

AUTONOMIA E RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM TERMINALIDADE: O DELINEAMENTO DOS CONTORNOS DA AUTONOMIA PRIVADA DO PACIENTE E DO PROFISSIONAL

Dorival Ferreira da Silva Neto¹

Ana Thereza Meirelles Araújo²

RESUMO: A terminalidade da vida impõe desafios éticos profundos na relação entre paciente e profissional de saúde, especialmente no que diz respeito ao equilíbrio entre a autonomia privada do paciente e a autonomia profissional do médico. Este artigo objetiva delinear os possíveis contornos dessas autonomias, suas interações, limites e tensões, considerando práticas como cuidados paliativos, diretivas antecipadas de vontade, ortotanásia, distanásia e a comunicação clínica. O ponto de partida consiste no mapeamento dos conceitos centrais relacionados à autonomia do paciente e autonomia profissional em terminalidade, quanto às definições, implicações e bases normativas, a partir da análise de alguns casos clínicos e dilemas práticos, a exemplo, cuidados paliativos, diretivas antecipadas, recusa de tratamento, distanásia/ ortotanásia, em que essas autonomias se confrontam ou se sobrepõem, na perspectiva de identificar os limites éticos, jurídicos e práticos da autonomia de ambos (paciente e profissional). O artigo propõe sugestões para uma prática clínica ética que respeite o paciente, preserve a dignidade e também reconheça a integridade moral e técnica do profissional. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa, que parte da metodologia dedutiva. Como parte da conclusão, entende-se que a autonomia do paciente e do profissional não são opostas, mas complementares, exigindo diálogo, clareza legal, educação ética e uma prática clínica que reconheça vulnerabilidades, suporte emocional e responsabilidade compartilhada.

1

Palavras chave: Autonomia privada. Terminalidade da vida. Relação médico-paciente. Cuidados paliativos. Responsabilidades profissionais.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, os avanços da medicina têm permitido o prolongamento significativo da vida, sobretudo por meio de tecnologias complexas e tratamentos sofisticados que antes não estavam disponíveis. Esses avanços, embora tragam esperança, também geram dilemas éticos profundos, especialmente no contexto da terminalidade da vida. A complexidade das decisões clínicas nesse estágio desafia a coexistência dos princípios bioéticos, em especial o respeito à autonomia do paciente e à autonomia profissional do médico, cujos contornos nem sempre são claros e facilmente conciliáveis.

¹ Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Direitos Fundamentais e Alteridade da Universidade Católica do Salvador (PPGD-UCSAL). Médico. Graduado em Direito.

² Pós-Doutora em Medicina e Saúde pelo PPGMS-UFBA. Doutora em Relações Sociais e Novos Direitos pelo PPGD-UFBA. Professora da UNEB, do PPGD-UCSAL e do PPGD da Faculdade Baiana de Direito. Líder do Grupo de Pesquisa em Rede CEBIDJUSBIOMED.

A autonomia privada do paciente conforma direito fundamental, embasado na dignidade humana, que garante a cada indivíduo o poder de decidir sobre intervenções médicas que afetem seu corpo e sua vida. Esse direito inclui a liberdade para aceitar, recusar ou limitar tratamentos médicos, bem como para decidir sobre seu próprio processo de morrer, buscando o que se compreenda como uma morte digna. Essa autonomia se manifesta concretamente, por exemplo, na recusa de tratamentos que prolonguem artificialmente a vida sem perspectiva de cura, na manifestação de diretivas antecipadas de vontade e na reivindicação pelo cuidado paliativo que prioriza o conforto e a qualidade de vida.

Por outro lado, a autonomia profissional do médico representa a liberdade e responsabilidade de exercer o julgamento clínico fundamentado em conhecimento técnico, ético e científico. A autonomia profissional envolve contornos que demandam delineamento importante, já que podem envolver recusas a alternativas que não ofereçam benefício real ao paciente. Todavia, essa prerrogativa deve sempre estar orientada pelo respeito à autonomia do paciente e pelos preceitos éticos que regem a prática médica.

Ressalte-se que o conflito entre essas duas autonomias, do paciente e do profissional, é particularmente sensível no contexto da terminalidade da vida, onde decisões sobre prolongamento ou limitação do tratamento, cuidados paliativos, ortotanásia e a eventual discussão sobre eutanásia ou suicídio assistido trazem à tona tensões éticas e legais. Situações clínicas concretas, como a recusa de suporte ventilatório, a suspensão de alimentação artificial ou a escolha por terapias alternativas, exemplificam os desafios práticos dessa relação.

2

Percebe-se, claramente, que o problema está no entendimento de que a terminalidade da vida - estágio no qual o paciente sabe ou presume que não há possibilidade razoável de cura ou reversão da condição debilitante ou incurável - pode expor choques e ambivalências éticas na prática médica.

Saliente-se que um dos principais dilemas é a tensão entre a autonomia privada do paciente - seu direito de decidir sobre intervenções médicas, sobre prolongamento ou limitação de tratamentos e sobre sua morte digna - e a autonomia profissional do médico, que envolve saber técnico, responsabilidade ética, dever de não prejudicar, de oferecer cuidados proporcionalmente razoáveis, além de considerar seu próprio juízo clínico e consciência profissional.

No Brasil, embora haja legislação, Resoluções de Conselhos de medicina e relatos de práticas que avançam no sentido de respeitar a autonomia, persistem lacunas: insegurança

jurídica, pouca normatização sobre diretivas antecipadas de vontade, conflitos em relação às eutanásias ativas e passivas, ortotanásia, distanásia e sobre o modo como médicos interpretam sua liberdade profissional. Essas tensões são mais agudas em cenários de final de vida, onde decisões urgentes, sofrimento, fragilidade psicofísica, expectativas familiares e pressões institucionais se combinam.

Nesse contexto, considerando essa abordagem, este trabalho, tem por metodologia, a pesquisa bibliográfica, quando foram analisadas jurisprudências, legislações pertinentes à temática e doutrina especializada, manifestada por artigos científicos, livros, dissertações/teses e consulta em sítios eletrônicos. Tema natureza qualitativa e assenta na metodologia dedutiva, como escolhas atinentes ao caminho metodológico adequado.

Assim, o presente artigo tem como objetivo delinear os possíveis contornos dessas autonomias, suas interações, limites e tensões, considerando práticas como cuidados paliativos, diretivas antecipadas de vontade, ortotanásia, distanásia e a comunicação clínica no contexto brasileiro e internacional, para apontar alternativas adequadas à solução de conflitos que podem surgir do contexto apontado.

O percurso consiste no mapeamento dos conceitos centrais relacionados à autonomia do paciente e à autonomia profissional em terminalidade: definições, implicações e bases normativas, a partir de casos clínicos e dilemas práticos (a exemplo, cuidados paliativos, diretivas antecipadas, recusa de tratamento, distanásia/orotanásia) em que essas autonomias se confrontam ou se sobrepõem, visando identificar os limites éticos, jurídicos e práticos da autonomia de ambos (paciente e profissional), propondo sugestões para uma prática clínica ética que respeite o paciente, preserve a dignidade e também reconheça a integridade moral e técnica do profissional.

2 FUNDAMENTOS CONCEITUAIS DE AUTONOMIA E TERMINALIDADE

Torna-se fundamental, como premissa para o alcance do objetivo proposto, estabelecer o dimensionamento conceitual entre as autonomias do paciente e do profissional, na medida em que as mesmas podem encontrar pontos de conflitos quando exercidas em contextos práticos.

2.1 AUTONOMIA DO PACIENTE E AUTONOMIA PROFISSIONAL: NATUREZA E DIMENSÕES

A autonomia do paciente se revela como um princípio fundamental na bioética contemporânea, correspondendo ao direito do indivíduo de tomar decisões informadas sobre

sua própria vida e saúde, com base em seus valores, crenças e desejos. Beauchamp e Childress³ definem a autonomia como a capacidade de agir com liberdade e autodeterminação, desde que o indivíduo esteja devidamente informado e sem coerção externa. Essa concepção tornou-se um pilar da ética médica moderna, especialmente após os abusos éticos cometidos no século XX, que reforçaram a importância do consentimento informado.

Entretanto, é importante atentar que a ideia de autonomia já era anteriormente e constantemente mencionada pelas filosofias antiga e contemporânea, na medida em que uma série de filósofos dedicaram a construção de seus respectivos pensamentos ao estudo das dimensões da autonomia da pessoa. Registra-se não ser do intento dessa pesquisa aportar essa complexidade filosófica de ideias, mas constatar que o estudo da autonomia humana está assentado em uma multiplicidade de áreas distintas e em períodos históricos bem antecessores.

No contexto da terminalidade da vida, a autonomia assume dimensões adicionais. Como ressalta De Vries e Carter⁴, a autonomia não se restringe à decisão sobre tratamentos, mas engloba o direito do paciente de manter dignidade, de expressar suas preferências sobre o final da vida e até mesmo de preparar a sua morte. A autonomia, nesse cenário, é intimamente relacionada à qualidade de vida, à autonomia relacional e à proteção da identidade pessoal diante da vulnerabilidade.

4

Adicionalmente, a autonomia do paciente pode ser vista sob a perspectiva relacional. Cavarero⁵ e outros autores apontam que as decisões do paciente são frequentemente moldadas por suas relações interpessoais, contexto cultural e histórico de vida, o que implica que a autonomia é uma construção social e não um ato puramente individualista. A autonomia do paciente implica não apenas em escolher opções de tratamento, mas em exercer controle sobre sua própria vida final, expressar seus valores, crenças e preferências pessoais. Revisões recentes destacam que, no final da vida, a autonomia se manifesta, em especial, em contextos onde a intenção é a preservação ou o alcance da dignidade, o que pode envolver desejos simples, como a realização de atividades cotidianas, ou atos que se refiram à preparação da morte.

Pode-se pensar, então, que a autonomia do paciente revela um contexto bioético, filosófico e jurídico, na medida em que agrega dimensões que se relacionam com os campos mencionados e repercussões na vida de quem busca a exercer.

³ BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press, 2013.

⁴ DE VRIES, R.; CARTER, R.; Onwuteaka-Philipsen, B.D. Patient autonomy in end-of-life decision-making: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019; 57(4): 835-845.

⁵ CAVARERO, A. *In Spite of Plato. A feminist rewriting of ancient philosophy*. New York: Routledge, 2009.

No âmbito do Direito, deve-se atentar para o fato de que, os dois objetivos fundamentais da República, previstos na Constituição (garantia do pluralismo e tutela da dignidade da pessoa humana), corroboram a busca pela configuração adequada da autonomia privada. Constituições democráticas que recepcionam o pluralismo não se restringem à aplicação das regras da maioria, mas, respeitam os desejos da minoria por reconhecerem a relevância da pessoa⁶.

A autonomia, juridicamente considerada, é a consequência da evolução dos Estados modernos e fruto de uma perspectiva exarada de uma ordem mundial, cuja recomendação emana de declarações e tratados internacionais. A proposta filosófica é o embrião do sentido ontológico da autonomia e contributo fundamental para uma compreensão para além do aspecto técnico do que é ser de fato um agente autônomo. Certo é que a autonomia é essencialmente elementar, porque é o atributo propiciador do descontingenciamento e da libertação do ser humano⁷.

A autonomia envolve capacidade de decisão (discernimento cognitivo, estabilidade emocional), informação adequada (diagnóstico, prognóstico, alternativas, riscos/benefícios), compreensão da informação, voluntariedade, ausência de coerção.

A autonomia profissional do médico se refere à liberdade e à responsabilidade do profissional de saúde para aplicar seu conhecimento técnico e ético na condução do cuidado, incluindo a capacidade de decidir o que é terapêutico e o que pode ser considerado tratamento fútil ou desproporcional. E, por isso, Beauchamp e Childress⁸ reconhecem que a autonomia profissional é essencial para garantir a beneficência e a não maleficência, princípios importantes que devem conformar as relações humanas. O médico deve exercer seu juízo clínico para proteger o paciente de intervenções que possam ser inúteis ou prejudiciais. Tal autonomia, no entanto, não é ilimitada, devendo estar submetida a códigos de ética, legislações e ao respeito pela autonomia do paciente.

De acordo com Emanuel e Emanuel⁹, a relação médico-paciente pode assumir diversos modelos, sendo o modelo deliberativo aquele em que o profissional ajuda o paciente a definir e escolher valores em uma relação de diálogo, evidenciando que a autonomia do médico e do paciente coexistem e se complementam. Quill e Brody¹⁰ destacaram que a autonomia do médico é importante para que ele possa recusar intervenções que violem sua consciência moral, desde

⁶ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p.92-93.

⁷ MEIRELLES, Ana Thereza; AGUIAR, Mônica. *Revista Jurídica Cesumar* setembro/dezembro 2017, v. 17, n. 3, p. 715-739 DOI: <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9184.2017v17n3p715-739>.

⁸ BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press, 2013.

⁹ EMANUEL, E.J.; EMANUEL, L.L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992; 267 (16):2221-2226.

¹⁰ QUILL, T.E.; BRODY, H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med*. 1996;125(9):763-769.

que essa recusa seja comunicada de forma ética e respeitosa, assegurando o encaminhamento adequado do paciente.

Compreende-se, então, que o médico/profissional de saúde possui expertise técnica, responsabilidade ética de evitar danos, de usar bem os recursos, de julgar o que é terapêutico e o que é fútil ou desproporcional. Essa autonomia profissional permite que o médico recuse intervenções que considera indevidas, possa propor alternativas, ou conduza o cuidado paliativo, dentro de sua consciência ética.

É necessário, então, encontrar a baliza que contorne o exercício da autonomia de ambos - o paciente e o médico, em prol da melhor alternativa a um possível conflito de decisões possa emergir.

2.2 TERMINALIDADE DA VIDA E CONCEITOS ESSENCIAIS

A terminalidade da vida é uma fase marcada pela progressão inevitável de uma doença incurável, que pode resultar em sofrimento físico e psicológico significativo. A abordagem ética nessa fase deve equilibrar a busca por qualidade de vida, respeito à autonomia e os princípios da beneficência e não maleficência.

Segundo a Organização Mundial da Saúde¹¹, os cuidados paliativos são essenciais para garantir o alívio do sofrimento, o controle adequado dos sintomas e o suporte psicossocial e espiritual para pacientes e famílias, respeitando suas decisões e valores.

Tem-se, assim, que os conceitos éticos relacionados à terminalidade incluem: Ortotanásia, prática permitida e recomendada na bioética, consistente na suspensão ou não iniciação de procedimentos que prolonguem artificialmente a vida, quando não há perspectiva de recuperação ou benefício real, conforme a Resolução 1.805 de 2006, do Conselho Federal de Medicina (CFM)¹²; Distanásia, considerada prática antiética, consiste no prolongamento desnecessário e fútil do processo de morrer, com tratamentos excessivos que aumentam o sofrimento¹³; Eutanásia, prática ilegal no Brasil que envolve a antecipação da morte do paciente que sofre, gerando amplo debate ético e jurídico¹⁴.

¹¹ BRASIL. OMS. *Cuidados paliativos*. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em 27 set. 2025.

¹² BRASIL. CFM. *Resolução 1.805/2006*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.

¹³ SANTOS, F.R.; LIMA, A.C.; SOUZA, M.C. Distanásia e ortotanásia: dilemas éticos no cuidado ao paciente terminal. *Revista de Medicina e Bioética*. 2021;11(1):54-62.

¹⁴ BORGES, M.L.; SILVA, R.F. Bioética, autonomia e eutanásia: aspectos ético-jurídicos contemporâneos. *Revista Bioética*. 2023;31(2):315-327.

Autores como Kübler-Ross¹⁵ destacam a importância do reconhecimento do estágio terminal para que a equipe de saúde possa oferecer suporte integral e respeitar a autonomia do paciente.

Deve-se compreender como cuidados paliativos a abordagem que busca aliviar o sofrimento e a dor, por meio do controle de sintomas, promoção da qualidade de vida e os suportes emocional, psicológico, social e espiritual. A prática da ortotanásia está sedimentada na busca pela morte natural, tendo em vista o processo de instauração da mesma, sem optar por recursos para seu prolongamento artificial, já que não ocorrerão alterações no quadro clínico do paciente. A distanásia, também conhecida como obstinação terapêutica, representa o prolongamento desproporcional da vida, via intervenções fúteis ou tecnologicamente invasivas, sem expectativa de melhoria real ou benefício para o paciente. Por fim, deve-se esclarecer que a eutanásia e o suicídio assistido não são práticas permitidas pela Ordem jurídica e, portanto, revelam condutas claramente evadas de ilicitude.

Os conceitos relacionados à terminalidade da vida estão aportados nos escritos aprofundados dos autores Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira, quando discutem a relação direta entre a autonomia da pessoa e a sua construção da ideia de morte digna¹⁶.

7

Registra-se, no entanto, importante tensão entre os conceitos de ortotanásia e eutanásia passiva, que, são, na teoria, diferenciados pela natureza das medidas terapêuticas que as envolvem. Na ortotanásia, há a suspensão de medidas terapêuticas fúteis, desproporcionais e desnecessárias; na eutanásia passiva, essas medidas suspensas ainda possuem utilidade e necessidade. É importante constatar que tal diferenciação é objeto de debates expressivos pela doutrina especializada, onde parte dela entende que ambas devem ser concebidas como a mesma prática.

3 TENSÕES E CONFLITOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM TERMINALIDADE

A relação médico-paciente em contexto de terminalidade da vida é marcada por tensões éticas profundas, especialmente entre a autonomia privada do paciente e a autonomia

¹⁵ KÜBLER-ROSS, E. *On Death and Dying*. New York: Macmillan; 1969.

¹⁶ SÁ, Maria de Fátima Freire; MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia e morte digna*. Belo Horizonte: Conhecimento, 2022.

profissional do médico. Essa dualidade pode gerar conflitos quando as decisões do paciente divergem da avaliação clínica do profissional.

Segundo Faden e Beauchamp¹⁷, embora o respeito à autonomia do paciente seja fundamental, o médico detém o conhecimento técnico necessário para avaliar o que é clinicamente viável e benéfico. Essa assimetria de conhecimento impõe desafios à realização plena da autonomia do paciente, especialmente em situações de vulnerabilidade emocional e cognitiva. Além disso, a autonomia profissional do médico implica a responsabilidade ética de evitar tratamentos fúteis ou que possam prolongar o sofrimento.

Conforme ressalta Emanuel *et al.*¹⁸, médicos enfrentam dilemas quando o desejo do paciente por tratamentos invasivos pode ser considerado desproporcional e, nesse contexto, sua autonomia para recusar intervenções torna-se crucial para preservar os princípios da beneficência e da não maleficência.

Alguns casos práticos e conflitos na prática clínica apontam informações importantes: Um estudo entre oncologistas e especialistas em cuidados paliativos na Austrália apontou que, embora os profissionais reconheçam o valor das diretivas antecipadas (*Advance Care Planning – ACP*), para promover autonomia, existe dissonância entre o ideal e a prática. Há profissionais que ainda enxergam as diretivas como burocráticas, potencialmente como formalismos que não captam nuances de valores pessoais do paciente. Deve-se compreender como Diretivas antecipadas de vontade instruções escritas que o paciente prepara com o intuito de guiar seu cuidado médico. São aplicadas a situações específicas, como uma doença terminal ou um dano irreversível e devem produzir efeitos quando o médico determina que o paciente não tem mais capacidade de decidir acerca de seus cuidados médicos¹⁹.

Ainda sobre os conflitos entre a autonomia do paciente e a autonomia profissional do médico, percebe-se que há situações em que o paciente deseja limitar ou interromper tratamento agressivo ou prolongado (como ventilação mecânica, ressuscitação, uso de intervenções extraordinárias), mas o médico ou hospital impõe tratamento por temor de litígio, crenças pessoais ou culturais, ou normas institucionais. Isso se dá, também, pelo receio cultural enraizado, ao longo de décadas, na falta de legislação clara quanto aos limites decisórios dos profissionais em contextos clínicos como esse.

¹⁷ FADEN, R.R.; BEAUCHAMP, T.L. *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press; 1986.

¹⁸ EMANUEL, E.J *et al.* Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(21):2049-2055.

¹⁹ THOMPSON, AE. Advanced Directives. *JAMA*. 2015;313(8):868.

Um dos pontos centrais da tensão que pode envolver a relação médico-paciente é o exercício do direito de recusa a tratamento, uma das expressões mais claras da autonomia do paciente em terminalidade. Conforme descreve Silva *et al.*²⁰, o direito do paciente de recusar tratamentos, mesmo que resulte em morte, é reconhecido pela legislação brasileira e por normas internacionais, como a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO²¹. Testamentos vitais e diretivas antecipadas de vontade são instrumentos que buscam assegurar essa autonomia, permitindo ao paciente expressar previamente suas preferências sobre tratamentos futuros, especialmente quando estiver incapaz de manifestar sua vontade²².

No entanto, a admissibilidade do conteúdo dessas diretivas pode gerar impasses. Como destaca Pessini²³, em algumas situações, o profissional de saúde pode questionar a validade das escolhas do paciente por discordar eticamente, o que reforça a necessidade de diálogo e compreensão mútua.

Do ponto de vista legal, pode-se afirmar que a eutanásia é prática proibida no país e, se a recusa a tratamento desembocar em conduta dessa natureza, não poderá ser admitida. Pode-se entender, então, que a recusa a tratamento médico esbarra na proibição da prática de conduta eutanásia, que é a antecipação da morte de uma pessoa que está em sofrimento intenso e dor, movida por sentimento de piedade e compaixão. Certas práticas, mesmo desejadas pelo paciente, podem violar comandos postos por lei, como a proibição da eutanásia, que ainda possui natureza jurídica de homicídio privilegiado.

Assim, a discussão sobre a eutanásia e o suicídio assistido também revela os limites da autonomia privada do paciente e da autonomia profissional. No Brasil, a eutanásia é vedada pelo Código Penal (art. 121) e os médicos são orientados pelo Código de Ética Médica a preservar a vida.

Sobre a capacidade e o discernimento, não se pode deixar de registrar a importância de tais premissas quando o paciente manifestar decisões para configurar suas diretivas antecipadas. Ele deve estar mentalmente capaz, informado, emocionalmente estável para decidir. Ressalta-

²⁰ SILVA, R.A.; COSTA, J.C.; OLIVEIRA, M.R. A recusa de tratamento em cuidados paliativos: análise ética e legal. *Revista de Bioética e Direito*. 2020;12(24):41-57.

²¹ UNESCO. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: UNESCO; 2005.

²² BRASIL. CFM. *Resolução CFM 1.995*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012.

²³ PESSINI, L. Bioética e terminalidade da vida: entre a eutanásia e a distanásia. In: Pessini, L. & Bertachini, L. (Orgs.). *Bioética clínica e tomada de decisão*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2018.

se que, em muitos casos terminais, pode haver flutuação no estado mental, depressão, medo, condições que interferem na capacidade de autonomia.

Já em relação à responsabilidade compartilhada e às práticas recomendadas, tem-se como importante a comunicação clara, empática, contínua, com envolvimento interdisciplinar (médico, enfermagem, psicologia, capelania) para explorar valores, expectativas, crenças do paciente.

É necessário o uso efetivo de diretivas antecipadas de vontade, com orientações para que pacientes registrem formalmente suas preferências, e que instituições as aceitem e reconheçam, bem como os protocolos institucionais de cuidados paliativos que definam quando intervenções são desproporcionais, quando suspensão ou limitação terapêutica é indicada, orientações de ortotanásia e prevenção de distanásia, com a educação ética contínua para profissionais de saúde, para que saibam interpretar sua autonomia profissional em diálogo, evitando imposições e paternalismo, mas sem abdicar de seu juízo clínico nem de seus deveres.

Dentro desse contexto, as possíveis propostas para aprimoramento normativo e institucional perpassam pelo desenvolvimento de legislação específica no Brasil que trate da terminalidade da vida, incluindo: diretivas antecipadas de vontade, direitos do paciente terminal, limites para tratamentos fúteis, obrigações de instituições hospitalares, fortalecimento de resoluções de conselhos de medicina que clarifiquem deveres e direitos, de modo a uniformizar práticas em diferentes regiões e instituições, inclusão de políticas públicas e formação da população (alfabetização em saúde), para que pacientes conheçam seus direitos e participem ativamente das decisões.

4 ESTRATÉGIAS PARA HARMONIZAÇÃO DA AUTONOMIA E MELHORIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação médico-paciente vem sofrendo mudanças importantes e expressivas ao longo dos últimos anos. Tais alterações apontam para um panorama que revela uma medicina complexa, que detém um espectro significativo de informações científicas que emergem das descobertas de novas doenças e de novos protocolos terapêuticos. Para além dos avanços da área, também é necessário pontuar uma mudança generalizada no perfil do paciente, cada vez mais

munido de informações, muitas vezes, falsas e incompletas, tendo em vista o acesso, comum, por meio da internet²⁴.

4.1 COMUNICAÇÃO EFICAZ, DIÁLOGO ÉTICO E DECISÕES COMPARTILHADAS

Tanto a concessão de informações equivocadas como a não informação têm o condão de viciar a relação médico-paciente, que deve ter como alicerce o dever de informar. Informar é uma obrigação do médico, como também do paciente, e agrega a tarefa de fornecer todos os elementos possíveis e necessários em prol da obtenção de um resultado exitoso²⁵.

Para que se possa pensar no cumprimento fiel do dever de informar, por meio de uma comunicação adequada, é essencial retomar os fundamentos da autonomia pessoal. Na perspectiva da bioética principialista, autonomia significa a capacidade das pessoas de se autodeterminar sem a influência de agentes externos. Ela envolve a liberdade externa – o indivíduo deve estar desprendido de influências externas – e a liberdade interna – capacidade que o indivíduo tem de agir intencionalmente. Um ser humano autônomo age de acordo com suas convicções e escolhas; entretanto, indivíduos com autonomia minimizada são controlados por outras pessoas e possuem a capacidade de deliberar sobre suas próprias vidas diminuídas. Uma ação é provida de autonomia se o indivíduo age intencionalmente, com compreensão e sem influências externas que determinem ou controlem sua ação²⁶.

11

É possível, assim, dimensionar a relação próxima entre a autonomia e a informação, revelada por meio da comunicação, em prol da garantia do melhor resultado prático em qualquer contexto clínico.

Uma das principais estratégias para contornar os conflitos entre autonomia do paciente e do profissional é a promoção de uma comunicação clara, empática e respeitosa. Conforme enfatizam Epstein e Street²⁷, a comunicação eficaz é fundamental para garantir o entendimento mútuo das expectativas, valores e limitações, favorecendo decisões compartilhadas, sendo a

²⁴ MEIRELLES, Ana Thereza; FERNANDES, Lyellen. Liberdade decisória do médico e compreensão pelo paciente: o dever recíproco de informação com pressuposto fundamental. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, Brasília, 10(1): jan./mar., 2021149<https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.645>.

²⁵ MEIRELLES, Ana Thereza; FERNANDES, Lyellen. Liberdade decisória do médico e compreensão pelo paciente: o dever recíproco de informação com pressuposto fundamental. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, Brasília, 10(1): jan./mar., 2021149<https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.645>.

²⁶ BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press, 2013.

²⁷ EPSTEIN, R.M.; STREET, R.L. The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*. 2011;9(2):100-103.

comunicação médico-paciente uma das ferramentas mais poderosas na construção de uma relação terapêutica saudável, especialmente em contextos de terminalidade.

A clareza, a empatia e a assertividade na comunicação são essenciais para assegurar o exercício da autonomia do paciente e, ao mesmo tempo, preservar a autoridade ética e técnica do médico, que, conforme Epstein e Street²⁸, revela comunicação centrada no paciente, que favorece o compartilhamento de decisões, reduz conflitos e promove maior adesão aos cuidados propostos.

A compreensão é de que o diálogo ético, nesse sentido, vai além da simples transmissão de informações técnicas - ele envolve escuta ativa, validação dos sentimentos do paciente e consideração das suas crenças e valores pessoais.

Em situações de terminalidade, o sofrimento psíquico pode afetar a capacidade do paciente de compreender plenamente o seu estado de saúde, o que demanda habilidades comunicacionais refinadas por parte da equipe médica. A comunicação sensível é a chave que possibilita a expressão legítima da autonomia do paciente diante da finitude da vida²⁹.

Saliente-se que a comunicação ética deve também incluir os familiares, especialmente quando o paciente estiver incapacitado. No entanto, o papel da família é de apoio, não de substituição da vontade do paciente - exceto em casos legalmente reconhecidos³⁰.

12

A tomada de decisão compartilhada é um modelo que busca equilibrar a autonomia do paciente e a autoridade técnica do médico, integrando informações clínicas com valores pessoais³¹. Segundo Charles *et al.*³², esse modelo propõe que médico e paciente discutam conjuntamente as opções de tratamento, avaliando riscos, benefícios e preferências, o que pode reduzir conflitos e aumentar a satisfação com o cuidado.

No contexto da terminalidade, essa abordagem ajuda a respeitar a autonomia privada do paciente, ao mesmo tempo que valoriza a experiência e o juízo clínico do profissional, onde a tomada de decisão compartilhada é especialmente útil em cuidados paliativos e terminalidade, pois permite considerar a complexidade dos tratamentos, o prognóstico, os riscos e as

²⁸ EPSTEIN, R.M.; STREET, R.L. The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*. 2011;9(2):100-103.

²⁹ PESSINI, L. Bioética e terminalidade da vida: entre a eutanásia e a distanásia. In: Pessini, L. & Bertachini, L. (Orgs.). *Bioética clínica e tomada de decisão*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2018.

³⁰ QUILL, T.E.; BRODY, H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med*. 1996;125(9):763-769.

³¹ ELWYN, G.; *et al.* Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*. 2012;27(10):1361-1367.

³² CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*. 1997;44(5):681-692.

preferências existenciais e espirituais do paciente. Estudos mostram que sua adoção pode reduzir o arrependimento posterior dos pacientes e familiares, além de aumentar a satisfação com os cuidados recebidos³³. Outros modelos de relacionamento, como o deliberativo, também oferecem alternativas para uma relação mais madura entre médico e paciente, em que o profissional auxilia o paciente a construir seus próprios valores diante da doença, especialmente quando a consciência da morte se torna iminente³⁴.

4.2 EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Para fortalecer a relação médico-paciente e o respeito mútuo pelas autonomias, a educação ética contínua dos profissionais de saúde é indispensável. Muitos dos conflitos éticos na terminalidade decorrem não apenas de divergências de valores, mas da falta de preparo emocional, comunicacional e ético dos profissionais. Conforme destaca Silva Júnior *et al.*³⁵, a formação deve contemplar não apenas conhecimentos técnicos, mas, também, habilidades comunicativas, empatia e sensibilidade cultural.

Segundo Ferrer *et al.*³⁶, há uma lacuna significativa na formação médica no que diz respeito ao ensino de bioética aplicada, cuidados paliativos e comunicação em situações de fim de vida. O currículo das escolas médicas ainda privilegia a técnica e o tratamento da doença, em detrimento da escuta e do cuidado integral do paciente.

13

O treinamento em bioética e cuidados paliativos prepara os profissionais para lidar com dilemas complexos da terminalidade, capacitando-os a respeitar as decisões dos pacientes e atuar de forma ética mesmo diante de impasses³⁷.

A inclusão de disciplinas de ética clínica, simulações de casos reais e discussões interdisciplinares em equipe são estratégias eficazes para desenvolver a sensibilidade ética dos profissionais. Além disso, programas de educação continuada devem abordar temas como

³³ ELWYN, G.; *et al.* Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*. 2012;27(10):1361-1367.

³⁴ EMANUEL, E.J.; EMANUEL, L.L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992; 267(16):2221-2226.

³⁵ SILVA JÚNIOR, L.C.; ALMEIDA, T.C.; NOGUEIRA, M.F. Educação ética e comunicação na terminalidade da vida: perspectivas para a prática médica. *Revista de Medicina Paliativa*. 2019;6(1):34-42.

³⁶ FERRER, A.P.S.; FERREIRA, F.S.; SILVA, R.A. (2021). Formação ética na medicina: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 45(3), e108.

³⁷ FERREIRA, A.C.; SOUZA, L.F.; MACHADO, L.E. Formação em bioética e cuidados paliativos: desafios na educação médica contemporânea. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2021;45(2):e161.

diretivas antecipadas de vontade, ortotanásia, distanásia e o papel da espiritualidade nos cuidados paliativos³⁸.

Como destaca Puchalski, a formação humanística deve preparar o profissional não apenas para curar, mas, também, para cuidar, acompanhar e reconhecer o momento de não mais intervir tecnicamente, respeitando a dignidade do processo de morrer³⁹.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se delinear, brevemente, os possíveis contornos das autonomias do paciente e do médico, suas interações, limites e tensões, considerando práticas como cuidados paliativos, diretivas antecipadas de vontade, ortotanásia, distanásia e a comunicação clínica no contexto brasileiro e internacional. As autonomias assumem especificidades, tendo em vista a posição ocupada pelos sujeitos diante de um possível conflito.

A autonomia, em contextos clínicos de terminalidade da vida, é um dos elementos centrais de uma prática médica ética, humanizada e respeitosa. O paciente, em sua autonomia privada, detém o direito de manifestar seus valores, preferências e desejos, inclusive no fim da vida, por meio da recusa a tratamentos médicos, que pode ocorrer pela via instrumental das diretivas antecipadas de vontade. Por outro lado, o profissional de saúde possui autonomia profissional, baseada em sua expertise técnica, responsabilidades éticas, deveres legais e consciência moral.

14

Essas duas autonomias não são conflitantes num sentido irreconciliável; embora existam tensões, elas devem conviver mediante diálogo, comunicação aberta, clareza normativa, limitação ética quando necessário e reconhecimento mútuo de papéis. No contexto brasileiro, há avanços importantes, mas ainda insuficientes quanto a direcionamentos que envolvem situações práticas, como nos casos em que o liame entre ortotanásia e eutanásia passiva não está facilmente definido. A legislação permanece confusa ou inexistente em alguns aspectos, o que pode levar à insegurança jurídica, variação em práticas institucionais, desigualdade de acesso ao cuidado paliativo e ao conhecimento dos direitos.

A conclusão é, portanto, que a autonomia do paciente e do profissional não são opostas, mas complementares, exigindo cumprimento do dever de informação, que é recíproco, educação

³⁸ KOVÁCS, M.J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

³⁹ PUCHALSKI, C.M. The role of spirituality in health care. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 25(4), 352-357. 2012.

ética e uma prática clínica que reconheça vulnerabilidades, suporte emocional e responsabilidade compartilhada.

Fica a reflexão de que a prática médica adote protocolos explícitos, que haja maior formação ética, que o paciente seja melhor informado, que as instituições respeitem diretivas antecipadas e que o profissional tenha respaldo legal quando age em conformidade com normas éticas e com a vontade do paciente. Assim, será possível enxergar uma medicina, que, no contexto de terminalidade, respeite autenticamente a autonomia privada dos pacientes e a autonomia profissional do médico, promovendo dignidade, minimização do sofrimento e justiça.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.

BORGES, M.L.; SILVA, R.F. Bioética, autonomia e eutanásia: aspectos ético-jurídicos contemporâneos. *Revista Bioética*. 2023;31(2):315-327.

BRASIL. CFM. *Resolução 1.805/2006*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.

BRASIL. CFM. *Resolução CFM 1.995*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012.

BRASIL. OMS. *Cuidados paliativos*. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em 27 set. 2025.

CAVARERO, A. *In Spite of Plato. A feminist rewriting of ancient philosophy*. New York: Routledge; 2009.

CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*. 1997;44(5):681-692.

DE VRIES, R.; CARTER, R.; Onwuteaka-Philipsen, B.D. Patient autonomy in end-of-life decision-making: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019;57(4):835-845.

ELWYN, G. *et al.* Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*. 2012;27(10):1361-1367.

EMANUEL, E.J.; EMANUEL, L.L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992; 267 (16):2221-2226.

Emanuel, E.J. *et al.* Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(21):2049-2055.

EPSTEIN, R.M.; STREET, R.L. The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*. 2011;9(2):100-103.

FADEN, R.R.; BEAUCHAMP, T.L. *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press; 1986.

FERREIRA, A.C.; SOUZA, L.F.; MACHADO, L.E. Formação em bioética e cuidados paliativos: desafios na educação médica contemporânea. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2021;45(2):e161.

FERRER, A.P.S.; FERREIRA, F.S.; SILVA, R.A. (2021). Formação ética na medicina: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 45(3), e108.

FERRETI, Ana Beatriz Teixeira; ANDRÉ, Victor Conte. A autonomia da vontade do paciente frente à proibição da terminalidade da vida no ordenamento jurídico brasileiro: limites ético-jurídicos da autodeterminação na terminalidade da vida. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 2025.

HUPFFER, Haide Maria; BENEMANN, Cleci. Autonomia da relação médico-paciente sob o aspecto dos cuidados paliativos: um estudo nos códigos de conduta médica do Brasil e Portugal. *Revista Prâxis*.

KOVÁCS, M.J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. *On Death and Dying*. New York: Macmillan; 1969.

MEIRELLES, Ana Thereza; AGUIAR, Mônica. *Revista Jurídica Cesumar* setembro/dezembro 2017, v. 17, n. 3, p. 715-739 DOI: <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9184.2017v17n3p715-739>.

MEIRELLES, Ana Thereza; FERNANDES, Lyellen. Liberdade decisória do médico e compreensão pelo paciente: o dever recíproco de informação com pressuposto fundamental. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit., Brasília*, 10(1): jan./mar., 2021 49 <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.645>.

PESSINI, L. Bioética e terminalidade da vida: entre a eutanásia e a distanásia. In: Pessini, L. & Bertachini, L. (Orgs.). *Bioética clínica e tomada de decisão*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2018.

PUCHALSKI, C.M. The role of spirituality in health care. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 25(4), 352-357. 2012.

QUILL, T.E.; BRODY, H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med*. 1996;125(9):763-769.

SÁ, Maria de Fátima Freire; MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia e morte digna*. Belo Horizonte: Conhecimento, 2022.

SANTOS, F.R.; LIMA, A.C.; SOUZA, M.C. Distanásia e ortotanásia: dilemas éticos no cuidado ao paciente terminal. *Revista de Medicina e Bioética*. 2021;11(1):54-62.

SILVA JÚNIOR, L.C.; ALMEIDA, T.C.; NOGUEIRA, M.F. Educação ética e comunicação na terminalidade da vida: perspectivas para a prática médica. *Revista de Medicina Paliativa*. 2019;6(1):34-42.

SILVA, M.R.; PEREIRA, J.M. Autonomia profissional médica e limites éticos no cuidado ao paciente terminal. *Revista Bioética*. 2021;29(3):451-460.

SILVA, R.A.; COSTA, J.C.; OLIVEIRA, M.R. A recusa de tratamento em cuidados paliativos: análise ética e legal. *Revista de Bioética e Direito*. 2020;12(24):41-57.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p.92-93.

THOMPSON, AE. Advanced Directives. *JAMA*. 2015;313(8):868

UNESCO. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: UNESCO; 2005.

VENTURA, F.C.; LIMA, G.V.; NASCIMENTO, A.M. Ortotanásia e cuidados paliativos: práticas e dilemas no fim da vida. *Revista Bioética*. 2022;30(1):89-101.