Duncan, B. B. e cols. (2012). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*, 46(1), 126-134.
- Fortes P. A. C. (2007). A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa. *Rev Assoc Med Bras*, 53(3), 195-7.
- Goulart, F. A. A. (2011). *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde. Recuperado em 25 junho, 2014. [acesso em 15 dez 2019]. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-cronicas_flavio1.pdf.
- Heidegger, M. (2001). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística]. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil* [acesso em 25 jan 2020]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>
- Jiménez de Asúa, L. (1942). *Libertad para amar y derecho de morir*. Buenos Aires: Losada.
- Lepargneur, H. (1999). Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. *Bioética* 7(1), 41-48.
- Lobo, P. L. N. (2015). *Teoria Geral das Obrigações*. São Paulo: Editora Saraiva, 81-83.
- Lopes, A. C., Lima, C. A., Santoro, L. F. (2014). Aspectos éticos: eutanásia, ortotanásia e distanásia à luz dos fundamentos e dos princípios da bioética. In: Lopes AC, Lima CA, Santoro LF. *Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos*. (2a ed. atual. Ampl.). São Paulo: Editora Atheneu, 106-121.
- Marina, C. S. (2005). O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos Envelhecimento*, 8(1),1-10.
- Martin, L. M. (1998). Eutanásia e distanásia. In: SIF Costa, G. Oselka & V. Garrafa (orgs.), 171-192.
- Moragas, R. M. (1997). *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Paulinas.
- Moreira, R. M., Santos, C. E. S., Couto, E. S., Teixeira, J. R. B., & Souza, R. M. M. M. (2013). Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(1), 27-38. [acesso em 20 dez 2019]. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17629/13128>.
- Neukamp, F. Z. (1937). Problem der Euthanasie. *Der Gerichtssaal*, 109, 403.
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília.
- Organização Mundial da Saúde (2012). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Genève.
- Perez, J. G. (2017). *La dignidad de la persona*. Madrid: Civitas.

Pessini, L. (1995). *Morrer com dignidade: como ajudar o paciente terminal* (2nd.). Aparecida: Santuário.

Pessini, L. (2001). *Distanásia: Até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola,

Pessini, L., Barchifontaine, C. P. (2008). A morte e o morrer e os cuidados paliativos. In: Pessini, L., Barchifontaine, C. P. *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Loyola, 465-486.

Santoro, L. F. (2010). A necessidade de uma correta definição. Ortotanásia. In: Santoro L.F. *Morte digna: o direito do paciente terminal*. Curitiba, Juruá, 107-140.

Santos, V. D., Massarollo, M.C.K.B. (2004). *Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidades terapêuticas: uma questão bioética*. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 12, n. 5, 790-796.

Sarlet, I. W. (2010). *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. (8. ed.). Porto Alegre: Livraria do Advogado.

Schramm, F. R. (2012). Finitude e Bioética do Fim da Vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(1), 73-78.

Silva, J. (2017). *Bioética: um olhar bioético de quem cuida do final de vida*. Olinda (PE): Editora Nova Presença.

Suetônio (2002). *A vida dos doze Césares*. Tradução de Sady-Garibaldi. (2a ed), São Paulo: Prestígio Ed.

Veras, R. P. (2002). *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará.

World Health Organization (2006). *WHO definition of palliative care*. [acesso em 30 dez 2019]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.