

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: UM NOVO DESAFIO PARA A RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE

ADVANCE DIRECTIVES: A NEW CHALLENGE TO THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Cristiane Avancini Alves^{1,2,3}, Marcia Santana Fernandes^{1,2,3},
José Roberto Goldim^{2,3,4}

RESUMO

O crescente reconhecimento da autonomia e da auto-determinação dos pacientes nos processos de tomada de decisão sobre questões envolvidas em seus tratamentos de saúde é uma das marcas do final do século 20. Estas mudanças vem se consolidando até os dias de hoje. Inúmeras manifestações neste sentido podem ser identificadas, como, por exemplo, a modificação do Código de Ética Médica e a aprovação da Resolução do Conselho Federal de Medicina sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. Este reconhecimento da autonomia do paciente repercute diretamente nas relações entre médico e paciente, médico e família do paciente, e médico com a equipe assistencial.

Palavras-chave: diretivas antecipadas; autonomia; relações médico-paciente

ABSTRACT

The growing recognition of patients' autonomy and self-determination in the decision-making processes on issues involved in their health care is one of the hallmarks of the late 20th century. To date, these changes are still being consolidated. Countless initiatives can be identified, such as the amendment to the Code of Medical Ethics and the approval of the Resolution of the Federal Medical Board on Advance Directives. This recognition of the patient's autonomy has a direct impact on the doctor-patient, doctor-patient's family, and doctor-medical team relationships.

Keywords: advance directives; autonomy; doctor-patient relationship

Da participação à autonomia

A necessidade de incluir o paciente nas atividades de atenção à saúde é uma discussão que perpassa a história da Medicina. Desde o tempo da Escola Médica de Hipócrates já existe menção à participação ativa do paciente no tratamento. No primeiro livro da Epidemia, Hipócrates propôs aos médicos:

“O médico deve ser capaz de relatar os antecedentes, conhecer o presente e prever o futuro – deve mediar estas

coisas e ter dois objetos especiais em perspectiva, em relação às doenças, quais sejam, fazer o bem ou não fazer o mal. A prática consiste em três coisas: a doença, o paciente e o médico. O médico é servo da técnica, e o paciente deve combater a doença juntamente com o médico” (1).

Este texto evidencia a característica de participação efetiva do paciente no processo. O médico, nesta perspectiva, deve estar plenamente capacitado para exercer a sua atividade, atuando em conjunto com o paciente.

Revista HCPA. 2012;32(3):358-362

¹Curso de Direito, UniRitter.

²Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

³Instituto de Estudos Culturalistas, IEC.

⁴Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Contato:

Cristiane Avancini Alves
crisavancini@gmail.com
Porto Alegre, RS, Brasil

Outro marco relevante na participação dos pacientes foi o voto do juiz Benjamin Cardozo no caso Schloendorff, em 1914. A proposta de que “todo ser humano de idade adulta e com plena consciência, tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio corpo” introduz a noção de autonomia na perspectiva do paciente (2).

Com a mudança de cenários ocasionada pelo avanço do conhecimento e da sua transposição à prática médica, inúmeras novas questões foram introduzidas no ato de cuidar e tratar. As repercussões dos transplantes de órgãos, das diferentes formas de morrer, das novas tecnologias de diagnóstico e tratamento sobre a relação médico-paciente foram objeto de reflexão de Paul Ramsey, em 1973. A publicação do seu livro - *The Patient as Person* – retomou a discussão sobre o papel do paciente, refletindo sobre a dimensão do conceito de pessoa na perspectiva do paciente (3).

O reconhecimento da participação ativa do paciente nas áreas de assistência e de pesquisa foram discutidos e propostos ao longo da década de 1970. A discussão de aspectos bioéticos associados a estas duas áreas foi proposta pelo Relatório Belmont (4) e pelo livro *Princípios de Ética Biomédica* (5). O Princípio do Respeito às Pessoas, contido no Relatório Belmont, e o Princípio da Autonomia, proposto por Beauchamp e Childress, caracterizam o dever de considerar a auto-determinação dos participantes de pesquisa e dos pacientes no processo de tomada de decisão. A principal consequência foi no processo de consentimento informado, onde o pesquisador ou o médico informam o participante ou o paciente sobre os procedimentos, riscos e benefícios associados, e estes últimos manifestam a sua autorização ou não de forma voluntária. Nesta perspectiva o profissional propõe os procedimentos e o paciente pode aceitar ou não.

Na década de 1990, duas propostas de regulamentação de uma nova perspectiva surgiram paralelamente, uma na Europa e outra no Estados Unidos. Nos Estados Unidos foi a aprovação da Lei de Auto-determinação do Paciente, em 1990 (6). Na Europa, em 1997, foi proposta a Convenção de Oviedo sobre Direitos Humanos e Biomedicina (7), que já vinha sendo discutida desde 1990. Em ambos documentos o paciente poderia antecipar a sua decisão sobre procedimentos assistenciais. Esta manifestação antecipada de vontade, por meio de documentos como “Living Will” ou de Diretivas Antecipadas, deveria ser levada em consideração pelos médicos e demais profissionais de saúde, na impossibilidade do paciente poder manifestar sua autorização a procedimentos que lhe são prescritos. O Conselho da Europa reiterou esta posição na Resolução 1859 de janeiro de 2012.

A participação do paciente no processo de tomada de decisões sobre seu tratamento também chegou ao Brasil. O Código Civil, de 2002, estabeleceu, em seu artigo 15, que: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (8). Da mesma forma, o novo Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, aprovado em 2009, também estabelece em muitos de seus artigos a necessidade de reconhecer a autonomia do paciente (9). Este processo teve continuidade com a proposta de garantir a manifestação dos pacientes, por meio das Diretivas Antecipadas de Vontade, na Resolução 1955/2012, do Conselho Federal de Medicina (10).

As diretivas antecipadas de vontade no Brasil

Em primeiro lugar cabe um comentário sobre a adequação da denominação utilizada na Resolução CFM 1955/2012 (10), para esta situação: Diretivas Antecipadas de Vontade. Existem diversas maneiras de denominar esta mesma questão: manifestação explícita da própria vontade, testamento vital, biotestamento, testamento biológico, diretivas avançadas, vontades antecipadas, entre outras.

A denominação “manifestação explícita da própria vontade” foi utilizada por Joaquim Clotet, no primeiro artigo publicado no Brasil sobre este tema, em 1993, quando discutiu a Lei norte americana que estabeleceu esta possibilidade naquele país a partir do ano de 1991 (11).

A expressão norte-americana - Living Will - tem sido traduzida como Testamento Vital, Biotestamento ou Testamento Biológico. Utilizar a palavra “testamento” pode gerar confusão, pois um testamento é uma manifestação antecipada, mas que tem a sua eficácia apenas com a morte desta pessoa. As diretivas antecipadas de vontade, ao contrário, são manifestações de vontades a serem seguidas quando esta pessoa ainda está viva (12). A palavra “will” foi utilizada no sentido de vontade, de desejo, de escolha consciente. Contrariamente ao texto da Resolução 1955/2012, a imprensa leiga fez a divulgação utilizando a denominação “testamento vital” (13).

A denominação Diretivas Antecipadas de Vontade, utilizada na Resolução 1955/2012 (10), caracteriza adequadamente o seu propósito:

- a) Diretiva, por ser um indicador, uma instrução, uma orientação, e não uma obrigação;
- b) Antecipada, pois é dita de antemão, fora do conjunto das circunstâncias do momento atual da decisão;

c) Vontade, ao caracterizar uma manifestação de desejos, com base na capacidade de tomar decisão no seu melhor interesse.

Os Considerandos da referida Resolução 1955/2012 (10) apresentam a competência legal do Conselho Federal de Medicina em estabelecer normas para os profissionais médicos e justifica esta proposta com base nos princípios contidos no próprio Código de Ética Médica de 2009 (9). Um de seus fundamentos é o reconhecimento da autonomia do paciente.

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (10).

O artigo 1º dá a clara caracterização do que são as diretivas antecipadas de vontade: uma manifestação prévia, livre e autônoma da vontade do paciente. Esta manifestação pode ser no sentido de desejar receber ou não determinados tipos de tratamento, quando o próprio paciente estiver impossibilitado de manifestar a sua vontade. Estes desejos são antecipações que devem orientar a tomada de decisão no caso de incapacidade do paciente.

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

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

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

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

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

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética

da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente (10).

O artigo 2º, devido a sua complexidade, ao abordar diferentes questões associadas ao mesmo tema, será comentado de forma a agregar conteúdos complementares.

No caput deste artigo 2º, consta claramente a característica de ser uma diretiva, propondo que na impossibilidade de manifestação do paciente e havendo esta antecipação de vontade, estas serão levadas em consideração pelo médico, mas não deverão ser obrigatoriamente cumpridas. O conjunto de circunstâncias presentes no momento da tomada de decisão deverá ser igualmente levadas em consideração. Mesmo na incapacidade do paciente, a decisão permaneça compartilhada. Não é o domínio de uma vontade sobre a outra, mas sim um balanço adequado de ambas. É o reconhecimento de que a relação médico-paciente se realiza como reconhecimento da alteridade, do estabelecimento de uma relação de corresponsabilidade.

Conjugando esta característica com o parágrafo 2, deste mesmo artigo, esta adequação deve ser balizada pelo Código de Ética Médica (9). Quando a vontade expressa pelo paciente for contrária ao que ali está estabelecido, o médico fica eticamente impedido de acatar a vontade do paciente. Este parágrafo garante a adequação do ato médico em si e dá tranquilidade para que o médico se declare impedido de realizar procedimentos contrários aos pressupostos de adequação da prática médica corrente.

O parágrafo 4 estabelece a obrigatoriedade do registro das diretivas antecipadas de vontade no próprio prontuário do paciente. Não há a necessidade de um documento específico, nem a intervenção de outros agentes. Esta proposta reitera que esta situação está claramente vinculada a relação médico-paciente. Em 2011 surgiu um debate na Itália sobre a validade do registro de vontades antecipadas por meio de redes sociais na internet (14), uma outra forma encontrada, naquele contexto, para publicizar essa vontade. O médico deve orientar o paciente no sentido de compartilhar estas suas posições sobre procedimentos com os seus familiares e amigos de confiança. Estas informações podem ser úteis no sentido de orientar futuras decisões que tenham que ser tomadas. Caso o paciente permita, é interessante que outros profissionais envolvidos em seu atendimento, reiterem

as suas restrições em suas evoluções, no sentido de demonstrar que havia voluntariedade presente quando desta comunicação.

O parágrafo 3º indica uma clara priorização da vontade do paciente, caso manifestada de forma antecipada e adequadamente registrada em prontuário, sobre outros desejos expressos pelos seus familiares sobre uma mesma decisão a ser tomada. Havendo um conflito entre a vontade documentada do paciente, atualmente incapaz de tomar decisões, e de seus familiares, prevalece a decisão antecipada pela própria pessoa. A difusão de suas vontades, especialmente de suas não-vontades, garante ao paciente que outras pessoas, além do médico, conheçam as suas preferências. Esta difusão pode ser um fator de convencimento para os familiares, em caso de discordância. Esta situação pode ser difícil de lidar, por parte do médico, pois quando os membros de uma família não tem um consenso sobre como conduzir o processo de tomada de decisões, o conflito de opiniões pode se estabelecer. A difusão prévia das vontades e não-vontades do paciente pode ser um importante elemento de argumentação.

O parágrafo 1º estabelece a possibilidade de que o paciente deixe documentada de que a sua vontade seja expressa por uma outra pessoa, claramente identificada, que o represente em caso de incapacidade. Da mesma forma que as vontades antecipadas pelo próprio paciente, a Resolução estabelece que a vontade do representante também será levada em consideração pelo médico (10), mas igualmente sem o caráter de obrigatoriedade. Da mesma forma que as suas preferências pessoais, esta delegação deve ser tornada pública, quando autorizada pelo paciente, entre as pessoas de suas relações familiares e afetivas mais próximas. A equipe de profissionais de saúde deve receber esta informação no sentido de saber a quem

recorrer no caso de ter que tomar alguma decisão ou compartilhar alguma informação.

Finalmente, o parágrafo 5º prevê a possibilidade do médico ter que tomar decisões em situações onde não há documentação das vontades antecipadas pelo paciente, nem a indicação de um representante ou quando os familiares não estão disponíveis, ou ainda, quando existe uma divergência de opiniões entre os familiares (10). Neste caso o médico, quando julgar necessário, poderá justificar a sua decisão ao Comitê de Bioética Clínica da instituição, ou na sua ausência à Comissão de Ética Médica ou aos próprios Conselhos Regional ou Federal de Medicina. Esta possibilidade não é uma delegação para que estes órgãos colegiados deliberem sobre a decisão em si, mas sim que auxiliem o médico na busca de justificativas adequadas à sua conduta. O Comitê de Bioética Clínica, contrariamente ao que foi divulgado na imprensa (13), preserva a sua condição de órgão consultivo que auxilia o profissional a tomar decisões, mas não toma decisões em seu lugar.

Da autonomia à corresponsabilidade

Reconhecer a autonomia do paciente não é destituir a autonomia do médico, mas sim reconhecer a alteridade presente nesta relação, onde as decisões devem ser compartilhadas. Da responsabilidade individual, nesta perspectiva de compartilhamento, surge a noção de corresponsabilidade (15). Não há uma submissão, mas sim o mútuo reconhecimento de uma co-presença ética na relação médico-paciente.

Em suma, a Resolução CFM 1955/2012 apresenta uma posição clara para o processo de tomada de decisão em situações em que o paciente esteja incapacitado de participar ativamente neste processo, garantindo a possibilidade de que seus desejos possam, ainda assim, ser levados em consideração (10).

REFERÊNCIAS

1. Lloyd GER. Hippocratic Writings. London: Penguin Books; 1978. p. 380.
2. Cardozo B. Dissenting opinion in Schloendorff v. Society of New York Hospital. [Internet]. 1914. Available from: <http://www.bioetica.ufrgs.br/schloend.htm>
3. Paul Ramsey. The Patient as Person. New Haven: Yale UPress; 1973.
4. US Government. The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012; 1978.
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 1st ed. New York: Oxford; 1978.
6. US Government. Federal Patient Self Determination Act Sec. 4751. Washington DC; 1990 p. 216–8.
7. Michaud J. Explanatory Report To The Convention For The

- Protection Of Human Rights And Dignity Of The Human Being With Regard To The Application Of Biology And Medicine : Convention On Human Rights And Biomedicine. Strasbourg; 1997 p. 36.
8. Brasil. Código Civil. Lei 10.406/2002. 2002.
 9. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica (Resolução CFM No 1931/2009). Brasília: CFM; 2010. p. 1–100.
 10. Conselho Federal de Medicina (CFM). RESOLUÇÃO CFM no 1.995/2012 Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União. 2012;Seção I(170):269–70.
 11. Clotet, J. Reconhecimento e institucionalização da autonomia do paciente: um estudo da the patient self-determination act. Bioética 1993;1(2):157-163.
 12. Alves, CA. Fim de vida e linguagem. Zero Hora, 12/09/2012:Opinião.
 13. Ely, L. Testamento Vital. Zero Hora, 22/09/2012:Caderno Vida.
 14. Alves, CA. Biotestamento? O Facebook te ajuda. Correio do Povo, 23/03/2011.
 15. SOUZA, RT. Sujeito, Ética e História: Lévinas, o traumatismo infinito e a crítica da filosofia ocidental. Porto Alegre, EDIPUCRS, 1999.

Recebido:01/10/2012

Aceito: 09/10/2012