

ORGANIZADORES:  
GIANA LISA ZANARDO SARTORI  
RAMIRO RONCHETTI  
ARNALDO NOGARO

ISBN 978-65-88528-61-7

# OS DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA 2023

Volume III



# **OS DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA**

Volume III

**OS DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA**

Volume III

**Giana Lisa Zanardo Sartori**  
**Ramiro Ronchetti**  
**Arnaldo Nogaro**  
(ORGANIZADORES)



**ERECHIM-RS**

**2023**

Todos os direitos reservados à EDIFAPES.

Proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma e por qualquer meio mecânico ou eletrônico, inclusive através de fotocópias e de gravações, sem a expressa permissão dos autores. Os dados e a completude das referências são de inteira e única responsabilidade dos autores.

Editoração/Diagramação: EdiFAPES

Revisão: Organizadores

Capa: (Assessoria de Marketing, Comunicação e Eventos /URI Erechim)

### **Conselho Editorial:**

Adilson Luis Stankiewicz (URI / Erechim/RS) - Presidente

Arnaldo Nogaró (URI / Erechim/RS)

Cláudia Petry (UPF / Passo Fundo/RS)

Elcemina Lucia Balvedi Pagliosa (URI / Erechim/RS)

Elisabete Maria Zanin (URI /Erechim/RS)

Jadir Camargo Lemos (UFSM / Santa Maria/RS)

Maria Elaine Trevisan (UFSM / Santa Maria/RS)

Neila Tonin Agranionih (UFPR / Curitiba/PR)

Sérgio Bigolin (URI / Erechim/RS)

Yuri Tavares Rocha (USP / São Paulo/SP)

Des44 Os desafios da ética médica e da bioética na medicina [recurso eletrônico] / organização  
Giana Lisa Zanardo Sartori, Ramiro Ronchetti, Arnaldo Nogaró. - Erechim, RS: EdiFAPES,  
2023.

1 recurso eletrônico

Modo de acesso: [www.uricer.edu.br/edifapes](http://www.uricer.edu.br/edifapes)

Editores EdiFAPES (acesso em 10 mar. 2024).

ISBN 978-65-88528-61-7

1. Ética médica 2. Relação médico - paciente 3. Telemedicina 4. Distanásia 5. Cuidados  
paliativos 6. Ortanásia I. Sartori, Giana Lisa Zanardo II. Ronchetti, Ramiro III. Nogaró,  
Arnaldo

C.D.U.: 614.253

Catálogo na fonte: bibliotecária Sandra Milbrath CRB 10/1278



**EDIFAPES**

Livraria e Editora  
Av. 7 de Setembro, 1621  
99.709-910 – Erechim-RS  
Fone: (54) 3520-9000  
[www.uricer.edu.br](http://www.uricer.edu.br)

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	5
VACINAÇÃO OBRIGATÓRIA E AUTONOMIA: OS IMPACTOS DE UMA DECISÃO INDIVIDUAL SOBRE O COLETIVO .....	7
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: BUSCA PELA AUTONOMIA DO PACIENTE .....	12
IMPLICAÇÕES DA ERA DIGITAL NA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE.....	16
ÉTICA E BIOÉTICA EM TELEMEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	20
A AUTONOMIA DIANTE À FINITUDE E A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA .....	24
PRINCÍPIOS BIOÉTICOS NA MANUTENÇÃO DA AUTONOMIA DO IDOSO .....	29
CUIDADOS PALIATIVOS: UM DESAFIO NECESSÁRIO NO CONTROLE DE SINTOMAS PAUTADO EM PRINCÍPIOS BIOÉTICOS .....	34
ORTOTANÁSIA NA FORMAÇÃO MÉDICA.....	40

## APRESENTAÇÃO


A Ética Médica e a Bioética na Medicina.

Em 2022, seguindo a proposta dos anos anteriores para avaliar os conteúdos da disciplina de Ética Médica e Bioética, na turma 2020 do Curso de Medicina da URI Erechim, os acadêmicos se voltam para a pesquisa de temas importantes para a formação profissional.

Nosso principal objetivo é promover a compreensão dos fundamentos e princípios éticos e bioéticos, necessários e imprescindíveis para a atuação na profissão médica. Além disso, fomentar o reconhecimento e a importância dos princípios e valores norteadores da relação médico com pacientes, com familiares, com alunos, com colegas de profissão e de trabalho, com todas as pessoas, a partir do respeito à dignidade humana, à igualdade, à liberdade.

Prezar pela vida e pela saúde, fortalecidos pela Ética e pelo conhecimento técnico científico, alicerçados em humildade científica.

O desafio que foi sendo proposto para as turmas 2018 e 2019, foi aceito também pela 2020. Os acadêmicos estudaram, pesquisaram e apresentaram seus resumos expandidos para a finalização da disciplina e consequente avaliação final, os assuntos buscaram evidenciar alguns aspectos mais complexos e delicados na abordagem médica tais como: Vacinação obrigatória e autonomia: os impactos de uma decisão individual sobre o coletivo; Diretivas antecipadas de vontade: busca pela autonomia do paciente; Implicações da era digital na relação médico paciente; Ética e Bioética em telemedicina na atenção primária à saúde; A autonomia diante à finitude e a obstinação terapêutica; Princípios bioéticos na manutenção da autonomia do idoso; Cuidados Paliativos: um desafio necessário no controle de sintomas pautado em princípios bioéticos; Ortotanásia na formação médica.



A publicação em formato *e-book* é um incentivo à produção científica, mesmo que, na forma mais simples, porém enriquecidos pela motivação em buscar aprimoramento dos escritos acadêmicos. O Terceiro Caderno é a demonstração de comprometimento com a educação em Ética e Bioética no Curso de Medicina da URI Erechim.

A vida é feita de sonhos, anseios, expectativas, realizações, mas acima de tudo de vivências e práticas positivas. Sempre é possível ser pessoa e profissional ético.

Os organizadores!

# VACINAÇÃO OBRIGATÓRIA E AUTONOMIA: OS IMPACTOS DE UMA DECISÃO INDIVIDUAL SOBRE O COLETIVO

BAGGIO, Julia Luiza Zanella  
BRESSAN, Juliane Fátima  
DEMARCO, Anna Júlia  
GASPARETTO, Nicole  
PIOVESAN, Gabriele Lígia  
SILVEIRA, Laura dos Santos  
RIGO, Naiane Ronsoni

## 1 INTRODUÇÃO

Vacinação é a introdução de um agente biológico no organismo, objetivando uma ativação do sistema imune e a produção de defesas para a proteção contra agentes infecciosos. As vacinas podem ser compostas por microrganismos atenuados ou inativados ou por partes do patógeno, como toxinas ou material genético (Brasil, 2016).

O médico Edward Jenner foi um dos precursores no estudo das imunizações. Em 1796, percebendo que fazendeiros contaminados com o vírus *cowpox* eram praticamente imunes ao vírus da varíola humana, realizou a contaminação do vírus bovino em um menino de oito anos e, após sua recuperação, inoculou o vírus da varíola humana. O menino não desenvolveu a doença, pois apresentou imunidade. A partir disto, surge o termo “vacina”, o qual deriva de *Variolae vaccinae*, como a varíola bovina é cientificamente chamada (Brasil, 2016; São Paulo, 2021).

No Brasil, no Rio de Janeiro, em meio a insatisfação com o governo municipal e a elevação dos casos de varíola, principalmente entre a população carente, o médico sanitário Oswaldo Cruz determinou a vacinação compulsória, resultando na reação violenta por parte dos munícipes, os quais tiveram seus direitos de escolha negados. Deu-se origem a chamada Revolta da Vacina, ocorrida em 1904, um marco no que diz respeito à autonomia da população quanto à obrigatoriedade da vacinação (Nogueira *et al.*, 2021; Saraiva *et al.*, 2022).

Com o passar do tempo e a necessidade da vacinação em massa, em 1973 foi criado o Programa Nacional de Imunização (PNI), por determinação do Ministério da Saúde, que tem como objetivo coordenar as ações de imunização. Além disso em 2010 foi criado o SI-PNI (Sistema de Informação do



Programa Nacional de Imunização), que objetiva possibilitar aos gestores uma avaliação mais dinâmica da ocorrência de epidemias e surtos, isso ocorre por meio dos registros de aplicação e da quantidade de pessoas vacinadas, além de controlar o estoque de imunos disponíveis e necessários (Brasil, 2010; Brasil, 2022a).

Dentre as inúmeras vacinas presentes no calendário vacinal atual, destaca-se a contra a poliomielite que, infelizmente, se faz popular no cotidiano por conta da baixa adesão. A primeira descrição de um surto de pólio foi em 1911 pelo carioca Fernandes Figueira. Pouco tempo depois, em 1917 ocorreu o mesmo surto em São Paulo, o que levou a uma epidemia. Com a evolução tecnológica, começou a se estudar a possibilidade de uma vacina para erradicação desta doença, e, no Brasil, a vacina Salk começou a ser utilizada a partir de 1955. Contudo, as vacinações tiveram amplitude muito reduzida, promovidas, na prática, apenas por secretarias estaduais e municipais de Saúde paulistas e cariocas. Apenas em 1980 o projeto de erradicação da poliomielite começou seu andamento por todo o Brasil (Campos *et al.*, 2003; Brasil, 2022b)

Nesse contexto, faz-se pertinente debater acerca da obrigatoriedade ou não da vacinação e a relação da autonomia de cada sujeito, sendo que esta está diretamente ligada às consequências causadas ao coletivo, como a erradicação de doenças, a exemplo da poliomielite.

## **2 METODOLOGIA**

O presente trabalho constitui-se de uma revisão da literatura acerca da temática exposta. Utilizou-se como base de dados artigos publicados entre os anos 2003 a 2022 e sites de órgãos públicos, que contribuem para o entendimento do viés de autonomia e obrigatoriedade vacinal em relação à poliomielite. Foram usadas as plataformas: Pubmed, SciELO e Google Acadêmico, fazendo uso das expressões "vacinação", "obrigatoriedade vacinal", "autonomia vacinal" e "vacinação poliomielite".

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A palavra autonomia pode ser definida como a competência de autogoverno e decisão sobre o seu próprio corpo. A proteção coletiva está ligada à vacinação individual, sendo que, a própria proteção

coletiva tende a ter mais importância do que a imunidade individual. Assim, quanto maior o número de indivíduos imunizados, maior é a proteção para uma doença (Cardin; Nery, 2019).

Em crianças, a vacinação deve ser consentida pelos pais/responsáveis legais. O núcleo familiar, em conjunto com o estado, possui o dever de proteção integral da criança e do adolescente, estando previsto na Constituição Federal Brasileira de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, lei 8.096/90. O direito de proteção à vida e à saúde está veementemente associado à vacinação, embora as famílias tenham autonomia e liberdade de escolha. Constam-se, pois, nos movimentos antivacina, inúmeros problemas que afetam o direito à saúde das crianças e se caracterizam por incumprimento das responsabilidades parentais e desrespeito aos princípios éticos (Saraiva *et al.*, 2022; Nunes, 2022).

A poliomielite é uma doença contagiosa aguda, causada pelo poliovírus, a partir do contato direto com fezes ou secreções eliminadas pela boca de pessoas doentes. A vacinação é a única forma de prevenção para crianças menores de cinco anos. Embora ocorra mais em crianças, também pode acometer adultos que não foram imunizados, sendo fundamentais medidas preventivas (Paraná, 2022).

A poliomielite ainda é endêmica no Afeganistão, Nigéria e Paquistão, não tendo nenhum caso confirmado nas Américas. O resultado da intensificação da vacinação é a não circulação de poliovírus desde 1990 no Brasil. A falta de saneamento, más condições habitacionais e higiene pessoal precária são fatores que favorecem a transmissão do poliovírus (Paraná, 2022).

Mesmo existindo reconhecimento mundial por parte das autoridades sanitárias e da comunidade médica acerca da prevenção e do impacto na morbimortalidade de doenças imunopreveníveis por meio da vacinação, nota-se que tem surgido maior mobilização social contrária às vacinas, podendo ser justificada pela falta de conhecimento acerca destas doenças ou da gravidade das mesmas. Desse modo, com a diminuição do Índice de Cobertura Vacinal (ICV) - que vem acontecendo desde 2016, doenças consideradas erradicadas, como o caso da poliomielite, tornaram-se reemergentes. Além disso, pode-se perceber que o PNI se apresenta mais vulnerável e tem sido insuficiente para garantir a vacinação das massas (Gugel *et al.*, 2021; Iriart, 2017; Saraiva *et al.*, 2022).

As justificativas legais para a vacinação obrigatória variam conforme a jurisdição. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde a obrigação legal de ser vacinado é distinta de uma obrigação ética, desde que não seja imposta de forma violenta. Conforme o

documento das Organizações, deve-se levar em consideração os seguintes fatores: necessidade e proporcionalidade em relação à saúde pública, evidência de segurança da vacina, evidência suficiente da eficácia e da efetividade da vacina, abastecimento suficiente e gratuito à população, confiança pública na comunidade científica e processos éticos na tomada de decisão. Este último item descreve que devem ser analisados os benefícios, as partes afetadas e a população interessada. Ainda, deve ser analisado o ponto de vista dos indivíduos que serão vacinados. As autoridades legítimas de saúde pública devem deixar às intenções e às condutas transparentes e deliberativas para ponderar as questões éticas (OMS; OPAS, 2021).

#### 4 CONCLUSÕES

A escolha de optar ou não pela vacinação impacta não somente no individual, mas também no coletivo. Isso porque quando a população escolhe se vacinar, é produzida a chamada imunidade de rebanho, a qual reduz a incidência e a taxa de transmissão de doenças, protegendo, até mesmo, quem não está vacinado. Todavia, atualmente, a saúde é vista como uma responsabilidade individual, de modo que o movimento de antivacinas tem ganhando força (Iriart, 2017).

Assim, medidas para aumentar a cobertura vacinal são necessárias, colocando em questão até que ponto seria eticamente justificável interferir na liberdade do indivíduo, por meio da obrigação de vacinação, a fim de atingir uma imunidade de rebanho. Nesse sentido, argumentos éticos e pragmáticos falam contra a vacinação obrigatória por lei, defendendo por meio de políticas de informação adequada e proativa elevar a aceitação social em prol da vacinação e aumentar a confiança nos programas de vacinação (Marckmann, 2008).

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. **Vacinas**: as origens, a importância e os novos. Fiocruz. Jul 2016. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1263-vacinas-as-origens-a-importancia-e-os-novos-debates-sobre-seuuso?showall=1&limitstart>. Acesso em: 24 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações - Vacinação**. Brasília, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde - Vacina inativada da pólio completa 10 anos com baixa adesão no Brasil. 2022b. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2581-vacina-inativada-da-polio-completa-10-anos-com-baixa-adesao-no-brasil>

CAMPOS, A. L. V.; NASCIMENTO, D. R.; MARANHÃO, E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 573-600, 2003.

CARDIN, V. S. G.; NERY, L. M. G. Hesitação vacinal: direito constitucional à autonomia individual ou um atentado à proteção coletiva?. **Prisma Jurídico**, v. 18, n. 2, p. 224-240, 2019.

GUGEL, S. *et al.* Percepções acerca da importância da vacinação e da recusa vacinal: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 22710-22722, 2021. Disponível: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/25872>

MARCKMANN, G. Programas de vacinação entre autonomia individual e bem-estar comum. **Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz**, v. 51, n. 2, p. 175-83, fev. 2008. Disponível em: [Programas de vacinação entre autonomia individual e bem-estar comum] - PubMed (nih.gov)

NOGUEIRA, R. A. dos S. B.; BARROS, R. J. F.; HOLANDA, J. R. C.; MONTEIRO, D. B. M.; MORAIS, L. E. F.; ALMEIDA, J. A.; NETTO, A. A. T.; SARAIVA, J. V. O. T. A Revolta da vacina e seus impactos. **Cientific@ - Multidisciplinary Journal**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 1-10, 18 nov. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37951/2358-260x.2021v8i2.5914>. Acesso em: 24 out. 2022.

NUNES, A. P. Vacinação obrigatória. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, [S. l.], p. Ano 8 (2022), n. 1, 221-258. Disponível em: [https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2022/1/2022\\_01\\_0221\\_0258.pdf](https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2022/1/2022_01_0221_0258.pdf). Acesso em: 26 out. 2022.

OMS; OPAS. Covid-19 e vacinação obrigatória: considerações éticas e advertências. **sumário de normas**, 2021. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54184/OPASWBAPHECOVID-19210030\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54184/OPASWBAPHECOVID-19210030_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 28 out. 2022.

PARANÁ. Governo. Secretaria da Saúde. **Poliomielite**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Poliomielite>. Acesso em: 04 nov. 2022.

RIART, J. A. B. Autonomia individual vs. proteção coletiva: a não-vacinação infantil entre camadas de maior renda/escolaridade como desafio para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012717>

SÃO PAULO. **Imunização, uma descoberta da ciência que vem salvando vidas desde o século XVIII**. Instituto Butantan, jun. 2021. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/imunizacao-uma-descoberta-da-ciencia-que-vem-salvando-vidas-desde-o-seculo-xviii>. Acesso em: 24 out. 2022.

SARAIVA, A. C. S.; NUNES, B. A. A.; MELLO, R. S. V.; MAIRINK, C. H. P. A obrigatoriedade da vacinação em crianças: conflito entre a autonomia e o dever. **Intrépido: Iniciação Científica**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.periodicos.famig.edu.br/index.php/intrepido/article/view/221>. Acesso em: 24 out. 2022.

# DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: BUSCA PELA AUTONOMIA DO PACIENTE

WUSTRO, Beatriz  
NOVELLO, Camila  
PODGURSKI, Carolina  
URMANN, Charles  
GRANDO, João Gabriel  
FRIESEN, Lara  
BERVIAN, Luca

## 1 INTRODUÇÃO

As diretivas antecipadas de vontade (DAV) incluem o testamento vital e o mandato duradouro. O testamento vital, portanto, é um documento pelo qual um indivíduo apto registra, de acordo com sua vontade, a quais tratamentos deseja ou não ser submetido em caso de enfermidade incurável, enquanto o mandato duradouro refere-se à nomeação de um ou de mais procuradores, com conhecimento íntimo do paciente, com capacidade de identificar sua vontade quando ele estiver inapto para manifestar seu desejo (Cogo; Lunardi, 2015). Dessa maneira, as DAV são colocadas em prática quando o paciente não está em condições de expressar suas vontades. Nelas deve ser manifestado e estabelecido um conjunto de cuidados e tratamentos, no qual o paciente relata o que quer e o que não quer receber (Silva *et al.*, 2021).

No Brasil, não existe uma lei que aborde as diretivas antecipadas de forma completa, mas predizem princípios constitucionais e resoluções, a exemplo da Resolução CFM 1.995/2012, do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e da autonomia e das cláusulas pétreas, como a que proíbe tratamento desumano (Silva *et al.*, 2021). Logo, o testamento vital constitui um tema recente no jurídico brasileiro, porém, que já movimentou grandes discussões sobre sua validade (Oliveira, 2017). Desse modo, ao inserir a temática das DAV na sociedade, busca-se a legitimação da vontade do indivíduo, com total respeito a sua autonomia e liberdade.

Esta pesquisa busca refletir sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, por meio de revisão bibliográfica referente à dignidade da morte, à escolha do paciente e ao ordenamento jurídico brasileiro (Silva *et al.*, 2021).

## 2 METODOLOGIA

A presente pesquisa integrou-se em uma revisão da literatura referente aos estudos contemporâneos que definiram e explicaram as Diretivas Antecipadas de Vontade e a autonomia do paciente. Tem como base estudos científicos nacionais e internacionais na área da Saúde, os quais versam sobre o testamento vital, a conduta médica, a vontade do paciente e as legislações envolvidas, publicados entre os anos de 2013 e 2022, com a finalidade de organizar um resumo expandido que exponha uma discussão clara e objetiva.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As diretivas antecipadas de vontade (DAV), surgidas a partir do avanço tecnológico na medicina, fundamentam-se no direito à autonomia e dividem-se em duas espécies: o testamento vital e o mandato duradouro (Branco, 2021). O testamento vital, portanto, é um documento pelo qual um indivíduo apto registra, de acordo com sua vontade, a quais tratamentos deseja ou não ser submetido em caso de doença incurável, a fim de garantir o seu direito de morrer com dignidade e de acordo com seus princípios pessoais. O mandato duradouro, por sua vez, refere-se à nomeação de um ou de mais procuradores, com conhecimento íntimo do indivíduo, que consigam identificar a vontade do paciente quando ele estiver inapto para manifestar seu desejo. Ao contrário do testamento vital, o qual só tem validade em situações de terminalidade, o mandato também é válido em situações de incapacidade temporária (Cogo; Lunardi, 2015).

No Brasil, as únicas normas federais relativas à questão são as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.805/2006 e 1.995/2012. A Resolução CFM 1.805/2006 regulamenta a conduta do médico em casos de doença grave e incurável em fase terminal (Pittelli; De Oliveira; Nazareth, 2020), enquanto a Resolução CFM 1.995/2012 estabelece as DAV como documento opcional que pode ser criado, alterado ou cancelado em qualquer altura da vida. Ademais, determina os parâmetros para que todo indivíduo consiga estabelecer, conjuntamente com seu médico, quais tratamentos de saúde deseja receber em estágio terminal de saúde – contanto que seja maior de idade e absolutamente lúcido (Nunes; Dos Anjos, 2014). Essa Resolução, ainda, reconhece o direito do paciente de recusar tratamentos fúteis, ou seja, aqueles que visam apenas prolongar a vida biológica, sem garantir a qualidade e a dignidade (Cogo; Lunardi, 2015). Sendo assim, as DAV são acionadas em momentos em

que o paciente não encontra-se apto para manifestar suas vontades (Silva *et al.*, 2021).

Hassegawa *et al.* (2019) traz em sua narrativa que existem três situações de fim de vida às quais os indivíduos poderiam expressar a sua vontade de maneira amparada pelas Diretivas Antecipadas de Vontade: a doença terminal, a condição vegetativa persistente e as demências longevas. Entretanto, até o momento, perdura a batalha entre os valores culturais e individuais e os métodos técnicos. Dessa forma, o profissional da área da saúde teme executar a vontade do paciente e receber as punições referentes à possível judicialização.

Nesse contexto, o papel do médico é manter o paciente vivo, desde que não cause qualquer sofrimento a ele, assim como afirma o Código de Ética Médica. Logo, os profissionais da área da saúde devem avaliar cada caso singularmente, sempre com o objetivo de aliviar o sofrimento humano. Dessa forma, cabe ao médico analisar e descartar a necessidade de procedimentos que possam causar o agravo da saúde do indivíduo em casos de cuidados paliativos, principalmente, se o paciente tenha previamente manifestado sua vontade perante o tratamento (Oliveira, 2017).

#### **4 CONCLUSÕES**

Portanto, as Diretivas Antecipadas de Vontade, as quais têm como base a dignidade da pessoa humana e o direito à vida, representam o exercício do direito à liberdade, visto que proporcionam uma tomada de decisões isenta de interferências dos médicos, dos familiares ou de qualquer pessoa ou entidade que procure impor sua vontade.

Ademais, percebe-se um impasse entre os valores individuais e os métodos técnicos, visto que o profissional médico ainda teme executar a vontade do paciente e receber punições referentes à judicialização. Dessa maneira, torna-se pertinente um posicionamento claro, tanto do Conselho Federal de Medicina quanto do Poder Legislativo, que proporcione amparo legal na tomada de decisões dos profissionais médicos em situações de fim de vida.

Ainda, apesar de o tema ser recente e de não haver uma legislação brasileira sobre as diretivas, é fundamental que esta temática seja amplamente entendida e esclarecida dentro da comunidade médica e da população como um todo.

## REFERÊNCIAS

- COGO, S.B.; LUNARDI, V. L. Anticipated directives and living will for terminal patients: an integrative review. **Rev Bras Enferm.**, p. 464-74, 2015.
- DA SILVA, C. O.; CRIPPA, A.; BONHEMBERGER, M. Diretivas antecipadas de vontade: busca pela autonomia do paciente. **Revista Bioética**, [S. l.], p. 688-696, out. 2021.
- HASSEGAWA, L. C. U. *et al.* Approaches and reflexions on advance healthcare directives in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 256-264, 2019.
- NUNES, M. I.; ANJOS, M. F. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 241-251, 2014.
- OLIVEIRA, A. Testamento Vital e as Diretivas Antecipadas de Vontade: Direito de Morrer com Dignidade. **Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro**, n. 63, p. 19-35, jan./mar. 2017.
- PITTELLI, S. D.; OLIVEIRA, R. A.; NAZARETH, J. C. Diretivas antecipadas de vontade: proposta de instrumento único. **Revista Bioética [online]**, v. 28, n. 4, p. 604-609, 2020.



# IMPLICAÇÕES DA ERA DIGITAL NA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

ANDREOLA DA LUZ, Caroline  
AVOZANI, Cíntia Emely  
PÉCORA DA SILVA, Aline  
SPONCHIADO, Victória  
TOMBINI, Maira Hellen  
VALENTINI, Vanesa  
WODZIK, Grégor Luiz

## 1 INTRODUÇÃO

Com a introdução das tecnologias no cotidiano das pessoas, as relações interpessoais estão se modificando, inclusive a relação médico-paciente. Nesse sentido, o sigilo dessa relação está comprometido devido à falta de controle humano sobre a transmissão de dados nos sistemas médicos, além da exposição de casos médicos nas redes sociais (Letierri *et al.*, 2021; Cesarino *et al.*, 2015).

Essa possibilidade de troca de informações também pode trazer benefícios no meio educacional e científico (Carreiro, 2014). Contudo, o sigilo médico deve permanecer inalterado e o seguimento às normas do Código de Ética Médica deve ser incentivado (Lemos *et al.*, 2005).

## 2 METODOLOGIA

O presente trabalho é uma breve revisão literária, de caráter exploratório e descritivo, sobre a relação médico paciente na era digital e suas implicações quanto ao sigilo nesta relação. Este foi elaborado com base em publicações do período de 2005 a 2022, por meio de buscas nas plataformas de dados Google Acadêmico e SciELO, além da leitura crítica dos Arquivos Catarinenses de Medicina, Revista Eletrônica de Comunicação, Informação E Inovação Em Saúde, Repositório institucional da Fiocruz, e Revista Jurídica On-line. Os trabalhos selecionados foram 11 que visam contemplar uma análise referente a essa dinâmica do médico com o paciente no meio digital, de como ocorre esse contato tanto em canais oficiais como em extraoficiais a fim de analisar as vantagens e desvantagens desse processo. Além disso, foram utilizadas as palavras-chaves: “sigilo”; “medicina”; “eletrônico”.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Código de Ética Médica (CEM), em sua Resolução CFM n° 2.222/ 2018, apresenta como um de seus preceitos a confidencialidade, no qual “o médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei”. O dever de manutenção do sigilo médico decorre da necessidade do paciente confiar no profissional, sendo esse ato importante para que o tratamento transcorra da melhor forma possível e, conseqüentemente, com a menor possibilidade de erros e iatrogenias (Yamaki *et al.*, 2014).

Torna-se importante reafirmar que, o Juramento de Hipócrates é um dos direcionamentos basilares do sigilo médico, das condutas éticas e morais (Lima *et al.*, 2020). Porém, embora seja um dos mais tradicionais preceitos morais, o sigilo ainda é frequentemente desrespeitado, principalmente na era digital, em que a transmissão de dados foge do controle humano e ameaça a privacidade das pessoas (Letierri *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei n° 13.709/2018, foi promulgada para proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e a livre formação da personalidade de cada indivíduo. Nesse sentido, tal lei fala sobre o tratamento de dados pessoais, dispostos em meio físico ou digital, feito por pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, englobando um amplo conjunto de operações que podem ocorrer em meios manuais e digitais. Dessa forma, é visto que o sigilo aplicado ao trabalho na área da saúde demanda um cuidado especial, devido o processo clínico conter dados sensíveis, cuja violação tem grande probabilidade de resultar em lesão aos direitos da personalidade e dignidade humana (Menezes, 2020).

Com o passar do tempo, as redes sociais vêm modificando as interações humanas, sendo uma característica marcante a liberdade de expressão, onde praticamente tudo pode ser produzido e publicado por qualquer pessoa. Na medicina, a ausência de privacidade na era digital apresenta novos impactos: o registro, por parte do profissional da saúde, de um “caso clínico interessante”, ferindo gravemente o direito de privacidade do paciente (Cesarino *et al.*, 2015).

Há algum tempo as ligações são uma forma de contato entre o médico e o paciente, entretanto esta linguagem falada, que necessitava de duas pessoas fora muito substituída pela escrita da comunicação via WhatsApp, que pode abranger múltiplas pessoas. Com isso, o breve efeito oral entre

profissional e paciente de outrora passou para uma documentação sem prazo de expiração, permanecendo na memória tecnológica (Grinberg, 2018).

Por outro lado, a documentação médica através de fotos ou vídeos pode nos trazer muitos benefícios, como a elaboração de textos, aulas e apresentações multimídia com objetivos educativos e de treinamento. Além disso, pode ser utilizado como documentação científica para acompanhamento evolutivo e de pesquisa. No entanto, o uso ou armazenamento inadequado das imagens pode resultar em situações de risco para o paciente, principalmente através da exposição indevida de sua imagem e a quebra da confidencialidade (Carreiro, 2014).

Além disso, mesmo diante dos muitos desafios e incertezas, como a insegurança sobre a confidencialidade nos sistemas computacionais, a telemedicina, principalmente através da teleconsulta, é uma realidade em muitos locais (Oliveira *et al.*, 2020).

A utilização de dispositivos eletrônicos com acesso à internet por acadêmicos e profissionais da área médica é uma realidade, e isso acaba por apresentar potencialidades e fragilidades. (Estanislau *et al.*, 2019). É importante constar que para que as boas práticas profissionais sejam realizadas, é necessário que, ainda enquanto acadêmicos de Medicina, os profissionais sejam instigados a respeitar o sigilo médico, e a obedecer determinadas regras do CEM (Lemos *et al.*, 2005).

#### **4 CONCLUSÃO**

Em virtude do que foi apresentado neste resumo expandido, conclui-se que as implicações da relação médico paciente na era digital é uma temática que abrange diferentes aspectos e contextos nesse novo mundo, pois, devido à rápida transferência de informações e os meios de comunicação utilizados, muitas vezes o sigilo médico é quebrado, o paciente acaba sendo exposto, e assim, ocorre um desrespeito à privacidade dessa pessoa, além de uma violação do Código de Ética Médica (CEM) e da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

No entanto, a utilização dos meios digitais para a elaboração de materiais educativos, relatos de caso e teleconsultas também pode contribuir e facilitar muito os meios médico e científico. Sendo assim, fica evidente que a era digital apresenta algumas potencialidades e fragilidades, mas independente do

contexto de sempre é importante analisar a situação como um todo, respeitar o paciente e praticar a medicina de uma forma correta e de acordo com o CEM e a LGPD.

## REFERÊNCIAS

BORGES DE OLIVEIRA, A., *et al.* Desafios do avanço da Telemedicina e seus aspectos éticos: revisão integrativa. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 55-63, 2020. Disponível em: [https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasda\\_saude/article/view/566](https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasda_saude/article/view/566).

CARREIRO, P. R. L.; A ética na era digital. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, p. 234-235, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/JzBmMDQVMhcnQHjJPDTxcVP/?lang=pt>

CESARINO, M. N., *et al.* O comportamento de médicos e de acadêmicos de medicina na rede social: uma análise de 800 manifestações. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 4, p. 63-71, 2015. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/49>. Acesso em: 20 nov. 2022.

ESTANISLAU, L. J. M. *et al.* Uso de Aplicativos de Tecnologia Móvel Na Rotina de Estudantes Concluintes de Medicina. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação Em Saúde**, v. 13, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35794>

GOES, E. T.; MARUCO, F. O. R.; SILVA, V. D. S. T. A implementação da lei geral de proteção de dados no exercício profissional na área da saúde. **Revista Jurídica On-line**, v. 1, n. 1, p. 6-21. Disponível em: <https://revista.unisal.br/lo/index.php/revdir/article/view/1535>.

GRINBERG, M. "Bioethics and Texting Using WhatsApp Always Online and in Hand." **Arquivos brasileiros de Cardiologia- Imagem Cardiovascular**, 2018. Acesso em: 23 nov. 2022.

LEMONS, K. *et al.* Proposta de código de ética dos estudantes de medicina da Bahia. **Gaz Méd Bahia**, 2005. Disponível em: [www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/360](http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/360)

LETTIERI, G. K. *et al.* Sigilo médico na era digital: análise da relação médico-paciente. **Revista Bioética**, p. 814–824. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/9z4Z3fGvNTfKY8CLCqS5JKj/>

LIMA, S. M. F. S. *et al.* Avaliação Do Conhecimento de Estudantes de Medicina Sobre Sigilo Médico. **Revista Bioética**, v. 28, n. 1, mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/tnHktPZVqQzN8qBWTH5mpRn/?format=html&lang=pt>

MENEZES, R. O. A. A Lei Geral de Proteção de Dados regula o segredo médico? **Revista Consultor Jurídico**. Out, 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-out-12/direito-civil-atual-lei-geral-protecao-dados-regula-segredo-medico>.

YAMAKI, V. N. *et al.* Sigilo e confidencialidade na relação médico-paciente: conhecimento e opinião ética do estudante de medicina. **Revista bioética**, v. 1, p. 176-181, jan. 2014. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/891](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/891)

# ÉTICA E BIOÉTICA EM TELEMEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BATISTELA, Anieli  
MENEGOL, Brenda Ferreira  
SOLEK, Camila  
BRUCH, Caroline  
SORDI, Eduarda  
ZANIN, Joice Carla Dornelles

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Houaiss e Villar (2001), a ética é o conjunto de regras e preceitos de ordem valorativa e moral de um indivíduo, de um grupo social ou de uma sociedade, que considera o ser humano um legislador livre e consciente do conjunto de normas e leis morais que adota em sua existência social. Dentro do ramo da filosofia, a ética é a parte responsável pela investigação dos princípios que motivam, distorcem, disciplinam ou orientam o comportamento humano, refletindo sobre a essência das normas, valores, prescrições e exortações presentes em qualquer realidade social. Por conseguinte, a bioética, é o estudo dos problemas e implicações morais despertados pelas pesquisas científicas em biologia e medicina, abrangendo questões, como por exemplo, da utilização de seres vivos em experimentos.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual ocorreu no ano de 1986, foram lançadas diretrizes para a construção de um sistema de saúde descentralizado, único e de dever do Estado (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Anos após a consolidação do Sistema Único de Saúde, o serviço de telessaúde surge como apoio à Rede de Atenção à Saúde (RAS), com intuito de auxiliar profissionais de saúde, bem como objetivando melhorar a qualidade do atendimento na Atenção Primária, reduzir custos e tempo de deslocamento, fixar profissionais de saúde em locais de difícil acesso, agilizar o atendimento e otimizar os recursos dentro do SUS (Cruz; Oliveira, 2021).

Segundo Maldonado, dentre os inúmeros impasses do Sistema de Saúde Público, o acesso ao cuidado, assim como a equidade, qualidade e custo são dificuldades presentes no cotidiano da saúde brasileira. Nesse viés, a telemedicina se demonstra promissora como uma ferramenta para a resolução desse problema, uma vez que possibilita a democratização do acesso à saúde (Maldonato *et al.*, 2016).

## **2 METODOLOGIA**

O presente resumo expandido consiste em uma revisão de literatura referente à ética e bioética em telemedicina na atenção primária à saúde. Os artigos analisados foram encontrados em plataformas digitais como Google Acadêmico, New England Journal Of Medicine, PubMed e SciELO, durante o mês de novembro de 2022. A partir da análise e revisão das bibliografias, buscou-se elaborar um resumo expandido que apresentasse o ponto de vista bioético dos serviços de telessaúde no Brasil e da democratização do acesso à saúde.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A telemedicina vem sendo objeto de estudo de pesquisadores do mundo inteiro, trata-se de uma área de conhecimento em evolução, descrita como benéfica por promover cuidado à distância para municípios restritos dos grandes centros, suprimindo a falha de assistência, além de reduzir os custos relacionados ao cuidado, entre outros. Contudo, alguns autores apontam desvantagens no que se refere ao prejuízo na relação médico-paciente, dificuldades organizacionais e burocráticas, risco ao sigilo do atendimento e armazenamento de dados, além da insegurança dos profissionais e usuários (Cruz; Oliveira, 2021).

A proposta da telessaúde dispõe de uma plataforma virtual própria com armazenamento de dados, com troca de informações entre o paciente e o profissional. O que pode pôr em risco um dos principais pilares da relação médico-paciente: o sigilo profissional (Cruz; Oliveira, 2021).

Entre as principais preocupações, Rogozea e colaboradores destacam o respeito aos direitos dos pacientes no que se refere aos dados expostos do usuário, o manejo destes dados pela equipe de saúde envolvida e a dificuldade de garantir a segurança do profissional envolvido. Para a Declaração universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) o uso da telemedicina deve ser de maximizar os possíveis benefícios e minimizar qualquer tipo de dano aos usuários, respeitando incondicionalmente a privacidade do paciente (Cruz; Oliveira, 2021).

No contexto da segurança dos dados na prática da telemedicina, os médicos devem assegurar a confidencialidade da consulta, privacidade e integridade do paciente. No Brasil, sabe-se que não há uma legislação específica e unificada referente a telemedicina e os dados inerentes à plataforma.

Destaca-se a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 3.709/2018), que apesar de não estar relacionada com o tema, propõe que a prática da telemedicina deve estar de acordo com a legislação vigente, de forma que os dados pessoais obtidos durante a consulta devem ser protegidos e armazenados em bancos de dados seguro (Cruz; Oliveira, 2021).

Além disso, também é importante analisar a autonomia médica e a relação médico-paciente, a qual é um princípio fundamental, definida como a liberdade do profissional médico em exercer sua função em prol da saúde do paciente. No contexto da telemedicina, esta autonomia do médico assistente é confrontada, já que existe uma obrigatoriedade da concordância do médico em debater os casos com outros profissionais com maiores expertise no assunto para oferecer outras condutas ao paciente (Cruz; Oliveira, 2021)

Outra situação em que há uma limitação da autonomia médica, é quando medidas de gestão necessitam o aceite ou aprovação de outro médico teleconsultor para prosseguir o caso de um paciente pelo médico assistente. Dessa forma, existe um questionamento em níveis de responsabilidade de cada profissional no cuidado do paciente: a prioridade está na avaliação do médico assistente (presencial), mesmo sem o conhecimento especializado de determinado assunto, ou a avaliação do médico teleconsumidor (especialista), mas sem experiência e sem consulta presencial? (Cruz; Oliveira, 2021)

#### **4 CONCLUSÕES**

Conclui-se então, que a presença da telemedicina na APS promove benefícios no que diz respeito a ampliação do cuidado à saúde e oferta de serviços, principalmente em lugares mais distantes dos grandes centros de referência. Não obstante, o uso da telemedicina se faz importante ao objetivar a maior qualidade possível do serviço prestado, da mesma forma que assegure ao médico a autonomia para condutas e segmentos, juntamente ao paciente, agindo de acordo com os princípios bioéticos globais (Cruz; Oliveira, 2021).

Contudo, por ser uma temática atual, é de suma relevância desenvolver uma legislação própria que aborde o tema da telemedicina no que diz respeito ao SUS, regulamentando e normatizando as práticas médicas juntamente a ética no serviço prestado (Cruz; Oliveira, 2021).

## REFERÊNCIAS

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Quando o SUS Ganhou Forma**, 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 19 nov.2022.

CRUZ, A. O.; OLIVEIRA, J. G. S. Ética e bioética em telemedicina na atenção primária a saúde. *Telemedicina*. **Revista Bioética**, v. 29, ed. 4, 2021.

KAHN, J. M.. V. Visits - Confronting the Challenges of Telemedicine. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 372, n. 18, p. 1684-1685, 30 abr. 2015. Massachusetts Medical Society.

MALDONADO, J. M. S. V.; MARQUES, A. B. C. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2016, v. 32, n. Suppl 2 [Acessado 8 Novembro 2022], e00155615. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155615>. Epub 03 Nov 2016.

MEHROTRA, A.; USCHER-PINES, L. Informing the Debate about Telemedicine Reimbursement — What Do We Need to Know? **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 387, n. 20, p. 1821-1823, 17 nov. 2022. Massachusetts Medical Society.

VIDAL-ALABALL, J.; ACOSTA-ROJA, R.; HERNÁNDEZ, N. P.; LUQUE, U. S.; MORRISON, D.; PÉREZ, S. N.; PEREZ-LLANO, J.; VÈRGES, A. S.; SEGUÍ, F. L. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. **Atención Primaria**, [S.L.], v. 52, n. 6, p. 418-422, jun. 2020. Elsevier BV.



# A AUTONOMIA DIANTE À FINITUDE E A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

ALMEIDA, Willian  
DE MELLO, Guilherme Tognon  
FERRAZ, Felipe Rigoli  
GREGIO, Natan  
JARA, Isabelle Schiffli  
SCHMIDT, Ezequiel  
SOBBIS, Arieli Bis

## 1 INTRODUÇÃO

Avanços tecnológicos e científicos acabaram por permitir o prolongamento da vida, atuando de forma a diminuir significativamente mortes que ocorrem por causas naturais, entretanto, tal processo pode não ser benéfico ao paciente uma vez que se configura como uma distanásia (Morais; Tomishiro, 2016). A partir disso, ocorre em alguns profissionais desconforto para tratar o processo da morte, tal acontecimento aparece atrelado a uma dificuldade de abordar de forma aberta a temática durante a formação acadêmica, o que acaba por gerar estranhamento ao encarar a possibilidade da perda de um paciente (Ferreira; Nascimento, 2018).

Homens e mulheres são os únicos de todos os seres vivos que possuem consciência do seu processo de finitude (Arendt, 2010). Apesar da finitude fazer parte do ciclo biológico de vida dos seres humanos, o medo do desconhecido, bem como a perspectiva de extermínio tornam o tema de abordagem árida (Disilvestro, 2013). São necessários meios para garantir a vontade do paciente terminal que, com base na dignidade da pessoa humana, possuem o direito à vida, mas não o dever de viver (Gouvêa; Deval, 2017). Dentro deste contexto, a distanásia pode ser definida como o processo de prolongamento da morte de um paciente terminal, desencadeando uma morte agônica, lenta e com sofrimento (Pessini, 2007).

O direito à saúde significa a garantia de condições dignas relacionadas à vida, bem como o acesso igualitário e universal aos serviços, partindo essa de ações e serviços de promoção, recuperação e proteção da saúde em diversos níveis (Araújo; Brito; Novaes, 2009). Dessa forma, a obstinação terapêutica por sua vez, tem sido sinônimo de distanásia, sendo definida por um prolongamento exagerado da existência, que por vezes ocorre com meios extraordinários ou desproporcionais à terapêutica, sendo invasivos e complexos (Silva; Quintana; Nietzsche, 2012).

## 2 METODOLOGIA

A metodologia de abordagem utilizada no estudo é de caráter descritivo e exploratório, embasado por revisões bibliográficas, das principais plataformas de pesquisa de artigos científicos como Google Acadêmico, Scielo e Pubmed, com o intuito de abordar o tema de uma forma dinâmica e exploratória. Os termos utilizados para a busca de dados foram a obstinação terapêutica, a finitude e a autonomia dos indivíduos. Ressalta-se ainda que a busca bibliográfica compreendeu artigos no período de 2001 até o ano de 2019.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A obstinação terapêutica, também conhecida como distanásia, ou seja, uma morte lenta e com intenso sofrimento, caracteriza-se por um excesso de medidas terapêuticas que impõem sofrimento e dor à pessoa doente, cujas ações médicas não são capazes de modificar o quadro mórbido (Diniz, 2006). Dor e sofrimento, enfrentado nos processos de morte e morrer dos pacientes, são provocados pelo despreparo e desconhecimento da situação de obstinação terapêutica, além da não participação da decisão para o prolongamento da vida do indivíduo (D'arco *et al.*, 2016).

A distanásia é feita por meio do uso exagerado de tecnologias médicas em pacientes que não possuem possibilidade de cura, com o único objetivo de prolongar a vida, sem considerar que essas intervenções podem ferir o princípio da dignidade humana (Silva; Pacheco; Dadalto, 2021). O crescente envelhecimento populacional associado ao rápido avanço das tecnologias biomédicas favorece a ampliação do horizonte de debates sobre o direito de morrer, a eutanásia e a obstinação terapêutica (Diniz, 2006). Nesse cenário, o desafio ético a ser enfrentado é a definição de quando as intervenções médicas passam a ser caracterizadas como distanásia e o reconhecimento de que as pessoas doentes possuem diferentes concepções sobre o significado da morte e desejos próprios para conduzir a vida (Gouvêa; Deval, 2018; Diniz, 2006).

De acordo com a Constituição Federal, Art. 5º - III "Ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradantes". Além disso, o Código de Ética Médica (CEM) estabelece 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”. Sendo assim, a distanásia fere os direitos e garantias fundamentais do ser humano e é contrária à ética médica ao promover tratamento fútil ao paciente com uma doença incurável.

Ademais, os princípios fundamentais da bioética, que são autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, resgatam os direitos civis do paciente e respaldam a relação médico-paciente, garantindo a liberdade de escolha daquele em seu fim de vida em rejeitar ou consentir com as condutas hospitalares envolvidas no seu processo de doença, assegurando a qualidade de vida e de morte com dignidade (Silva; Pacheco; Dadalto, 2021). É importante ao médico saber distinguir se o cuidado promovido tem como princípio a beneficência ou a não-maleficência.

#### **4 CONCLUSÕES**

Alguns profissionais da saúde munidos de um dever de heroísmo que sempre esteve presente em seu meio como definidor das características de um bom profissional, no qual não se deve perder pacientes, fazendo-se todo o possível para que estes não venham a óbito, acabam tomando decisões que ferem a dignidade humana com terapêuticas e medidas extraordinárias e invasivas, que não alteram o prognóstico deste paciente, levando somente a dor e sofrimento.

Várias são as causas que levam profissionais da saúde como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas a cometerem obstinação terapêutica, entre eles: falta de comunicação com o paciente enquanto esse se encontra lúcido, para que possa expressar suas vontades sobre até quando deve ser mantido vivo caso sua doença não tenha cura, falta de conhecimento técnico para compreender o quadro do paciente para uma melhor previsão de prognóstico e sobrevida, falta de orientação e apoio da equipe médica para com a família no momento em que esta deve tratar sobre terminalidade com o paciente moribundo, estando ele sem condições de tomar suas próprias decisões ou quando não se encontra mais lúcido e comunicativo, entre outras falhas e desconhecimentos (Oliveira, 2013).

Algumas instituições de saúde possuem equipes especializadas em cuidados paliativos, entretanto, nem todos os hospitais e centros de saúde podem contar com o auxílio desses profissionais, sendo necessário que a terminalidade e cuidados paliativos se tornem uma parte significativa da formação acadêmica dos profissionais de saúde para que possam, mesmo na falta de equipes especializadas, respeitar a dignidade humana dos pacientes e de seus familiares, fazendo com que pacientes, profissionais e familiares sintam-se confortáveis nesse momento tão delicado para todos os

envolvidos, que embora ainda seja um tabu, é somente mais uma etapa do processo de viver (Santos, 2014).

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, D. *et al.* **Obstinação terapêutica versus Qualidade de vida**: Uma reflexão bioética. VIII - Fórum de Ensino Pesquisa e Extensão da Universidade Estadual de Montes Claros, 2014. Disponível em: [http://www.fepeg2014.unimontes.br/sites/default/files/resumos/arquivo\\_pdf\\_anais/obstinacao\\_vs\\_qualidade\\_de\\_vida\\_formato\\_ensino\\_18agost2014\\_d.pdf](http://www.fepeg2014.unimontes.br/sites/default/files/resumos/arquivo_pdf_anais/obstinacao_vs_qualidade_de_vida_formato_ensino_18agost2014_d.pdf)

SILVA, L. A; PACHECO, I.; DADALTO, L. Therapeutic obstinacy: when medical intervention hurts human dignity. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 29, n. 4, p. 798-805, 2021.

ARAÚJO, A., BRITO, A., NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Revista Bioética**, Brasília, v.16, n.1, jul. 2009. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/60/63](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/60/63).

ARENDT H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BRASIL. **Código de ética médica**. Resolução nº 1.246/88. Brasília: Tabloide, 1990. Conselho Federal de Medicina (CFM - Brasil).

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p.

D'ARCO, C. *et al.* Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. **O Mundo da Saúde**, v. 40, n. 3, p. 382-389, 30 set. 2016.

DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1741-1748, ago. 2006.

DISILVESTRO, R. The Ghost in the Machine Is the Elephant in the Room: Souls, Death, and Harm at the End of Life. **Journal of Medicine and Philosophy**, v. 37, n. 5, p. 480-502, 1 out. 2012.

FERREIRA, J. M. G.; NASCIMENTO, J. L. SÁ, F. C. DE. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. 87-96, 2018.

GOMES GOUVÊA, G. *et al.* **O direito de morrer e a dignidade da pessoa humana**. [s.l: s.n.]. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/bibli\\_boletim/bibli\\_bol\\_2006/Rev-CEJ\\_n.75.04.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.04.pdf).

MORAIS, I. M. *et al.* Percepção da “morte digna” por estudantes e médicos. **Revista Bioética**, v. 24, p. 108-117, 2016.

OLIVEIRA, M. Z. P. B.; BARBAS S. Autonomia do idoso e distanásia. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 328-37, 2013.

PESSINI, L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? Monografia. Centro Universitário São Camilo. São Paulo-SP, 2001.

SANTOS, D. A *et al.* Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. **Revista bioética**, v. 22, n. 2, p. 367-72, 2014.

SILVA, K. C. O.; QUINTANA, A. M. NIETSCHE, E. A. Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, Dec. 2012.

TOMISHIMA, H. O.; TOMISHIMA, G. O. Ortotanásia, eutanásia e a distanásia: uma análise sob o aspecto da dignidade da pessoa humana e a autonomia da vontade. **ETIC - Encontro de iniciação científica**, v. 15, n. 15, 7 out. 2019.

# PRINCÍPIOS BIOÉTCOS NA MANUTENÇÃO DA AUTONOMIA DO IDOSO

MODESTI, Elisa Ana  
STRADA, Érica Caroline  
DALLANORA, Joana Schnur  
DUARTE, Júlia Flores  
OLIVEIRA, Laura Mingotti de  
CORRADI, Verônica

## 1 INTRODUÇÃO

A autonomia é a capacidade da vontade humana de se autodeterminar segundo uma legislação moral estabelecida por um conceito do próprio indivíduo, livre de qualquer fator exógeno. A autonomia do idoso é um fator determinante na longevidade e na qualidade de vida, já que o envelhecimento aborda um processo de múltiplas causalidades com diversos desfechos, em que, na maioria das vezes, o idoso é responsabilizado.

## 2 METODOLOGIA

Este estudo consistiu em uma revisão bibliográfica de caráter exploratório e descritivo de seis artigos científicos, encontrados nas plataformas Google Acadêmico, SciELO, Sisbib, publicados no período de 2002 - 2022. Além disso, foram utilizadas informações de sites oficiais de órgãos públicos (Ministério da Saúde), relatórios da OMS, cartilhas e planos governamentais sobre envelhecimento direcionado ao entendimento e análise dos princípios éticos da autonomia do idoso.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a OMS (2015), o envelhecimento, a nível biológico e fisiológico, está associado ao acúmulo de diversos danos celulares e moleculares que, com o tempo, leva a uma perda das reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Além das perdas biológicas, essas mudanças incluem mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas. (Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, 2015).

A senescência se configura pelo conjunto de alterações fisiológicas do envelhecimento que ocorrem no organismo humano com o passar do tempo sem configurar doenças, como, por exemplo, aparecimento de cabelos brancos e rugas, perda de massa muscular, redução da flexibilidade e da elasticidade da pele. A senilidade, por sua vez, engloba as alterações fisiopatológicas que o envelhecimento causa, tais como alterações cardiovasculares, pulmonares, endocrinológicas e neurológicas. Acompanhando o envelhecimento, surgem as limitações funcionais, caracterizadas pela dificuldade ou dependência do idoso em realizar atividades cotidianas, o que limita sua autonomia e independência. Essas limitações podem estar relacionadas a aspectos fisiológicos da velhice, ou com doenças prévias e suas manifestações. As principais manifestações são no âmbito da perda de força e massa muscular, além das doenças neurodegenerativas com sintomas de esquecimento e perda da capacidade cognitiva (Tratado de geriatria e gerontologia, 2002).

O envelhecimento se apresenta como uma situação em evidência mundial, significando um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários (Oliveira, 2019). De acordo com os estudos, em 2050, o Brasil será colocado na sexta posição de maior população idosa no mundo, somando mais de 32 milhões de pessoas, o que irá equivaler a 16% da nação brasileira. (Silva *et al.*, 2021). O novo comportamento demográfico do Brasil com a redução dos nascimentos e queda do número de mortes provoca o envelhecimento progressivo da população (Oliveira, 2019).

O cenário atual, observado no Brasil, é de redução do grupo das crianças, em virtude da queda acentuada da fecundidade e do progressivo aumento do grupo dos idosos, com a elevação da expectativa de vida, fruto da melhoria das condições sociais e econômicas (Oliveira, 2019). Como o envelhecimento populacional é algo previsível, deve-se pensar em investimentos e incentivos na área da saúde e desenvolvimento de políticas públicas para garantir a qualidade de vida desses indivíduos, que frequentemente é comprometida por doenças, automedicação, abandono familiar, isolamento social, dificuldade de locomoção, perda cognitiva, entre outros (Silva *et al.*, 2021).

Por um lado, o idoso é valorizado pela medicina, que lhe fornece cada vez mais longevidade. Por outro, é socialmente marginalizado, pois as pessoas não sabem o que fazer com o idoso e acabam levando-o progressivamente ao isolamento e marginalização, pois escolhem o que ele vai comer, vestir e administram os bens e aposentadorias (Junges, 2004). Assim como aspectos físicos e de boa saúde não garantem uma boa experiência de envelhecimento, a limitação destes não pode ser utilizada para atos que desvalorizem a figura do idoso na sociedade (Machado, 2020). A vulnerabilidade do idoso

envolve o bem-estar social, acesso a recursos tecnológicos, bens de consumo, liberdade, liberdade de expressão e poder de decisão sobre o seu corpo e sua vida (Ohara, 2019).

A questão ética torna-se fundamental à medida que novas situações são inseridas diante da sociedade, então, faz-se necessário o reconhecimento do envelhecimento populacional para que os idosos não façam parte de uma população esquecida e 'não ativa' (Junges, 2004). Além disso, a bioética deve ser difundida por meio da educação e integração dos sistemas públicos (Ohara, 2019). Os princípios da bioética, como autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça podem servir de caminho para apontar algumas diretrizes a fim de enfrentar as situações associadas à senescência a partir de diferentes perspectivas (Junges, 2004)

Tomando por base a Bioética Normativa, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos estabelece em seu Artigo 11 que: "Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais". Com isso, a bioética expressa-se tendo o conhecimento adequado sobre o envelhecimento, às experiências vividas pelos idosos, aos anseios sociais e à necessidade de integração social dessa população (Machado, 2020). Além disso, é obtida como paradigma teórico referencial para a construção e promoção de redes de apoio que auxiliem e integrem ao melhor convívio social (Machado, 2020).

Sendo papel do Estado, como garantidor de direitos, adotar medidas que protejam pessoas idosas contra atos de discriminação e/ou estigmatização, promovendo, através de leis e campanhas/projetos educadores a conscientização acerca do respeito ao lugar do idoso na sociedade (Machado, 2020). A atenção integral deve garantir e promover a capacidade funcional e da autonomia, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável através da formulação de políticas públicas voltadas para enfrentamento das questões relacionadas ao envelhecimento (Ohara, 2019).

A autonomia é uma vertente central do envelhecimento saudável, e promover a autonomia das pessoas idosas, o direito à sua autodeterminação, mantendo a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha é fundamental para a promoção da sua qualidade de vida (Brasil, 2006).

O cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência (capacidade de execução), buscando a autonomia (capacidade de decisão) (Brasil, 2014).



A funcionalidade global é base do conceito de saúde da pessoa idosa, definida como a capacidade de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo. O declínio funcional refere-se à perda da autonomia ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo (Moraes; Lanna, 2014).

O poder de tomar decisões sobre si mesmo e assumir o controle de sua vida, portanto, inclui a noção de autogoverno, liberdade de direitos, escolha individual, agir segundo a própria pessoa (Oliveira; Alves, 2010).

#### 4 CONCLUSÕES

O processo de envelhecimento influencia a autonomia do paciente em vários aspectos, seja a nível anatômico, fisiológico, familiar ou social. Entretanto, quando o idoso competente física e mentalmente, deve-se considerar suas opiniões e desejos, buscando uma longevidade com qualidade de vida. Além disso, deve-se conciliar a liberdade de escolha desse paciente, a visão do profissional da saúde e a decisão dos familiares e/ou cuidadores para fornecer a melhor forma de cuidado possível sem invalidar suas escolhas.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, 01 out. 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 02 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf). Acesso em: 02 nov. 2022.

FREITAS, Elizabete Viana *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. GATTO, Izilda de Barros. Disponível em: <https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf> Acesso em: 25 out. 2022

JUNGES, J. R. Uma leitura crítica da situação do idoso no atual contexto sociocultural. **Estud. interdiscip. envelhec.** Porto Alegre, v. 6, p 123-144, 2004. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4747/2667>. Acesso em: 18 nov. 2022.

MACHADO, I. L. O.; GARRAFA, V. Bioética, o envelhecimento no Brasil e o dever do Estado em garantir o respeito aos direitos fundamentais das pessoas idosas. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**. Vitória, v. 21, n. 1, p. 79-106, jan.- abr. 2020. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/download/1804/544/>. Acesso em: 22 out. 2022.

MORAES, E.N.; LANNA, F.M. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. Ed. Folium, v. 1, s/p, 2014. Disponível em: <https://docplayer.com.br/14989491-Avaliacao-multidimensional-do-idoso.html>. Acesso em: 02 nov. 2022.

OHARA, E. C. C. Envelhecimento e políticas públicas de saúde e a interface com a bioética. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v.2, n.2, p.6, 1412-1437, mar. - apr. 2019. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/1365>. Acesso em: 24 out. 2022.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.15, p. 69-79, 2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614/27320>. Acesso em: 02 nov. 2022.

OLIVEIRA, I. R., ALVES, V. P. A pessoa idosa no contexto da bioética: sua autonomia e capacidade de decidir sobre si mesma. **Revista Kairós Gerontologia**, v.13, n.2, p. 91-8, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5368#:~:text=Resumo,referenciados%20na%20%C3%A1rea%20da%20Bio%C3%A9tica>. Acesso em: 02 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf> Acesso em: 30 out. 2022.

SILVA, A. S.; FASSARELLA, B. P. A.; FARIA, B. S.; NABBOUT, T. G. M.; NABBOUT, H. G. M.; D'AVILA, J.C. Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. **Global Academic Nursing Journal**, v. 2, n. Sup.3, p. e188, 2021. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/171/385>. Acesso em: 02 nov. 2022.

# CUIDADOS PALIATIVOS: UM DESAFIO NECESSÁRIO NO CONTROLE DE SINTOMAS PAUTADO EM PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

COMIN, Gabriela  
TEDESCO, Gustavo de Moraes  
ROSA, João Pedro  
RIGO, Lucas Morandi  
MATTIA, Lucas Turcatel  
AGLIARDI, Marina Colpo  
ROSSATTO, Martina Picolo

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa visa abordar o conceito de cuidados paliativos, trazendo um breve histórico de sua origem, e também propõe a revisão da literatura procurando explorar os desafios da aplicação dos cuidados paliativos respeitando os princípios bioéticos. Nessa perspectiva diversos autores foram consultados e discutem-se questões relacionadas ao tema em questão como a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia.

Historicamente os cuidados paliativos derivam do movimento denominado de “hospice” que surgiu no final da década de 1960, por meio do trabalho da britânica Cicely Saunders, fundadora do St. Christopher’s Hospice, em 1967, local pioneiro ao reunir especialistas em controle da dor e de sintomas aos das áreas de cuidado humanitário, alguns anos depois disso a definição sobre um novo termo se tornou necessária (EEP HCFMUSP, 2018).

O termo “cuidados paliativos” surgiu em 1990, ano em que o Comitê da Organização Mundial de Saúde sobre câncer designou uma equipe de trabalho com finalidade de definir políticas para o alívio da dor e cuidados hospitalares que seriam utilizados em países do mundo todo. Dessa forma foi atribuída a nomenclatura cuidados paliativos pela OMS em razão da impossibilidade de uma tradução adequada para algumas línguas do termo previamente utilizado (hospice). Posteriormente, em 2002, a definição de cuidados paliativos foi reformulada, conceituando como cuidados paliativos as ações que visam prevenir e aliviar o sofrimento relacionado à saúde de adultos, crianças e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Isso baseia-se numa abordagem abrangente e centrada na pessoa, abordando o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (WHO, 2002). Além disso, a OMS

ainda expõe a necessidade de tratar o direito aos cuidados paliativos como uma função essencial da atenção primária à saúde, e um dever ético de todos os profissionais de saúde.

Inferese, tendo em vista a complexidade dos conceitos abordados, que a presente pesquisa é necessária para que a melhor compreensão sobre a temática possa ser alcançada.

## **2 METODOLOGIA**

A presente pesquisa integrou-se em uma revisão da literatura referente aos estudos contemporâneos que definiram e explicaram cuidados paliativos: um desafio necessário no controle de sintomas pautado em princípios bioéticos. Tem como base estudos científicos nacionais e internacionais na área da saúde, os quais versam sobre bioética, cuidados paliativos e terminalidade, a conduta médica e seus conhecimentos a respeito do presente assunto, a vontade do paciente, as legislações envolvidas, as tomadas de decisões que estão envolvidas no processo saúde/doença e a concepção sobre o fim da vida, publicados entre os anos de 2002 e 2022, com a finalidade de organizar um resumo expandido que exponha uma discussão clara e objetiva. A presente pesquisa integrou-se em uma revisão da literatura referente aos estudos contemporâneos que definiram e explicaram cuidados paliativos: um desafio necessário no controle de sintomas pautado em princípios bioéticos. Tem como base estudos científicos nacionais e internacionais na área da saúde, os quais versam sobre bioética, cuidados paliativos e terminalidade, a conduta médica e seus conhecimentos a respeito do presente assunto, a vontade do paciente, as legislações envolvidas, as tomadas de decisões que estão envolvidas no processo saúde/doença e a concepção sobre o fim da vida, publicados entre os anos de 2002 e 2022 foram um total de 9 artigos utilizados, buscados em diversas plataformas indexadas, com a finalidade de organizar um resumo expandido que exponha uma discussão clara e objetiva.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Em nenhum momento da história humana, a ciência e a técnica apresentaram tantos desafios à ética como nos últimos anos, em consequência dos avanços, no âmbito das ciências médicas e biológicas, permitindo por exemplo, desde o transplante de órgãos até o controle do código genético.

Tais avanços trazem em si mesmos poder de intervenção sobre a vida e a natureza (Andrade *et al.*, 2013).

Durante anos, pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura foram esquecidos pelos serviços de saúde, uma vez que o modelo biomédico, amplamente utilizado na época, não se preocupava com a qualidade de vida dessas pessoas, pois o principal foco da medicina estava na cura dos doentes.

Portanto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.

Assim, de acordo com o novo Código de Ética Médica (CEM) brasileiro (2010), ficou estabelecido de maneira regimental que o médico, ao não proporcionar a cura de uma doença, deve empregar todos os cuidados paliativos disponíveis pela ciência, além de utilizar de todo o seu conhecimento e experiência para cuidar do paciente. A morte dos pacientes é, de forma invariável, um acontecimento rotineiro da prática médica.

Perante aos avanços das tecnologias médicas, a vida pode ser prolongada artificialmente. Algumas especialidades cada vez mais sub especializadas permitem um foco completo apenas nas doenças e não no paciente como um todo. Saber como tratar um indivíduo cuja morte não pode ser evitada não é algo que é ensinado na formação do profissional, e em muitos casos, é visto como um fracasso pelo próprio médico e pelos colegas. Por outro lado, temos os cuidados paliativos, que têm como princípios a concepção de que a morte é um processo natural e humano, assim como a consequente prática adequada do cuidado quando se fala na ortotanásia, que implica em não promover a eutanásia e nem induzir a distanásia dos pacientes nos últimos dias de vida (Brugugnolli *et al.*, 2013).

A ética fez nascer, sobretudo a partir dos anos setenta, um debate crescente, que resultou no surgimento da Bioética, entendida como ética da vida, que emergiu como uma nova proposta para dar base para a análise das questões éticas relacionadas a problemas morais e normativos na esfera biomédica (Andrade *et al.*, 2013). A Bioética é considerada como uma ciência que estuda a sobrevivência humana e utiliza de base filosófica e pragmática para defender a melhoria das condições de vida

(Menezes, 2011). Dessa forma, é vista como uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver. Os cuidados paliativos estão plenamente inseridos no âmbito da reflexão bioética, principalmente no que se refere ao processo de tomada de decisões envolvido. A capacidade de decisão de uma pessoa está baseada em diversas habilidades, como a possibilidade de se envolver com o assunto, compreender ou avaliar o tipo de alternativa e comunicar sua preferência (Goldim, 2006).

Assim, a principal distinção ética observada nos cuidados paliativos se dá no acompanhamento à pessoa em seu processo de finitude, com o objetivo de manter sua dignidade e aliviar-lhe o sofrimento e a dor no fim da vida. Nessa perspectiva bioética, voltada aos cuidados paliativos e aos pacientes fora de possibilidades de cura, discutem-se a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia (Paiva *et al.*, 2014).

Dessa maneira, entende-se que a eutanásia tem por finalidade levar à retirada da vida do indivíduo por considerações tidas como humanísticas, no entanto, é infração ética e conduta ilegal pela legislação brasileira. A distanásia prolonga o sofrimento da pessoa sem que ela tenha expectativa de cura ou melhora em sua qualidade de vida, sendo vista como tratamento fútil e sem benefícios para o paciente terminal. A prática da ortotanásia respeita o tempo de sobrevivência do paciente que se encontra em fase terminal, de modo que são eliminados os métodos que mantêm artificialmente a vida, permitindo que ela siga seu curso natural não acelerando e nem postergando a morte do paciente, mas oferecendo um momento natural de partida (Paiva *et al.*, 2014).

Já a prática dos cuidados paliativos valoriza e respeita o paciente terminal como um cidadão de direito, como estabelecem os seguintes princípios: manter controle sobre o que ocorre; poder ter dignidade e privacidade; acessar informações; ter cuidados especializados; ter controle sobre quem está presente e quem compartilha o final da vida; decidir as diretivas que assegurem que seus direitos sejam respeitados; ter tempo para se despedir; estar apto a partir quando for o momento, sem práticas que causem sofrimento (Souza *et al.*, 2010). Esses princípios reafirmam a autonomia, a dignidade, a privacidade e o respeito aos direitos do ser humano, direcionando o cuidado com o paciente na terminalidade e inserindo-se como principais alicerces no campo da Bioética (Andrade *et al.*, 2013).

No eixo do compromisso de lutar pela vida sem maximizar as intervenções e de humanizar os cuidados, emerge o respeito pela decisão do doente capaz e competente. E existem limites aos cuidados, porque os cuidados têm de fazer sentido para quem os presta e para aqueles a quem são prestados. Há que orientar o sentido, a razão de ser, a oportunidade desses cuidados. Os cuidados só ganham sentido

e têm valor se tiverem em conta a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, clarificando o que tem sentido ou contribui para dar sentido à sua vida (Nunes, 2008).

Os cuidados paliativos podem assegurar uma assistência o mais completa possível ao ser humano que se encontra na última etapa da vida, considerando a morte como um processo normal, que não podem nem devem retardar ou acelerar. O objetivo é prover a melhor qualidade de vida possível para o doente em fase terminal e sua família, até o momento da chegada da morte, de modo verdadeiramente humano, respeitando os limites advenientes da dignidade da pessoa (Nunes, 2008).

#### **4 CONCLUSÕES**

A gradual consolidação dos cuidados paliativos, seja em torno da abrangência do seu termo, seja em torno do desafio de implementação pelo médico na prática, caminha em conjunto com o avanço da bioética para a superação do modelo biomédico, isto é, a antiga visão de que a principal missão da medicina está na cura da doença, e não na busca pela qualidade de vida do paciente. Os cuidados paliativos, portanto, não pretendem prolongar a vida do paciente, e sim garantir a dignidade que um ser humano munido de direitos tem até o momento de sua morte (Paiva *et al.*, 2014).

Fabriz (2003), alicerçado na corrente principialista e nos direitos garantidos na Constituição Federal, afirma que “se a vida é um pressuposto fundamental, premissa maior, a dignidade se absolutiza em razão de uma vida que somente é significativa, se digna” (Fabriz, 2003). Desse modo, ao não praticar a eutanásia (cuja prática atingiria o caráter intransferível do direito à vida) e propondo o rompimento com as práticas de distanásia, amplamente utilizadas por décadas, os cuidados paliativos buscam manter a dignidade e aliviar o sofrimento do paciente e de sua família no fim da vida (Paiva *et al.*, 2014).

Assim, considerando a terminalidade humana, urge a necessidade de contínuo debate e implementação das práticas garantidoras de dignidade ao fim da vida, tanto para o indivíduo doente, quanto para a família, buscando evitar os excessos que naturalizaram a distanásia dentro de uma medicina mecanicista.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. G. Bioética, cuidados paliativos e terminalidade: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v.7(esp), p. 888-97, 2013.

BRUGUGNOLLI, I. D. *et al.* Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 477-485, 2013.

CUIDADOS paliativos tratam da vida, e não da morte. **EEP HCFMUSP**, 17 dez. 2018. Disponível em: <https://eephcfmusp.org.br/portal/online/cuidados-paliativos-tratam-vida-nao-morte/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

FABRIZ, D. C. **Bioética e direitos fundamentais**: a bioconstituição como paradigma do biodireito. Belo Horizonte: Mandamentos; p. 276, 2003.

GOLDIM, J.R. *et al.* Bioética, Origens e Complexidade. **Revista HCPA**. Porto Alegre, n. 26, v. 2, p. 86-92, 2006.

MENEZES, R.A. **Entre normas e práticas**: tomada de decisões no processo saúde/doença. Rio de Janeiro, n. 21, v. 4, p. 1429-49, 2011.

NUNES, L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. **Revista Bioética**. Brasília, v. 1, n. 16, p. 41-49, 2008.

PAIVA, F.C.L. de *et al.* Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**. Brasília, v. 3, n. 22, p. 550-558, 2014.

PALLIATIVE care. **Genebra: World Health Organization**, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/palliative-care#:~:text=Palliative%20care%20aims%20to%20prevent>. Acesso em: 4 dez. 2022.

SOUSA, A.T.O *et al.* **Palliative care: a conceptual analysis**. Brasil, v. 9, n. 2, p. 1-5, 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2947/667>. Acesso em: 01 dez. 2022.



# ORTOTANÁSIA NA FORMAÇÃO MÉDICA

SOUZA, Bianca Testolin de  
ARCEGO, Júlia Zin  
DAL PRÁ, Lucas Maciel  
ANDREOLI, Marina  
SALA, Vivian Pizzatto

## 1 INTRODUÇÃO

A tomada de decisão no contexto da terminalidade da vida tem sido objeto de estudo na área médica, principalmente em ambientes de Unidade de Terapia Intensiva, ao considerar-se o rápido avanço tecnológico que torna possível prolongar a vida às custas da deterioração progressiva de sua qualidade. Os dilemas relacionados à terminalidade ocupam espaço relevante no contexto da bioética, que visa respeitar a dignidade da pessoa humana (Schein *et al.*, 2008).

Quando a morte é compreendida como um processo natural e final da vida, a ortotanásia representa o respeito à morte digna, o que possibilita a humanização do processo de morte. Esse ato, legitimado pela justiça em 2010, apesar de ser de extrema complexidade e importância, possui falhas desde sua gênese durante o ensino médico, caracterizado pelo ensino insatisfatório das noções de terminalidade e finitude. Nesse sentido, busca-se com o presente trabalho elucidar dúvidas acerca da temática, além de ampliar a compreensão sobre a ortotanásia durante a formação médica, favorecendo uma formação ética e humanizadora do cuidado.

## 2 METODOLOGIA

Esta pesquisa é documental e transversal, para a qual foram buscados artigos científicos referentes à temática proposta, redigidos em língua portuguesa, nas plataformas indexadas de busca *SciELO* e *Google Acadêmico*. Os descritores utilizados foram “ortotanásia”, “legalidade” e “formação médica”. Com base na leitura sumária dos resumos das principais publicações encontradas, em concordância com os termos descritores, foram selecionados e utilizados 11 artigos, publicados entre os anos de 2007 e 2021. Ademais, também foi utilizada a publicação *online* da Resolução nº 1.805/06 do Conselho Federal de Medicina, texto fundamental da discussão teórica.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Definição e etimologia

A expressão ortotanásia advém de uma expressão grega *Orthos*, que traz como significado a morte, sendo essa o nome dado a conduta que os médicos tomam quando o estado geral do paciente é irreversível, e que a morte ocorrerá em pouco tempo, possibilitando assim que o paciente faleça cessando sua dor e sofrimento (Martins, 2013).

Na prática, é quando ocorre a suspensão de atos e métodos artificiais que prolonguem a vida de um paciente que já sem perspectiva de cura, trazendo como primazia de todo o processo a suspensão do sofrimento desnecessário. Essa proposta é englobada contemporaneamente na oferta de cuidados paliativos, assim respeitando as demandas espirituais, sociais, físicas e psicológicas até que a morte ocorra naturalmente (Almeida *et al.*, 2021).

### 3.2 Resolução CFM nº 1.805/06

Em 28 de novembro de 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a polêmica Resolução CFM nº 1.805/06, versando sobre o papel do médico na fase terminal de doenças graves e incuráveis. Traz em seu *caput* os seguintes termos:

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 de seu representante legal (Conselho Federal de Medicina, 2006).

Diante da vigência da norma a partir da data de sua publicação, o Ministério Público Federal (MPF) ingressou, em maio de 2007, com uma ação civil pública contra o CFM, requerendo o reconhecimento da ilegalidade da referida Resolução e sua subsequente suspensão liminar. O MPF valeu-se da argumentação de que o CFM não possuiria poder regulamentador para, nas palavras de Menezes e Ventura (2013, p. 204), “estabelecer como conduta ética um procedimento que é tipificado como crime, pois em seu entendimento a ortotanásia configura crime de homicídio eutanásico”. Naquele

momento, o juiz competente julgou procedente o pedido do MPF ao considerar relevante o suposto conflito entre a Resolução e o Código Penal, suspendendo liminarmente seus efeitos.

Uma longa discussão judicial se iniciou a partir desta decisão, com a participação de profissionais da saúde e setores da sociedade civil. O CFM sempre defendeu a legalidade da matéria, caracterizando a ortotanásia como uma conduta médica lícita no âmbito legal e legítima no âmbito moral. Finalmente, em dezembro de 2010, a Justiça determinou a legalidade da Resolução do CFM e o MPF não recorreu da decisão, o que iniciou a consolidação de um melhor entendimento acerca de uma prática social já presente em outros países: a assistência médica oportuna durante o processo de fim de vida, ou seja, a recente modalidade de assistência denominada como cuidados paliativos (Menezes; Ventura, 2013).

### **3.3 Princípios bioéticos da Medicina**

A bioética apresenta-se como um aparato interdisciplinar entre os ramos das ciências humanas e o campo científico e tem por objetivo a busca pela homeostase desses componentes, a fim fazer com que ambos funcionem de forma a respeitar a dignidade da pessoa humana. Para tal, a bioética dispõe de quatro princípios básicos de funcionamento: a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça (Junqueira, 2007).

A beneficência significa fazer o bem e a não maleficência consiste em evitar o mal. A autonomia é a capacidade de autodeterminação de um indivíduo, ou seja, a capacidade de gerenciar sua própria vontade dentro ou fora dos contextos de saúde-doença. Como último princípio, tem-se a justiça, que consiste em dar a cada indivíduo o que lhe é devido segundo suas necessidades (Rego; Palácios; Batista, 2009). Desse modo, sempre que o profissional propuser um tratamento ao paciente, ele deverá reconhecê-lo em sua totalidade, objetivando sempre o melhor tratamento no que diz respeito à técnica e também no reconhecimento de suas demandas subjetivas, sempre atento aos princípios norteadores da boa prática médica.

### **3.4 Confusão conceitual**

Existem três termos referentes as formas de morte para o indivíduo que está em fase terminal da vida: eutanásia, distanásia e ortotanásia. Inicialmente, a eutanásia pode ser definida como a

abreviação intencional da vida a fim de aliviar ou evitar o sofrimento desnecessário do enfermo cuja morte é iminente, ou seja, descreve a antecipação da morte. No Brasil, representa um ato ilegal, tipicado como homicídio eutanásico, porém em outros países é aceita, como na Holanda e na Bélgica (Cano *et al.*, 2020).

Já a distanásia, também conhecida como “obstinação terapêutica” ou “futilidade médica”, trata-se da prorrogação exagerada da morte de um paciente terminal. Essa prática não visa prolongar a vida, mas sim o processo da morte. A distanásia conceitua-se como uma morte difícil ou penosa, pois é usada para indicar o prolongamento do processo da morte, por meio de tratamentos que apenas prolongam a vida biológica do paciente, sem qualidade de vida e sem dignidade, uma vez que o processo de cura já é inatingível, nesses casos. Essa prática só trará mais sofrimento, tanto para o paciente quanto para a sua família, sem perspectiva de recuperar a vida e o bem-estar (Cano *et al.*, 2020).

Ortotanásia é a morte por seu processo natural e inevitável. Neste caso, o doente já está em processo natural da morte e recebe uma contribuição do médico para que este estado siga seu curso natural, respeitando o direito do indivíduo de morrer com dignidade, amparada por cuidados paliativos. Assim, ao invés de se prolongar artificialmente o processo de morte como o que ocorre na distanásia, deixa-se que ela se desenvolva naturalmente (ortotanásia), sem interferência da ciência, permitindo ao paciente morte digna, sem sofrimento, deixando a evolução e percurso da doença. Apesar de não se fazer interferência para o prolongamento da vida, o papel da equipe de saúde multidisciplinar deve ser a promoção do conforto por meio do alívio dos sintomas físicos do processo terminal. Porém, nesses pacientes não são administrados procedimentos fúteis (Cano *et al.*, 2020).

### **3.5 Responsabilidade civil do médico que pratica ortotanásia**

Tendo em vista a correta discriminação entre eutanásia, distanásia e ortotanásia, é preciso entender de onde provem a insegurança dos profissionais médicos em estabelecerem essa conduta ao seu doente terminal. Para que a ortotanásia pudesse ser considerada ilícita, o médico que a pratica precisaria ser responsabilizado civilmente, conceito necessariamente composto pelos seguintes elementos: a culpa, que engloba as noções de negligência, imprudência e imperícia; o dano, em que há uma lesão a um bem jurídico, no caso, o direito à vida do paciente, patrimonial ou moral; e o nexo causal,

que compreende a relação entre a causa e o efeito do ato médico, tanto comissivo, quanto omissivo, e o dano causado ao paciente (Rodrigues, 2014).

Contudo, ao versar sobre a ortotanásia, diretamente tratamos sobre terminalidade. A conceituação da ortotanásia pressupõe a aplicação de cuidados paliativos, logo, o princípio de culpa proveniente da responsabilidade civil não pode ser aplicado. O cenário em que a ortotanásia é passível de acontecer, compreende um doente em fase terminal, no qual o risco de morte é iminente e inevitável, portanto, o dano, que poderia ser entendido como a violação do direito à vida, passa a não ser coerente, já que a morte irá ocorrer de uma forma ou de outra. Nesse sentido, em que a morte decorre da enfermidade do paciente, o nexo de causalidade também não pode ser empregado, posto que o ato médico, ainda que administrando todas as técnicas para o prolongamento da vida do paciente (distanásia), não muda o curso natural da doença. É válido ressaltar que, em contrapartida à ortotanásia, ato médico que respeita a dignidade do paciente ante seus últimos segundos de vida, priorizando a qualidade de vida até a morte, a distanásia, quando realizada contra a vontade do paciente é passível de alegação de culpa em forma de negligência (Cruz; Oliveira, 2013).

### **3.6 Abordagem da ortotanásia na formação médica**

Em 2019, foi realizada uma pesquisa entre docentes de um curso de Medicina em uma Universidade do Norte do Brasil. Dos 62 docentes, apenas 15 aceitaram participar, dentre eles, a maioria ministrava aulas para o primeiro e segundo ano. Dentre os vários dados muito relevantes da pesquisa, podemos destacar: 66% diziam conhecer o conceito, 26,7% confundem a ortotanásia com eutanásia e 6,67% com distanásia; além disso, a maioria (66,7%) afirma “não precisar” praticar a ortotanásia no dia-a-dia de trabalho; para mais, todos os profissionais entrevistados afirmaram que sua formação profissional foi insatisfatória no que diz respeito ao processo de morte e duas ramificações (Almeida *et al.*, 2021).

Almeida *et al.* (2021), mencionam um ponto central para se construir um entendimento do contexto atual de ensino que envolve, de forma ainda precária, a conduta da ortotanásia:

[...] se a ortotanásia realmente não é aplicada de modo usual nas rotinas dos profissionais de saúde, ou eles não a conhecem ou não entendem do que se trata. Não se reconhece a aplicação do que se ignora, reiterando a importância de uma formação docente sobre o tema.

O que se constata no processo de formação do curso de medicina é a prevalência de disciplinas teóricas e práticas específicas da graduação, em detrimento de temas de inserção curricular como ortotanásia (Almeida *et al.*, 2021).

Dessa forma, para além de incluir nos currículos dos cursos da saúde temáticas como a da ortotanásia, faz-se necessário treinamento especializado aos docentes para que eles tenham domínio, não somente para o ensino, mas também para sua conduta diária, de forma a beneficiar a qualidade de vida de pacientes terminais sem a mitificação da temática, juntamente com a segurança de uma conduta ética (Almeida *et al.*, 2021).

#### **4 CONCLUSÃO**

Tendo em vista a complexidade que abrange a temática da morte, faz-se necessário o entendimento correto de todo o processo de terminalidade, juntamente com todos os aspectos biológicos, psíquicos, espirituais e sociais, para que, a equipe de cuidado desses doentes, tenham domínio e segurança sobre quais atos médicos são necessários, em quais momentos e até que ponto são benéficos ou maléficos. Nesse sentido, o estudo sobre a ortotanásia, concomitante a sua correta discriminação das outras formas do processo de morte, nos remete aos princípios bioéticos da medicina, à linha tênue e conflituosa que existe entre o ato de salvar uma vida a qualquer custo ou permitir uma morte digna e livre de sofrimento.

A temática da morte ainda é muito atravessada pelo instinto salvador do profissional da saúde, ou então pela negação aterradora que o ser humano tem em relação à finitude humana e a noção errônea de que a morte é apenas um momento e não um processo. Por isso, a discussão ainda é muito escassa e rasa, e ela só se estabelece dessa forma pois na prática ela ainda atua como dúvida e não segurança, às custas do sofrimento de muitos pacientes que poderiam sim ter um processo de morte tranquilo, mas sofrem, no lugar, a distanásia.

Para que essa realidade possa alcançar um outro patamar, no qual as equipes tenham ciência e domínio não somente da temática, mas também do seu manejo, é necessário que essas discussões sejam mandatórias em todos os cursos voltados à saúde. Mas, para que isso ocorra, e possa-se formar profissionais que saibam cuidar de quem morre, é preciso voltar algumas casas e re-treinar aqueles que

hoje ministram aulas, pois é natural que eles não pratiquem ou ensinem sobre a ortotanásia, já que eles não foram treinados para tal.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. P. C. *et al.* Ortotanásia na formação médica: tabus e desvelamentos. **Revista Bioética**, v. 29, n. 4, p. 782-790, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294511>. Acesso em: 27 nov. 2022.

CANO, C. W. A. *et al.* Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia. **Revista Bioética**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 376-383, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020282399>. Acesso em: 21 nov.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.805, de 09 de novembro de 2006. **Resolução CFM Nº 1.805/2006**. Brasília, DF, 28 nov. 2006. p. 169-170. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 21 nov. 2022.

CRUZ, M. L. M.; OLIVEIRA, R. A. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 405-411. 13 Mar 2014. ISSN 1983-8034. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/85szscKmBZFgGqLqC55xvQ/?lang=pt#>. Acesso em: 27 nov. 2022.

JUNQUEIRA, C. R. "Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios". In: RAMOS, D. L. P. **Bioética e ética profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Acesso em: 02 dez. 2022.

MARTINS, C. E. **Ordenamento jurídico brasileiro aceita ortotanásia**. 2013. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2013-set-17/carlos-martins-ortotanasia-aceita-nosso-ordenamento-juridico#:~:text=Ortotan%C3%A1sia%20%C3%A9%20o%20nome%20dado,de%20poupar%20lhe%20mais%20sofrimento..> Acesso em: 17 dez. 2022.

MENEZES, R. A.; VENTURA, M. Ortotanásia, sofrimento e dignidade: entre valores morais, medicina e direito. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S.L.], v. 28, n. 81, p. 213-229, fev. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69092013000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/KthhpN5JyP943XF7jQ8bMhc/?lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2022.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética: histórico e conceitos. In: **Bioética para profissionais da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 13-38. ISBN: 978-85-7541-390-6. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0002>. Acesso em: 21. nov. 2022.

RODRIGUES, A. C. M. Responsabilidade civil médica: distribuição do ônus da prova e a teoria da carga probatória. **Revista de Informação Legislativa**. [S.L.]. 2014, v. 51, n. 203, p. 249-270, set. 2014. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/507416/001017707.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 nov. 2022.

SCHEIN A. E. *et al.* Avaliação dos conhecimentos dos intensivistas sobre morte encefálica. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 20, n. 2, p. 173-7, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/QJ4Xtzb57Xycth8FYhjD4Mv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 nov. 2022.

STEINHAUSER, K. E. Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. *Jama*, [S.L.], v. 284, n. 19, p. 2476, 15 nov. 2000. **American Medical Association (AMA)**. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>. Acesso em: 05 dez. 2022.



