

DECISÃO SUBSTITUTA.
OS MODELOS DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E O PAPEL DOS
DECISORES SUBSTITUTOS SOBRE OS DIREITOS DE PESSOAS
INCAPACITADAS

RESUMO

Após a ocorrência de vários casos emblemáticos na rotina médica americana que versaram sobre a vontade última de pacientes terminais impossibilitados de exercer sua autonomia em decisões sobre quais tratamentos queriam ou não receber quando ficassem incapacitados de escolhê-los, o poder legislativo desse país foi instado a publicar uma lei federal que disciplinasse o tema, dando aos enfermos a garantia de que suas decisões autônomas seria respeitadas, na mesma ocasião foi criado o instrumento denominado de diretiva antecipada. Tal lei é conhecida como *The Patient Self-Determination Act (PSDA)* e entrou em vigência em 1º de dezembro 1991. No Brasil, em 2012 seguindo a mesma linha de garantia do direito a uma morte digna e o apoio à autonomia, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1995, introduzindo em nosso ordenamento jurídico as diretivas antecipadas de vontade e dando sua regulamentação. Ambos os instrumentos denotam a prevalência do princípio do respeito à autonomia, bem explanado pelos filósofos Tom L. Beauchamp e James F. Childress em sua obra clássica *Princípios de Ética Biomédica*. Este artigo pretende usar subsidiariamente os conceitos demonstrados nesse livro, discorrer sobre os modelos de decisão substituta e o papel mal definido dos decisores substitutos sobre as vontades autônomas dos pacientes incapacitados de exercer suas preferências em tratamentos médicos.

Palavras-chave: Ética biomédica. Autonomia. Decisores substitutos.

Sumário: 1 Introdução; 2 Os modelos de diretivas antecipadas e o papel dos decisores; 3 Conclusão

1 Introdução

Dentro do campo da Bioética, a obra clássica *Princípios de Ética Biomédica* escrita pelos filósofos Tom L. Beauchamp e James F. Childress é de leitura obrigatória para nos dar a compreensão de conceitos essenciais sobre os princípios que regem a conduta médica em hospitais, no atendimento aos seus pacientes e nas pesquisas científicas em que o ser humano é objeto de testes experimentais. Publicada pela primeira vez em 1979 e republicada em outras datas, seu texto abrangente, profundo e didático é usado como base para o desenvolvimento de protocolos e regras concernentes aos cuidados que se deve ter na proteção à dignidade da pessoa humana.

O que nos interessa no presente artigo é sua definição sobre os modelos de decisão que os decisores poderão evocar diante das situações em que pacientes internados não puderem exprimir suas opiniões autonomamente sobre os tratamentos que querem ou não receber na terminalidade da vida ou quando estiverem incapacitados temporariamente ou permanentemente de manifestar livremente suas vontades.

Entendemos que ao definir os modelos de decisão substituta, sendo eles o *juízo substituto*, a *pura autonomia* e o dos *melhores interesses*, foi dada primazia na aplicação do princípio do respeito à autonomia, mas pouco ou quase nada se disse para desenhar e apoiar o papel que os decisores substitutos devem desempenhar nas suas funções e ações precedentes ou posteriores quando forem instados a decidir.

Ao não tratar especificamente do papel dos decisores, os instrumentos legais ficaram incompletos. Esse tratamento não deve se resumir na aceitação de uma obrigação, tal qual um contrato civil, mas sim criar condições favoráveis e confortáveis para que eles possam realmente decidir com racionalidade diante de situações conflituosas, emotivas e dolorosas, possíveis de ocorrer com familiares e amigos próximos durante uma internação hospitalar.

Pretendemos introduzir e desenvolver uma crítica nesse âmbito e refletir sobre o papel aceitável que os decisores substitutos podem desempenhar.

2 Os modelos de diretivas antecipadas e o papel dos decisores

Na ética prática encontramos possibilidades de analisar e resolver casos reais envolvendo condutas e julgamentos morais por meio da aplicação de teorias éticas gerais. É da natureza humana sensata abordar problemas com ponderações que conduzam a conclusões mediante escolhas realizadas racionalmente. Embora a adoção de princípios éticos possam encaminhar decisões, nem sempre é possível solucionar questões categoricamente, por vezes, após algumas reflexões, estes se tornam ainda mais complicados.

Os autores Beauchamp e Childress por meio de juízos ponderados dentro da ética biomédica definem quatro grupos de princípios, segundo eles “são diretrizes gerais que deixam um espaço considerável para um julgamento em casos específicos e que proporcionam uma orientação substantiva para o desenvolvimento de regras e políticas mais detalhadas”(2002; pag. 55), de forma que eles não irão conferir certezas no desempenho das ações a serem tomadas em casos particulares, mas o espaço deixado por essa inexatidão será preenchido pela responsabilização moral decorrente de seu emprego nos julgamentos de casos particulares. A utilização de princípios é forma auxiliar de gerir condutas humanas, mas não é ferramenta que nos livra de angustias precedentes e consequentes oriundas do enfrentamento de questões sobre tratamentos médicos paliativos, pesquisas científicas com seres humanos, prolongamento da vida, antecipação da morte, sobrevivência com qualidade de pacientes terminais e muitas outras pertinentes ao campo de estudo da bioética.

Os quatro grupos de princípios são: (1) o respeito pela autonomia (uma norma sobre o respeito pela capacidade de tomar decisões de pessoas), (2) a não maleficência (uma norma que previne que se provoquem danos), (3) a beneficência (um grupo de normas para proporcionar benefícios e ponderar benefícios contra riscos e custos), e (4) a justiça (um grupo de normas para distribuir os benefícios, os riscos e os custos de forma justa) (Beauchamp; Childress, 2002, pag. 56).

Importa-nos definir o que pode ser caracterizado como autonomia e o respeito a ela, porque apesar dos princípios não serem absolutos e não possuírem uns sobre os outros certas prevalências, tem se tornado mais frequente sua afirmação e disseminação como apoio nas tomadas de decisões de pacientes hospitalizados e agentes de pesquisas médico científicas.

Não existe um conceito único sobre autonomia na filosofia ou na linguagem comum, várias interpretações são possíveis, dentre elas autogoverno, liberdade de escolha e da vontade, privacidade, deliberação independente, liberdade de decidir por si próprio. Ela somente irá ter um sentido específico quando empregada dentro de uma teoria ou em um contexto (Beauchamp; Childress, 2002, pag. 138). No presente artigo iremos emprestar a definição de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, qual seja “o governo pessoal do eu que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros como de limitações pessoais que obstam a escolha expressiva da intenção, tais como a compreensão inadequada”. O enfoque da autonomia será dado na escolha autônoma, pois esse é o momento adequado para ser averiguada sua execução por agentes autônomos.

O modelo básico da expressão da autonomia é o consentimento informado e expresso. Qualquer paciente ou responsável terá que ler, preencher e assinar tal documento nas situações em que houver a necessidade de intervenções invasivas, alguns exames ou internações hospitalares. Para os autores, alguém que assina um formulário sobre consentimento informado sem lê-lo ou compreendê-lo na realidade não está agindo de forma autônoma.

A ação autônoma deverá ser intencionalmente adotada, com entendimento razoável dos fatos relevantes e livre de influências controladoras externas coercitivas.

O respeito à autonomia das pessoas requer que reconheçamos o direito delas terem suas opiniões, fazer escolhas e agir com base em valores e crenças individuais. Objetivamente, esse respeito também requer às partes envolvidas na tomada de decisões que os agentes sejam capacitados e informados para que atinjam a maturidade e a compreensão necessárias do agir autônomo. Como premissas básicas, esse conceito é inserido de elementos como a capacidade, a competência e a voluntariedade dos pacientes, a revelação de informações pelos profissionais, a confirmação do seu entendimento e o seu consentimento livre e esclarecido. O controle sobre si mesmo deve também mitigar ou excluir o papel que a autoridade médica exerce nas decisões autônomas.

As diretivas antecipadas de vontade se converteram em documentos de apoio a decisões após um processo histórico de casos difíceis nos quais os tribunais e legisladores americanos julgaram e disciplinaram situações envolvendo o desejo expresso ou não por pessoas incapacitadas de emitir sua opinião sobre os

tratamentos que lhes seriam ministrados para prolongar a vida, antecipar a morte ou diminuir a dor. A partir da ênfase dada à autonomia, muito se discutiu acerca do predomínio da vontade desses pacientes em face dos desejos e objeções das partes responsáveis, médicos e familiares, encarregados de executar as ações fincadas em seus melhores interesses.

Para tomar decisões em nome de pacientes não autônomos ou com autonomia reduzida, nos momentos em que estes são incapazes de aceitar, escolher ou recusar tratamentos, uma pessoa, o hospital, um médico ou familiares podem ser determinados como decisores substitutos. A designação desses decisores pode ser feita por juízes, outras autoridades ou até mesmo pelos próprios pacientes. Caberão aos decisores a deliberação, a aceitação de condutas e as ordens práticas para execução das decisões.

Três modelos de decisão substituta são propostos pelos autores de *Princípios de Ética Biomédica*.

O modelo do *juízo substituto* pretende desvendar quais seriam os desejos do incapacitado se este pudesse exprimir sua vontade. Ele pode ser usado nos casos em que a pessoa foi capaz durante a vida e haja razão suficiente e bem fundada para tomar as decisões que o paciente teria tomado (2002; pag. 197). Cria-se uma ficção para atender o poder autônomo de alguém que não mais será capaz de agir com autonomia, essa transferência de poder decisório, nos casos analisados foi dada mediante decisões judiciais a parentes e médicos, sempre levando em conta os valores que puderam ser averiguados na conduta dos enfermos enquanto puderam expressá-los. Os tribunais americanos decidiram alguns casos fazendo analogias com problemas semelhantes, nas situações em que não havia familiares aptos a decidir ou qualquer outra evidência sensata emanada do paciente.

No modelo da *pura autonomia*, os pacientes já deixaram explícitas suas decisões e vontades antes de se tornarem incapazes, é geralmente expresso num documento escrito, mas também poderão ser inferidas a partir de declarações claramente demonstráveis indicativas de suas preferências. Nesse modelo há também a aplicação de regras e princípios que determinam e orientam o consentimento informado livre e esclarecido (Beauchamp; Childress, 2002). Os decisores agirão de acordo com esse modelo, mas com a admissão de exceções sempre que a aplicação das diretrizes provocar um tratamento desumano, ou seja, se a situação de cuidado não for prevista pelo emissor da declaração antecipada no

momento em que este a proferiu haverá uma reavaliação sobre a ação nos melhores interesses do doente.

O modelo dos *melhores interesses* induz os decisores nas ações a serem tomadas de acordo com o momento e não com base em circunstâncias imaginadas antecipadamente. Numa relação de decisões possíveis, o decisor deverá aplicar aquelas que tragam melhores benefícios aos pacientes para maximizar a qualidade de vida, mitigando riscos e ponderando os custos (Beauchamp; Childress, 2002). A autonomia somente é utilizada se for condizente com o bem-estar do próprio paciente. Esse modelo pode ser usado quando os pacientes nunca foram capazes ou suas preferências, crenças e valores não podem ser aferidos ou não há credibilidade nas evidências.

Beauchamp e Childress concluem “Embora tenhamos justificado a obrigação de solicitar as decisões dos pacientes com base no respeito à autonomia, reconhecemos que as exigências precisas do princípio permanecem indeterminadas e abertas à interpretação e à especificação.” e “fazer do princípio da autonomia um curinga – em vez de considerá-lo um dos princípios – confere a ele um valor excessivo”.

Nos EUA a legislação federal que deu mais substância ao discurso enfatizado na autonomia foi aprovada pelo Congresso e se tornou vigente a partir de 1º de dezembro de 1991, com o nome *The Patient Self-Determination Act (PSDA)*. Como é comum nas sociedades modernas, o impulso legislativo somente é conseguido após a verificação de fatos sociais repetitivos e recorrentes, ou seja, antes do *PSDA* ocorreram conflitos éticos que levaram as questões aos tribunais, alguns estados americanos anteciparam a edição de diretrizes legais para afirmar que a autonomia do paciente deve ser levada em consideração sempre que possível e ser aplicada em detrimento de outros interesses e objeções médicas ou familiares.

Essa lei estrangeira é aderente ao modelo de pura autonomia proposto por Beauchamp e Childress.

Em Portugal, no ano de 2012 foi publicada a Lei 25, regulatória das diretivas antecipadas de vontade, com a forma de testamento vital, introduzindo a figura do procurador de cuidados com a saúde e criando o Registro Nacional de Testamento Vital.

No Brasil, em 2012, foi publicada a Resolução 1955 do Conselho Federal de Medicina que introduziu em nosso meio jurídico o conceito de diretiva antecipada de vontade, assim melhor definido por Goldim (2012):

- “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.”

Essa norma determina que o médico leve em consideração as diretrizes antecipadas do paciente sobre os tratamentos que quer receber ou não, anotando-as no seu prontuário. Também diz que o médico seguirá os desejos do representante nomeado pelo paciente para decidir em relação aos cuidados e ações que afetarão sua saúde.

O médico não poderá ultrapassar os limites impostos pelo Código de Ética Médica, mas as diretivas antecipadas prevalecerão sobre os desejos de familiares. Na ausência de diretivas, familiares ou representantes, o médico recorrerá a comitês de Bioética, Comissão de Ética Médica dos hospitais, ao Conselho Regional de Medicina ou Conselho Federal de Medicina para apoiar sua decisão.

Em 25 de janeiro de 2013, o Ministério Público Federal propôs uma Ação Civil Pública (Tribunal Regional Federal – 1ª Região/GO, Processo 0001039-86.2013.4.01.3500), em face do Conselho Federal de Medicina, visando a suspensão da aplicação da Resolução nº 1995/2012, alegando que esta incidia em inconstitucionalidade e ilegalidades. A sentença, publicada em 21 de fevereiro de 2014, julgou improcedente o pedido, criando desta forma a primeira decisão judicial nacional em favor da aplicação e legalidade das diretivas antecipadas de vontade. No mérito, o juiz federal substituto Eduardo Pereira da Silva, fundamenta que a resolução é compatível com a autonomia da vontade, o princípio da dignidade da pessoa humana e a proibição de submissão de quem quer que seja a tratamento desumano e degradante (art. 1º, inciso III, e art. 5º, inciso III, CF). Consta nesta sentença importante menção quanto à forma não específica que deverá ter a declaração da vontade para ter validade (art. 107 CC/2002), tal comando normativo embasa a legalidade da manifestação do paciente quanto aos seus desejos, bastando serem anotados no prontuário médico.

No plano de fundo das leis e normas a respeito das diretivas antecipadas dos pacientes terminais, além da defesa da autonomia, está presente o direito à morte digna, sendo este vinculado ao princípio da dignidade da pessoa humana. Diante disso, passamos a distinguir dois conceitos importantes: a distanásia e a ortotanásia.

A distanásia se traduz num conjunto de ações paliativas que visam a prolongar a vida do paciente terminal, sem a preocupação com a qualidade de vida (CRUZ;OLIVEIRA, 2013). Também é conhecida como “obstinação terapêutica”. Na prática é o método amplamente adotado nos hospitais e não há qualquer participação do enfermo nas decisões sobre tratamentos que quer ou não realizar.

A ortotanásia procura trazer ao indivíduo no fim da vida certo conforto até que venha sua morte natural, ela não trata de prolongar ao máximo a existência, mas sim trazer dignidade e humanização. Não serão realizados tratamentos paliativos, sendo suspensos os procedimentos inúteis levará de qualquer forma ao fim inevitável, mas estará agindo de acordo com a vontade manifestada pelo paciente. A ele serão dados todos os cuidados para garantir ao máximo seu bem-estar.

Em nosso ordenamento, a ortotanásia é regulamentada pela Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina.

Ela não é comparável ao suicídio assistido ou à eutanásia, proibidos no Brasil, porque o médico não é agente ativo provocador e facilitador da morte, e sim um atenuador dos efeitos oriundos das consequências da terminalidade da vida, sua ação é a de agir para garantir uma morte digna, mas não prolongá-la ou abreviá-la.

Para fins desse estudo, notamos que no projeto de lei do novo Código Penal (PLS 236/2012), no §2º do art. 122 consta a exclusão de ilicitude “Não há crime quando o agente deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão.” Nesta linha de pensamento, abre-se uma exceção à regra geral, que é a da preservação da vida, para outra, mais conformista, porém, mais condizente com a o desejo do homem. Os cuidados são direcionados para minorar a dor e ofertar conforto para que o paciente possa chegar ao seu fim amparado pela dignidade que

é inerente ao ser humano. (Oliveira, Pedro Bellentani Quintino; Oliveira Júnior, Eudes Quintino; 2013)

Parece não restar dúvidas que o modelo de diretiva antecipada de vontade tem sua base teórica e busca implementação a partir do modelo da pura autonomia, pelo menos é o que nos leva concluir até aqui depois de analisado o princípio do respeito à autonomia, os modelos de decisão substituta e as instruções normativas públicas que regem o tema.

O que não está evidente é a função dos decisores substitutos, podendo ser questionada a partir de várias indagações e para as quais são direcionadas as reflexões do presente artigo. Qual é o momento ideal para a expressão da diretiva antecipada de vontade? O papel protagonista do decisor substituto começa em qual momento? Os formulários de manifestação da vontade livre e esclarecida são adequados? Será que empresas operadoras de planos e seguros de saúde não exercem influência para conseguir as diretivas antecipadas e o consentimento informado para atender seus interesses econômicos? O decisor substituto pode, de fato, decidir? É racional a decisão de um paciente internado, em estado terminal ou não e suas ações são suficientemente autônomas? O decisor substituto é igualmente racional em momentos distintos, antes e depois de sua nomeação como representante do paciente?

Essas questões, tratadas na prática, não são pronunciadas no PSDA, nem na Resolução CFM 1992/2012, mas são relevantes para a Bioética.

Como já previsto por Clotet(1993), “o peso da responsabilidade ética e da carga psicológica sobre o curador ou responsável legal poderá ser muito forte”. Na eventualidade de remover um aparelho de suporte vital de um parente ou amigo, a vontade do decisor pode ser extremamente reduzida.

Ao tratar do modelo do julgamento substituto, dizemos que o decisor deverá ser investido das vestes mentais do incapaz e agir como se esse o fosse. A nosso ver, o papel do decisor deve ser impulsionado e amparado pelo médico também nesse sentido. Se a aplicação das diretivas antecipadas de vontade pode sofrer resistência moral do decisor, caberá ao profissional de saúde dar-lhe todo o atendimento suficiente para dirimir suas dúvidas e angústias, aplicando aqui também o princípio do respeito à autonomia que seria dado ao próprio paciente e isso inclui estimar a capacidade de decisão livre de influências externas e desejos

controladores, dar informações com veracidade, conseguir a compreensão do decisor e garantir que sua decisão será expressa de forma voluntária.

Clotet(1993) nos informa que nas sociedades modernas 85% das pessoas morrem em hospitais e muitas delas passam por um período de incapacidade antes do falecimento. Se caminhamos para um cenário em que mais decisões deverão ser tomadas em nome da autonomia do paciente, superando o predomínio da autoridade e do paternalismo médico presentes nessa área de atuação humana desde Hipócrates, somos obrigados a destacar que o papel do decisor é essencial para a implementação dos modelos de diretivas antecipadas de vontade.

Para o decisor serão miradas as demandas de manifestação da vontade, da qual não poderá se esquivar. Como decisores, não podemos apenas nomear aquele definido num documento, mas também nestas posições incluem-se juízes, médicos e comitês de ética, pois estes não deixaram de fazer parte do cenário, mesmo com a edição dos modernos diplomas legais. Num certo sentido, vem à tona o papel do decisor elegido pelo incapaz para contrapor o peso que representa a autoridade médica, com seu conhecimento técnico e paternalista e o poder de juízes que emitirão sentenças sobre vida e morte quando não houver representante legal estabelecido.

As questões controversas apresentadas carecem de respostas, mas somente a ação regulada por princípios ponderados poderão auxiliar na sua obtenção. Se usarmos princípios da ética biomédica para nos guiar na aplicação da ética prática, criando e sugerindo modos de agir a todos os elementos dos quadros hospitalares e pacientes, o mesmo ideário poderá ser auxiliar na obtenção de decisões autônomas dos decisores substitutos. Não esquecendo, entretanto, que ainda assim haverá um vácuo não alcançável que serve à moral subjetiva do representante legal.

Invocamos a racionalidade como fator necessário e antecedente na tomada de decisões, tanto dos pacientes incapazes quanto dos decisores, mas que racionalidade é essa? Diante de uma comoção às vésperas da dolorosa perda de um ente querido, somente aquele afastado do cotidiano do enfermo poderá exercer suas ações com certa racionalidade. Sendo assim, não há decisor substituto eleito que seja absolutamente isento de emoções e que estas não venham interferir no seu julgamento. Decidir sobre vida e morte no momento fatal excedem a responsabilidade e o drama quanto a decidir em aceitar ou assinar um documento

de aceitação em ser o curador dos cuidados médicos. Após a morte, a questão moral emergente nos vivos próximos ao falecido, que tomaram as decisões sobre o fim da vida podem originar novos conflitos, internos na consciência dos decisores ou externos em relação aos familiares e amigos, afinal de contas, nem sempre o peso da decisão será compartilhado entre os vários agentes e por vezes não será consentido por aqueles que não participaram das deliberações, mas tinham suas razões para não adotar ou praticar as medidas tomadas, por sentimentos e orientações religiosas ou ideológicas.

Falamos que a natureza humana contempla a ponderação na resolução de conflitos, mas ela também abarca a adoção de atalhos moralmente condenáveis para resolver de forma rápida problemas que envolvam fatores políticos e econômicos. Na justificativa da resolução CFM1995/2012, a instituição faz um alerta “No entanto, embora possa constar de maneira genérica esta possibilidade, os Comitês de Bioética são raríssimos em nosso país. Porém, grandes hospitais possuem este órgão e este aspecto precisa ser contemplado na resolução”, essa informação traz em si a ideia de que somente os grandes hospitais estão preparados para lidar com conflitos éticos oriundos das diretivas antecipadas de vontade, na prática estes são incipientes em outros locais, sendo assim, não tendo a ética para contrapor a pressão de empresas de saúde e hospitais interessados em esvaziar e realocar leitos, como será a oposição ao poder econômico durante conflitos de decisão provocados por familiares, representantes, médicos ou juízes? No setor de saúde pública, são notórias as carências múltiplas de recursos humanos e materiais, nesse cenário, a resolução CFM 1992/2012 ou qualquer outra norma que vier disciplinar de hora em diante as condutas de agentes de saúde, pacientes e representantes quanto a decisões substitutas, suas consequências e protocolos de implementação e utilização devem vir acompanhadas por instruções rígidas a fim de evitar os maus tratos e a falta de atenção básica aos seus usuários. Determinar a criação dos conselhos de ética ou bioética para orientar os pacientes e familiares no setor público é uma necessidade que vai além da simples contratação de assistentes sociais ou mais médicos. Uma norma que atende grandes hospitais ou se apoia no grau de desenvolvimento cultural, educacional ou no poder econômico de uma minoria tende ao fracasso de sua eficácia.

3 Conclusão

Notamos que o princípio do respeito à autonomia vem sendo amplamente adotado pelos instrumentos normativos concernentes à aplicação das vontades últimas dos pacientes terminais ou incapazes. Identificamos os princípios norteadores da ética biomédica, fundamentais para o estabelecimento desses instrumentos. É possível concluir que do lado do paciente existem modos de proteger suas decisões antecipadas e fomentar o respeito aos seus valores, crenças e desejos, quando expressados em vida ou deduzidos a partir de ações evidentes e inquestionáveis. Os direitos nesse campo estão dispostos, cumpre cuidar para que sejam implementados e aplicados pelos atores da saúde ou seus representantes, sempre de forma esclarecida, informada, livre e autônoma.

Não se espera que normas tão recentes quanto o PSDA de 1992 e a Resolução CFM/1995-2012 possam modificar comportamentos e tradições centenárias na relação médico-paciente tão rapidamente, com poucos anos de vigências. Mas é possível conceber que a autoridade médica precisa ser abrandada, sendo solidária nas decisões sobre vida e morte, cada vez mais frequentes em seu ambiente de trabalho, dado que em breve, devido ao desenvolvimento social e econômico, praticamente todos iremos falecer em hospitais antecedendo a hora fatal um certo período de incapacidade em que decisões autônomas deverão ser emitidas por decisores substitutos.

Não será correta a conclusão que os decisores substitutos já desempenham um papel bem desenhado. A estes, os obstáculos a serem superados são grandes, de ordem prática, jurídica, ética e moral. O descuido das instituições políticas e hospitalares quanto a assegurar o respeito à sua autonomia e ao amparo pós decisões pode provocar um retrocesso ao status quo anterior, na falta de apoio ético e legal adequados os decisores relegarão suas funções a outros, o poder decisório sobre as ações terminais da vida retornará ao universo médico ou judicial.

A discussão em torno da qualificação e competência dos decisores substitutos deve seguir adiante, a obrigação de agir de acordo com os melhores interesses dos pacientes será tanto melhor desempenhada pelos decisores quanto for sua capacitação moral e racional para agir em momentos cruciais, traumáticos, dolorosos e emocionais.

A adoção de protocolos de atendimento e cuidados relativos aos decisores deverão ser integrantes da rotina do tratamento médico de pacientes terminais.

Referências bibliográficas

ABREU, C.B.B. FORTES, P.A.C. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. In: **Revista Bioética**, Vol. 22, nº 2, 2014.

Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/918>. Acesso em: 01 out 2014.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. 3ª edição. São Paulo, Edições Loyola, 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.805 de 9 de novembro de 2006**. Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.pdf>. Acesso em: 01 out 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.995 de 9 de agosto de 2012**. Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 01 out 2014.

CLOTET, J. Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: Um Estudo da the patient Self – Determination Act. In: **Revista Bioética**, Vol. 1, nº 2. 1993. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/494/311>. Acesso em: 01 out 2014.

CRUZ, M.L.M, OLIVEIRA, R.A. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. In: **Revista Bioética**, Vol. 21, nº 3, 2013.

Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/850>. Acesso em: 01 out 2014.

DADALTO, L. TUPINAMBÁS, U. GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. In: **Revista Bioética**, Vol. 21, nº 3, 2013. Disponível em

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/855>. Acesso em: 01 out 2014.

_____. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. In: **Revista Bioética**, Vol. 21, nº1, 2013. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/791>. Acesso em: 01 out 2014.

GOLDIM, J.R. **Diretivas Antecipadas de Vontade** (comentário sobre a Resolução CFM 1955/2012) – 23 de setembro de 2012. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/diretivas2012.pdf>>. Acesso em: 01 out 2014.

OLIVEIRA, Pedro Bellentani Quintino; OLIVEIRA JÚNIOR, Eudes Quintino. A Eutanásia e a Ortotanásia no Novo Código Penal. In: **Revista dos Tribunais Online**, vol. 931/2013, p. 241. Mai/2013. Disponível em: <www.revistadostribunais.com.br>. Acesso em: 01 out 2014.

ROCHA, A.R. et al. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. In: **Revista Bioética**, Vol. 21, nº 1, 2013. Acesso em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/790>. Acesso em: 01 out 2014.

STOLZ, C.; GEHLEN, G; BONAMIGO, E.L; BORTOLUZZI, M.C. Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. In: **Revista Bioética**, Vol. 19, nº 3, 2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/679>. Acesso em: 01 out 2014.

VASCONCELOS, T.J.Q; IMAMURA, N.R; VILLAR, H.C.E. Impacto da resolução CFM nº 1805/2006 sobre médicos que lidam com a morte. In: **Revista Bioética**, Vol. 19, nº 2, 2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/602>. Acesso em: 01 out 2014.

WANSSA, M.C. Autonomia versus beneficência. In: **Revista Bioética**, Vol. 19, nº 1, 2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/611>. Acesso em 01 out 2014.