



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA

Rodney Segura Cavalcante

**DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA: ÉTICA E LEGALIDADE
NA PRÁTICA DA ANESTESIOLOGIA**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Anestesiologia.

Orientadora: Professora Titular Eliana Marisa Ganem

Botucatu

2018

RODNEY SEGURA CAVALCANTE

Distanásia e ortotanásia: ética e legalidade na prática da anestesiologia

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, como parte integrante dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Anestesiologia.

Orientadora: Professora Titular Eliana Marisa Ganem

Botucatu

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Cavalcante, Rodney Segura.

Distanásia e ortotanásia : ética e legalidade na
prática da anestesiologia / Rodney Segura Cavalcante. -
Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Eliana Marisa Ganem
Capes: 40102130

1. Distanásia. 2. Anestesiologia. 3. Bioética.
4. Legalidade (Direito).

Palavras-chave: Dignidade; Distanásia; Ética; Legalidade;
Ortotanásia.

RODNEY SEGURA CAVALCANTE

DISTANÁZIA E ORTOTANÁZIA: ÉTICA E LEGALIDADE NA PRÁTICA DA
ANESTESIOLOGIA

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, como parte integrante
dos requisitos para obtenção do título de Doutor
em Anestesiologia.

Orientadora:

Professora Titular Eliana Marisa Ganem

Banca Examinadora

1º Examinador: Doutora Eneida Maria Vieira

2º Examinador: Doutora Simone Maria D'Angelo Vanni

3º Examinador: Professora Titular Norma Sueli Pinheiro Módolo

4º Examinador: Professora Titular e Yara Marcondes Machado Castiglia

Botucatu, 02 de março de 2018.

Aos meus amados pais, Jaime e Cidinha, que, com simplicidade e muito trabalho, muitas vezes abdicaram de seus sonhos para que eu pudesse concretizar os meus, dedico esta tese. Agradeço toda a pedagogia no meu educar, quando mais que meras palavras, vivenciamos o amor incondicional, o respeito ao próximo, a lealdade, a importância da família e dos bons amigos, a fraternidade, a força dignificante do trabalho, a resiliência e a fé, pelos exemplos de suas próprias vivências. Esta conquista é mais um fruto colhido do fecundo caminho no qual me guiaram. A colheita é muito de vocês pois, por onde for, levo-os no coração e nas atitudes. Imensurável gratidão.

A meu amado e admirado parceiro de caminhada, Guilherme Antônio Moreira de Barros, uma joia com a mais refinada lapidação de alma, que o universo me confiou. Um ser humano, verdadeiro, caridoso, amigo, benevolente, enfim, um admirável homem em quem tento me espelhar e por quem me empenho para motivar seu orgulho. Gratidão eterna, pelo ombro amigo, pelo coração acolhedor e pela orientação nesta caminhada.

A minha família, nas pessoas dos meus estimados irmãos Richard e Rosemary, e sobrinhos, Renan e Paola, a quem agradeço o amor, a eterna parceria e o apoio incondicional. Sou forte pois tenho vocês.

Aos meus antepassados, notadamente meus avós, pelo amor, apoio, exemplos que inegavelmente contribuíram para a minha chegada neste marco. Paz, amor e reconhecimento por toda a eternidade.

Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe.” — Clarice Lispector

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha cara orientadora, Professora Titular Eliana Marisa Ganem, externo meus agradecimentos, primeiro, por acreditar em mim e me dar a oportunidade de viabilizar este sonho; segundo, por se dispor a trilhar comigo o caminho para o sonho, compartilhando seus notórios conhecimentos, seu precioso tempo e sua amizade. Grato pela orientação, compreensão e incentivo em acreditar na concretude do sonho.

Às Professoras Titulares Norma Sueli Pinheiro Módolo e Yara Marcondes Machado Castiglia, e à Professora Assistente Doutora Lais Helena Navarro e Lima, pelo carinho com que sempre me receberam e me auxiliaram, quer em aulas, quer na banca da qualificação, ensinando-me, considerando minhas limitações de bacharel de direito e relevando-as, incentivando-me a seguir em frente. Sem palavras para agradecer-lhes. Minha amizade, meu respeito e minha admiração.

Ao Diretor do Núcleo de Eventos Científicos e Telessaúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Sr. Lucas Frederico Arantes, pela paciência, atenção e amizade com que sempre me recebeu e me auxiliou na digitalização do questionário da pesquisa. Um exemplo de servidor que sempre aponta soluções e não se acomoda com o mínimo, mas busca a excelência. Meu respeito, minha amizade e meu muito obrigado.

“Há pessoas que nos falam e nem as escutamos, há pessoas que nos ferem e nem cicatrizes deixam, mas há pessoas que simplesmente aparecem em nossas vidas e nos marcam para sempre.”

Cecília Meireles

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros e profundos agradecimentos a todos os amigos e instituições que contribuíram para que meu sonho se tornasse realidade.

Aos Docentes do Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, pelos ensinamentos na pós-graduação e pelo abnegado empenho e competência com que diariamente mantêm a reconhecida excelência desta casa.

Aos diletos Joana Jacirene Costa Teixeira e André Renato Passaroni nas pessoas de quem extendo gratidão aos funcionários do Departamento de Anestesiologia, pelo sempre pronto e amistoso auxílio e amizade.

Ao ex-presidente e ao diretor científico da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (2015), Prof. Dr Oscar César Pires e Dr Rogean Rodrigues Nunes, respectivamente, por acreditarem na relevância da pesquisa e nos possibilitarem a remessa da mesma a todos os anesthesiologistas inscritos naquela notável Sociedade.

À Prof.^a Dr.^a Lídia Raquel de Carvalho, do Departamento de Bioestatística do Instituto de Biociências de Botucatu, UNESP, pela amizade, ensinamentos e análise estatística dos resultados.

Aos amigos do grupo "Gourmet", na figura do qual, agradeço a todos os meus amigos, irmãos que a vida me deu, que me incentivam e acolhem, não desistindo de mim, mesmo com toda a ausência para atendimento da ciência. Gratidão.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por me contemplarem com financiamento, viabilizador da plena dedicação ao estudo verticalizado das questões relacionadas ao trabalho de tese. Muito obrigado.

À secretária do Programa de Pós-Graduação (PG) em Anestesiologia, M.a Tatiane de Fátima Pineiz, pela amizade, carinho e eficiência com que sempre me recebeu e me auxiliou no caminhar burocrático da pós-graduação, na pessoa de quem agradeço todos os funcionários da PG.

Às bibliotecárias, Dr^a Marluci Betini, pelo incansável auxílio de busca por trabalhos em bases de dados; Dr^a Luciana Pizzani, pela orientação acerca da confecção da ficha catalográfica e M.a Rosemary Cristina da Silva, pela revisão das referências, nas pessoas das quais agradeço todos os funcionários da biblioteca da FMB, UNESP .

À Prof.^a M.a em comunicação, Luciana Kerche do Amaral Cavalcante, pela revisão da ortografia, sintaxe e pontuação da tese. Muito obrigado pela disponibilidade e presteza.

“Não existe um caminho para a felicidade.

A felicidade é o caminho.”

Mahatma Gandhi

Senhor, fazei-me instrumento de vossa paz.
Onde houver ódio, que eu leve o amor;
Onde houver ofensa, que eu leve o perdão;
Onde houver discórdia, que eu leve a união;
Onde houver dúvida, que eu leve a fé;
Onde houver erro, que eu leve a verdade;
Onde houver desespero, que eu leve a esperança;
Onde houver tristeza, que eu leve a alegria;
Onde houver trevas, que eu leve a luz.

Ó Mestre, Fazei que eu procure mais
Consolar, que ser consolado;
compreender, que ser compreendido;
amar, que ser amado.
Pois é dando que se recebe,
é perdendo que se é perdoado,
e é morrendo que se vive para a vida eterna.

- São Francisco de Assis

Resumo

Cavalcante RS. Distanásia e Ortotanásia: Ética e Legalidade na Prática da Anestesiologia. [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2018.166p.

Introdução. Os avanços tecno-científicos do último século prestigiam a tecnologia e as ciências experimentais, resultando em desequilíbrio de valores e desumanização dos profissionais de saúde, dentre os quais, os anestesiológicos. Nesse universo, observam-se hospitais e enfermarias, depositários de sofrimentos humanos em nome da luta obstinada pela vida, ainda investindo na prática de distanásia, quando a conduta mais digna seria a ortotanásia. **Objetivos.** Avaliar se os anestesiológicos brasileiros conhecem os institutos da distanásia e ortotanásia; investigar a preferência dos anestesiológicos entre as práticas da distanásia e ortotanásia, diante da terminalidade de paciente com doença incurável; investigar se a distanásia ainda é praticada e, por fim, investigar como o ensino da graduação médica contribuiu para a abordagem teórica e prática de questões relacionadas a morte. **Métodos.** A pesquisa consistiu na aplicação de um questionário *online*, elaborado pelos pesquisadores, ainda não validado. O convite à participação se fez por correio eletrônico a todos os anestesiológicos filiados à Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), explicando a natureza e a finalidade da pesquisa e direcionando os interessados, por meio de um *link*, ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao questionário. Foram incluídos na pesquisa os 30 primeiros questionários respondidos na integralidade, de cada uma das cinco regiões político-administrativas do Brasil, conforme determinação do método estatístico. **Resultados.** Os anestesiológicos brasileiros, embora afirmem conhecer os institutos de distanásia e ortotanásia, em sua maioria adquiriram este conhecimento fora da graduação acadêmica. Dentre aquelas práticas, diante da terminalidade do próprio entrevistado, do paciente ou do ente querido, preferem a ortotanásia; que o enfermo terminal morra no lar, priorizando a dignidade. No entanto, afirmam que já aderiram à prática da distanásia, mesmo quando a ortotanásia era a melhor conduta, ainda que tenham discordado, o que gerou frustração e indignação. Quase a integralidade dos entrevistados afirmou não ter tido, durante o curso de graduação, treinamento prático de como lidar com a terminalidade e nem conteúdo satisfatório de Ética e Direito, embora se sinta capaz de diagnosticar paciente acometido de

doença incurável, com prognóstico reservado, e orientar com familiaridade condutas paliativas. A maioria não conhece o conteúdo da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.805/06 que torna ética a ortotanásia.

Conclusões: Os anestesiológicos brasileiros afirmam ter conhecimento sobre as práticas da distanásia e ortotanásia. Os anestesiológicos preferem a prática da ortotanásia à da distanásia, diante da terminalidade. Os anestesiológicos afirmam ainda conviver com a prática da distanásia. O ensino da graduação médica pouco contribuiu para a abordagem teórico-prática das questões relacionadas à morte.

Palavras-chave. Dignidade; Distanásia; Ética; Legalidade; Ortotanásia

Abstract

Cavalcante RS. *Dysthanasia and Orthothanasia: Ethic and Legality in Anesthesiology Practice*. [thesis]. Botucatu: Medical School, UNESP–Univ. Estadual Paulista; 2018.166p.

Background. The technological and scientific advances of the last century have honored technology and experimental sciences, resulting in imbalance between society values and dehumanization of health professionals, where anesthetists are included. In that universe, we can observe that the hospitals are used as deposits of human suffering in the name of the obstinate struggle for life and dysthanasia is still practiced, when the most dignified conduct would be orthothanasia. The objectives of this study are: evaluate whether Brazilian anesthesiologists know the institutes of dysthanasia and orthothanasia; investigate the preference of the anesthesiologists between dysthanasia and orthothanasia practices, considering the terminally ill patients with incurable disease; investigate whether dysthanasia is still practiced, and finally to investigate how medical education, during graduation in Medical schools have been contributing to theoretical and practical approach to issues related to death. **Methods.** This research consists in the application of an online questionnaire, prepared by the researchers, not validated yet. The invitation to participate was sent by e-mail to all anesthesiologists affiliated with the Brazilian Society of Anesthesiology (SBA), which has explained the nature and purpose of the research and directed the interested parties, through a link, to the Informed Consent Form (TCLE) followed by the questionnaire. The first 30 completed questionnaires from each of the five political-administrative regions of Brazil were included in the study, according to the determination of the statistical method. **Results.** Brazilian anesthesiologists, although claiming to know the institutes of dysthanasia and orthothanasia, they acquired that knowledge mostly outside academic graduation. Between those practices, when terminality of the interviewee, the patient or the loved one, is faced, they preferred orthothanasia; as well die at home, prioritizing the dignity. However, they affirm that they have already adhered dysthanasia even when orthothanasia was the best to be practiced, even though they disagreed, which generated frustration and indignation. Almost all of the interviewees affirmed that they had not had practical training in how to deal with terminality and satisfactory contents of Ethic and Law, during graduation, even though they feel capable of diagnosing a patient

suffering from an incurable disease and a reserved prognosis and familiarity to guide comfort. Most do not know the content of Resolution of Brazilian Federal Medical Council 1.805 / 06. **Conclusions.** Brazilian anesthesiologists claim to have knowledge about the practices of dysthanasia and orthothanasia. Anesthesiologists prefer to practice orthothanasia than dysthanasia, when terminality is faced. Anesthesiologists also claim that dysthanasia is still practiced. The teaching of medical graduation does little to contribute to the theoretical/practical approach to issues related to death.

Keywords. Dignity; Dysthanasia; Ethic; Legality; Orthothanasia.

Lista de figuras

Figura 1 -	Distribuição da amostra segundo a faixa etária (anos).....	58
Figura 2 -	Distribuição da amostra segundo o sexo.....	59
Figura 3 -	Distribuição da amostra segundo estado civil.	60
Figura 4 -	Distribuição da amostra segundo grau de titulação de pós-graduação nível doutorado.....	61
Figura 5 -	Distribuição da amostra segundo grau de titulação de pós-graduação nível mestrado.	62
Figura 6 -	Distribuição da amostra segundo especialização.....	63
Figura 7 -	Distribuição da amostra segundo a cor da pele.....	64
Figura 8 -	Distribuição da amostra segundo orientação espiritual, religião ou filosofia de vida.	65
Figura 9 -	Distribuição da amostra segundo relevância dada pelo entrevistado à vida ou à dignidade humanas	66
Figura 10 -	Distribuição da amostra segundo conhecimento do entrevistado em relação às diferenças entre distanásia, eutanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido.....	67
Figura 11 -	Distribuição da amostra segundo a forma pela qual o entrevistado obteve conhecimento sobre distanásia, eutanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido.....	68
Figura 12 -	Distribuição da amostra segundo a preferência do entrevistado no que ele gostaria que um ente querido, sem possibilidade de cura e próximo à morte, fosse submetido (distanásia e/ou ortotanásia).....	69
Figura 13 -	Distribuição da amostra segundo o motivo pelo qual o entrevistado escolheu a conduta frente à terminalidade de um ente querido.....	70
Figura 14 -	Distribuição da amostra segundo a predileção de local para o instante da morte de um ente querido.....	71
Figura 15 -	Distribuição da amostra segundo a predileção de local para o instante da morte de um paciente.....	72

- Figura 16** - Distribuição da amostra segundo a predileção de local para se morrer.....73
- Figura 17** - Distribuição da amostra segundo a predileção entre distanásia e ortotanásia, para um paciente com diagnóstico sem possibilidade de cura e próximo à morte.....74
- Figura 18** - Distribuição da amostra segundo a justificativa pela escolha da ortotanásia ou distanásia no paciente terminal.....75
- Figura 19** - Distribuição da amostra segundo a predileção entre distanásia e ortotanásia, caso o entrevistado fosse a pessoa com diagnóstico sem possibilidade de cura e próximo a sua morte.....76
- Figura 20** - Distribuição da amostra segundo a justificativa pela escolha da ortotanásia ou distanásia no final da vida do entrevistado.....77
- Figura 21** - Distribuição da amostra segundo ser o entrevistado capaz ou não de diagnosticar um paciente acometido de doença incurável e com prognóstico reservado.....78
- Figura 22** - Distribuição da amostra segundo existência ou não de orientação religiosa para se tomar decisão frente a terminalidade.....79
- Figura 23** - Distribuição da amostra sobre o que se fazer, frente à terminalidade, segundo a orientação da religião.....80
- Figura 24** - Distribuição da amostra segundo ter ou não ter, o entrevistado, sido abordado pelo paciente sobre os seus desejos de tratamento frente à terminalidade dele.....81
- Figura 25** - Distribuição da amostra segundo se sentir ou não, o entrevistado à vontade para a prática de condutas apenas de conforto, frente a terminalidade de um paciente.....82
- Figura 26** - Distribuição da amostra segundo a realidade de ter ou não ter o entrevistado já se deparado com situação(ões) em que o procedimento cirúrgico não acrescentaria qualidade de vida, mas, sim, um sofrimento desnecessário ao paciente.....83
- Figura 27** - Distribuição da amostra segundo o sentimento experimentado pelo entrevistado quando se deparou com situação(ões) em que o procedimento cirúrgico não acrescentaria qualidade de vida mas sim um sofrimento desnecessário ao paciente.....84

- Figura 28** - Distribuição da amostra segundo a reação do entrevistado quando se deparou com situação(ões) em que o procedimento cirúrgico não acrescentaria qualidade de vida mas sim um sofrimento desnecessário ao paciente.....85
- Figura 29** - Distribuição da amostra segundo ter ou não ter sido o conteúdo médico-acadêmico, referente à Ética/ao Direito, satisfatório ao entrevistado durante sua formação.....86
- Figura 30** - Distribuição da amostra segundo ter ou não o entrevistado, durante sua graduação, treinamento formal específico de como lidar com paciente no final da vida.....87
- Figura 31** - Distribuição da amostra segundo o conhecimento, pelo entrevistado, do teor da Resolução CFM 1805/2006.....88
- Figura 32** - Distribuição da amostra segundo o entendimento, pelo entrevistado, acerca de ser a Resolução CFM 1805/2006 viabilizadora de maior segurança para a conduta de procedimento(s) frente à terminalidade.....89
- Figura 33** - Distribuição da preferência do médico, quanto ao local da ocorrência do óbito, com relação a ele próprio, ao ente querido e ao paciente.....90
- Figura 34** - Distribuição da preferência do médico entre distanásia e/ou o ortotanásia a ser aplicada a ele mesmo, no paciente e ente querido.....91

Lista de tabelas

- Tabela 1** - Distribuição das respostas acerca da preferência entre vida e dignidade da pessoa humana, qual direito é mais relevante, ao entrevistado, de acordo com a faixa etária deles.....92
- Tabela 2** - Distribuição das respostas, segundo faixa etária, referente ao conhecimento das diferenças entre eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido93
- Tabela 3** - Distribuição das respostas, segundo faixa etária, acerca de se julgar capaz de diagnosticar se um paciente apresenta doença incurável e prognóstico reservado.....94
- Tabela 4** - Distribuição das respostas, segundo faixa etária, objetivando saber se durante sua formação médico-acadêmica o entrevistado acreditou que o conteúdo de ética/direito lhe foi satisfatório.....95
- Tabela 5** - Distribuição de respostas, segundo faixa etária, para saber se durante a graduação, o entrevistado teve algum treinamento formal específico de como lidar com o paciente no final da vida.....96
- Tabela 6** - Distribuição das respostas, segundo faixa etária, sobre o conhecimento do teor da Resolução CFM 1805/2006.....97
- Tabela 7** - Distribuição das respostas, segundo o sexo, sobre qual direito se entendia mais relevante, vida ou dignidade da pessoa humana.....98
- Tabela 8** - Distribuição das respostas, segundo o sexo, sobre saber a diferença entre eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido.....99
- Tabela 9** - Distribuição das respostas, segundo o sexo, sobre se julgar capaz de diagnosticar um paciente acometido de doença incurável e com prognóstico reservado..... 100
- Tabela 10** - Distribuição das respostas, segundo o sexo, acerca de ter a formação médico-acadêmica propiciado conteúdo de ética/direito satisfatório, ao entrevistado..... 101

Tabela 11 - Distribuição das respostas, segundo sexo, sobre ter o entrevistado, durante sua graduação, algum treinamento formal específico de como lidar com o paciente no final da vida.....	102
Tabela 12 - Distribuição das respostas, segundo sexo, sobre conhecer o teor da Resolução CFM 1805/2006.....	103
Tabela 13 - Distribuição das respostas, segundo região, sobre o entendimento do que seria mais relevante ao ser humano, o direito à vida ou à dignidade.....	104
Tabela 14 - Distribuição das respostas, segundo região, sobre conhecimento das diferenças entre eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido.....	105
Tabela 15 - Distribuição das respostas, segundo região, sobre o entrevistado se julgar capaz de diagnosticar um paciente acometido de doença incurável e com prognóstico reservado.....	106
Tabela 16 - Distribuição das respostas, segundo região, sobre terem sido os conteúdos de Ética/Direito satisfatórios, ao entrevistado, durante a formação médico-acadêmica.....	107
Tabela 17 - Distribuição das respostas, segundo região, sobre ter tido, o entrevistado, durante a graduação, algum treinamento formal específico de como lidar com o paciente no final da vida.....	108
Tabela 18 - Distribuição das respostas, segundo região, acerca do conhecimento do teor da Resolução CFM 1805/2006.....	109
Tabela 19 - Distribuição das respostas, segundo religião e correlação pela preferência entre dignidade ou vida.....	110
Tabela 20 - Distribuição das respostas, segundo religião, sobre o conhecimento das diferenças entre eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido.....	111
Tabela 21 - Distribuição das respostas, segundo religião, sobre o entrevistado se julgar capaz de diagnosticar se um paciente está acometido de doença incurável e com prognóstico reservado.....	112

- Tabela 22** - Distribuição das respostas, segundo religião, sobre o entrevistado acreditar ter tido na formação médico-acadêmica o conteúdo satisfatório de ética/direito..... 113
- Tabela 23** - Distribuição das respostas, segundo religião, sobre ter tido, o entrevistado, durante sua formação algum treinamento formal específico de como lidar com o paciente no final da vida..... 114
- Tabela 24** - Distribuição das respostas, segundo religião, sobre o conhecimento do teor da Resolução CFM 1.805/2006..... 115
- Tabela 25** - Distribuição das respostas, segundo religião, sobre a mesma possuir alguma orientação acerca da conduta a ser tomada no caso de pacientes terminais..... 116
- Tabela 26** - Distribuição das respostas segundo a prática de ortotanásia e/ou distanásia, diante de um diagnóstico sem possibilidade de cura e proximamente à morte de um ente querido e a priorização dos direitos, dignidade ou vida, nesta realidade..... 117
- Tabela 27** - Distribuição das respostas segundo a prática de ortotanásia e/ou distanásia diante de um diagnóstico sem possibilidade de cura e proximamente à morte de um paciente e a priorização dentre os direitos dignidade ou vida, nesta realidade..... 118
- Tabela 28** - Distribuição das respostas segundo a prática de ortotanásia e/ou distanásia, diante de um diagnóstico sem possibilidade de cura e proximamente à morte do entrevistado e a priorização dentre os direitos dignidade ou vida, nesta realidade..... 119

Lista de abreviaturas¹e siglas

.br	Brasil (internet)
.com	Domínio comercial (internet)
a.C.	Antes de Cristo
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
apud	Citado por
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CC	Código Civil
CDD	Classificação Decimal de Dewey
CEM	Código de Ética Médica
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Constituição Federal da República
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CP	Código Penal
CRB	Conselho Regional de Biblioteconomia
DR.a	Doutora
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente

¹ Abreviaturas dos títulos acadêmicos, profissões e período da história, conforme normas da Academia Brasileira de Letras (<http://www.academia.org.br/nossa-lingua/reducoes>)

etc.	E outras coisas mais
et al.	Colaboradores
EUA	Estados Unidos da América
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
gm	Gabinete do Ministro
http	Protocolo de Transferência de Hipertexto Seguro (Hyper Text Transfer Protocol Secure)
M.a	Mestra
n.	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
org.	Organização
p.	Páginas
PL	Projeto de Lei
PNH	Política Nacional de Humanização
Prof. ^a	Professora
Prof.as	Professoras
Prof.	Professor
SBA	Sociedade Brasileira de Anestesiologia
SP	Estado de São Paulo
St.	<i>saint</i> (santo em inglês)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unesp	Universidade Estadual Paulista

Univ.	Universidade
USP	Universidade de São Paulo
UTI(s)	Unidade(s) de Terapia(s) Intensiva(s)

Lista de símbolos

α	Alfa
%	Porcentagem
>	Maior
\geq	Maior ou igual a
<	Menor

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E LITERATURA.....	23
2	JUSTIFICATIVAS	50
3	HIPÓTESE.....	51
4	OBJETIVOS	52
	4.1 Principal.....	52
	4.2 Secundários.....	52
5	MÉTODOS	53
	5.1 Metodologia Estatística	55
6	RESULTADOS.....	56
	6.1 Caracterização da amostra.....	58
7	DISCUSSÃO	120
8	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	137
9	CONCLUSÃO.....	138
	REFLEXÕES PESSOAIS.....	139
	REFERÊNCIAS	140
	GLOSSÁRIO.....	158
	APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	159
	APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA	160

1 INTRODUÇÃO E LITERATURA

Na Antiguidade, notadamente na Grécia, os médicos eram considerados como detentores de poderes curativos supremos, muitas vezes equiparados a semideuses, podendo garantir a longevidade se não a “imortalidade”.(1,2)

Com René Descartes, na Idade Moderna, a divindade médica deu espaço à ciência e a sua racionalidade, (3) deixando, assim, os médicos de serem semideuses para se tornarem homens dotados de todas as falibilidades da alma humana.(2)

Na Contemporaneidade, a Medicina, aliada à tecnologia, tem alcançado notórios avanços, sobretudo nas áreas de diagnóstico, de cirurgia, de terapêutica, de anestesiologia e de reanimação, proporcionando significativa manutenção da saúde, com o controle e a eliminação de enfermidades, tornando cada vez mais rara a morte natural.(3)

Se, por um lado, esses avanços, somados ao pleno saneamento básico e ao acesso à saúde, culminaram na melhoria da qualidade de vida e no aumento da longevidade, por outro, a maior sobrevida começou a ocorrer em situações nas quais a tentativa de cura leva a procedimentos invasivos, onerosos, dolorosos e, agora, já ineficazes, muitas vezes não pretendidos pelo paciente.

Cria-se um ideal para negar o real e inevitável: a morte.(5)

Somam-se a esse lamentável cenário os altos custos dessa prática de obstinação terapêutica, (6) fazendo surgir um novo fenômeno social diante da terminalidade, caracterizado pela medicalização da vida (7) e institucionalização da

morte. (8,9) Uma situação na qual a tecnologia tem mantido a vida mesmo quando a vida se mostra impossível sem a tecnologia.(10)

Diante desse atual fenômeno, observa-se o retorno ao “endeusamento” dos médicos, os quais, nutridos por vontade desmedida de manutenção da vida, ou, até mesmo, levados pelo desejo de pacientes e/ou seus familiares, buscam prolongar a vida indefinidamente, como se fosse possível atingir a imortalidade. Vê-se, portanto, uma sociedade materialista, fascinada pela ciência e pelos seus progressos, coisificando as pessoas.(11)

Sobre esta coisificação, destaca-se o raciocínio de Antônio Luiz Bento (2008), afirmando que há “risco iminente de transformar o ser humano em objeto e escravo da moderna tecnologia”(12), ignorando-se que o paciente é dotado de sentimentos, medos, desejos, autonomia de vontade e, sobretudo, de dignidade.

Observa-se busca irracional do prolongamento da vida que concorre para transformar os hospitais em “modernas catedrais do sofrimento humano”, (1) local onde se tenta esconder, de forma confinada, a morte. Para muitos, na contramão da realidade humana, a morte ainda se mostra como a situação que coroa o fracasso da medicina e o não enfrentamento da mesma justifica qualquer empenho, (13) ainda que às custas de elevado sofrimento.

O apego exacerbado à vida ou o medo da morte é bem descrito por Ronald Dworkin (2003), (14) quando afirma que “a morte domina não porque é apenas o começo do nada, mas o fim do tudo”.

Também, Ariano Suassuna (1955), (15) acerca da certeza e do temor da finitude humana, afirmou:

Cumpriu sua sentença: encontrou-se com o único mal irremediável, aquilo que é a marca do nosso estranho destino sobre a

terra, aquele fato sem explicação que iguala tudo o que é vivo num só rebanho de condenados, porque tudo o que é vivo morre.

Mas seria a morte algo tão nocivo?!

A obra literária “As Intermittências da Morte”, de José Saramago (2005), (16) descreve que, em determinado período e local, a imortalidade instalou-se entre os homens. Ninguém mais morria. Num primeiro momento tal proeza fora exaustivamente festejada. Mas, em seguida, a saudade da morte surgiu e o reconhecimento da sua benignidade foi proclamado, já que as pessoas adoeciam, envelheciam, deterioravam-se, mas, tal como as coisas, nunca morriam. Uma tragédia!

A morte é evento necessário para o corpo e para a alma.

Fernando Bernardes Soares (1999), (17) por seu turno, aceitando a morte como evento certo e a vida como bem finito, com mestria e poesia irretocáveis, escreveu em Vida: “O próprio viver é morrer, porque não temos um dia a mais na nossa vida que não tenhamos, nisso, um dia a menos nela”.

A Bíblia Sagrada afirmando a necessidade da morte em Eclesiastes 3 descreve: “Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu. Há tempo de nascer, e tempo de morrer;...”(18)

Portanto, a morte, a seu tempo, não parece a vilã da humanidade, revela-se sagrada necessidade.

A vida temporal é condição basilar da existência humana(19) e a mortalidade condição elementar e certa de qualquer ser vivo. A aceitação é a

única medida racional que se impõe, já que não se lhe pode evitar e, quando muito, postergá-la.

Como bem lembrado: “O ser humano pode ser curado de uma doença mortal, mas nunca de sua mortalidade. (20)

Viver é mais que existir. É ter autonomia, dignidade, consciência, poder decidir, aprender, conhecer, reconhecer etc. É, enfim, muito além da existência de meros sinais vitais. Rubem Alves (2003) afirma não sentir medo diante da morte “mas, sim, tristeza em deixar a experiência tão boa que é viver.(21)

Viver tem que ser bom e, portanto, não se pode harmonizar isso com dolorosos tratamentos invasivos, previamente sabidos já não mais eficazes à garantia da vida.

Assim, os avanços tecno-científicos, experimentados no último século, que tanto têm prestigiado a tecnologia e as ciências experimentais, distanciam-se das ciências humanas, fomentando um desequilíbrio de valores e a desumanização na conduta de profissionais, dentre os quais os médicos.(22)

O papel da medicina, no momento da finitude, segundo notória frase do médico alemão, Harry Benjamin² (1986 *apud* Hanauer 2013, 85p.), não deve ser o de “dar mais dias à vida, mas, sim, mais vida aos dias”, (23) aceitando a morte como condição humana, sem que isto signifique omissão médica ou desprestígio da vida, muito pelo contrário. (23) Como escreveu Fernando Bernardo Soares (2016), (17) “o valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem.”

² Benjamin H. *Everybody's Guide to Nature Cure*. Read Books Ltd; 1941. 504 p.

A colaborar para o reparo desta fria, habitual, individualista e tecnicista realidade, surge a Bioética como uma disciplina autônoma, da alteridade, pautada na metodologia do diálogo multidisciplinar e multicultural, objetivadora do respeito incondicional ao ser em todos os seus aspectos biopsicossociais. (22)

Bioética, segundo Reich³ (1995 apud Monteiro 2005, 20 p.), é o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e a atenção à saúde, enquanto que esta conduta é examinada à luz dos princípios e valores morais.

A Bioética, assim, vem em socorro da Medicina hipocrática, dando-lhe uma visão mais holística do ser humano, resolvendo dúvidas éticas e legais, com as quais os médicos se deparam no exercício de sua profissão, em prol da beneficência, não maleficência e justiça (os três princípios da Bioética).

A ideia de se manter o paciente terminal conectado a medidas de suporte artificial à vida, conduta ainda muito difundida nos dias atuais, embora pareça expressão de respeito e apurada técnica, muitas vezes esconde paternalismo, materialismo, desrespeito, despreparo a impor sofrimento desnecessário.

Desta forma, o resgate da morte humanizada é medida que se impõe, a bem da vida digna, em contraposição ao penoso e oneroso movimento de adiamento e ocultação, vivenciado nas últimas décadas.(7)

A vida se constitui num direito personalíssimo, intransferível e inalienável do homem e, posto a sua relevância e magnitude, o Estado a protege de todas

³ Reich W. Encyclopedia of Bioethics. In: of Bioethics. 2^o ed MacMillan; 1995. 665 p.

as formas, sendo um dever deste.(24) Portanto, a vida, embora seja direito do cidadão, não é dever dele mas, sim, do Estado.(25)

O Estado, por sua vez, a fim de adimplir com seu dever de inviolabilidade da vida, coíbe, com rigor, qualquer ato, de terceiro, atentatório à mesma. Daí a legislação penal disciplinar os crimes contra a vida, impondo-lhes as penas mais severas. Não é lícito ninguém matar ninguém (art. 121 do CP),(26) exceto o Estado, em tempo de guerra (art. 5^o, XLVII, “a”, da CF).(24)

Mas, o cuidado estatal não se restringe só à vida de quem já tem personalidade jurídica, posto o nascimento com vida (art. 2^o do Código Civil). (27) A legislação brasileira tutela a vida em toda a sua extensão, da fecundação à morte. Como proteção da vida antes do nascimento, temos, por exemplo, a penalização do abortamento, tentado ou consumado (Código Penal, art. 124 a 128), a salvaguarda dos direitos do nascituro desde a concepção (art. 2^o do Código Civil – CC), incluindo-se direito a alimentos (Lei n. 8.560/1992), atendimento pré e perinatal (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, artigos 7^o e 8^o), (26) nomeação de curador ao nascituro se necessário (art. 1.779 do CC) etc. (27,28)

Portanto, a proteção da vida, pelo Estado, é cercada de inúmeros dispositivos legais, visando a manutenção incólume deste sagrado direito do cidadão, coibindo práticas de terceiros, contra a mesma, sob qualquer pretexto, ainda que piedoso, constituindo crimes puníveis a eutanásia, o suicídio médico assistido e o homicídio, dentre outros.

Assim sendo, o conhecer da diferença entre os procedimentos de eutanásia, suicídio médico assistido, distanásia e ortotanásia é medida que se impõe.

Tida, equivocadamente, ora como sinônimo e ora como o gênero do qual se derivam todas as espécies de conduta médica tuteladora da terminalidade, a eutanásia é apenas a mais afamada dessas condutas, com um conceito a merecer atenção redobrada para que confusões não sejam impetradas.

Conforme explica Maria de Fátima Freire de Sá (2005), (29) o termo eutanásia foi criado no século XVII, pelo filósofo inglês Francis Bacon, e deriva do grego *eu* (boa), *thanatos* (morte), podendo ser traduzido como “boa morte”, “morte apropriada”, “morte piedosa”, “morte benéfica”, “crime caritativo”, etc.(30) Ocorre quando a vítima, paciente ou não, sabendo que a sua doença é incurável, ou vivenciando situação de dor que não deseja ou, não suporta, ou ainda, ostentando situação que a levará a não ter condições mínimas de vida digna, solicita ou não, ao médico ou terceiro, que lhe tire a vida antecipadamente, por misericórdia, visando evitar sofrimentos, dores físicas e psicológicas que poderão ocorrer com o desenvolvimento da doença ou limitação de suas condições física e mental.

Assim, da análise do conceito, conclui-se que a eutanásia caracteriza-se pela intenção do agente (dolo), médico ou não, em querer o desfecho morte de outrem, numa realidade que não precisa ser de paciente vitimado por enfermidade incurável e em fase terminal, aliás, nem mesmo a vontade da vítima é relevante. Aqui a morte ocorre antes do seu tempo natural e por ato de terceiro, este motivado pela piedade, pelo dó.

Quanto ao tipo de ação, classifica-se em eutanásia ativa, decorrendo de ato deliberado ao provocar a morte do doente, ou passiva, quando a morte ocorre por se abandonar a terapêutica. Quanto ao consentimento, em voluntária,

que ocorre quando a morte decorre de vontade da vítima; involuntária, quando a morte é provocada contra a vontade da vítima; e, por fim, a eutanásia não voluntária quando a vítima nem ao menos se manifestou sobre aquela prática.(31)

Usamos o substantivo vítima ao invés de paciente, pois, na eutanásia não se exige a condição de doente terminal para que seja executada, assim como, também, no campo legal, no Brasil, a eutanásia corresponde ao crime de homicídio definido no art. 121 do Código Penal (CP), com pena de reclusão de seis a 20 anos, podendo ser considerado homicídio privilegiado, quando houver a motivação humanitária, o que viabilizará a minoração da pena, entre 4 e 15 anos de reclusão.(26)

Além das implicações criminais, a prática de eutanásia é conduta vedada pelo Código de Ética Médica (CEM), nos termos do *caput* do art. 41, que proíbe o abreviar da vida de paciente, ainda que com o seu consentimento.(32)

A eutanásia é lícita na Holanda (2.002), na Bélgica (2.002), em Luxemburgo (2.009), na Suécia (eutanásia passiva desde 2.010), na Noruega (eutanásia passiva) e na Austrália, foi admitida em 1.990, sofrendo revogação posterior. No Uruguai e na Colômbia, embora seja crime, é passível de isenção de pena, mediante preenchimento de requisitos observados pelo juiz.(33)

Vale ressaltar que, mais recentemente, temos o neologismo da bioética brasileira, denominado *mistanásia*, ou eutanásia social.(34) A justaposição do prefixo grego *mys* (infeliz), (35) seguido do sufixo *thantos* (morte), indica morte miserável, fora e antes da hora, decorrente da negativa às pessoas, pelas mais diversas razões (políticas, sociais, econômicas, etc.) ao acesso às novas tecnologias e cuidados médicos. (36) É prática comum em hospitais de terceiro

mundo, onde a disponibilidade de leitos, medicamentos, exames e cirurgias é insuficiente. (37) Um exemplo deste descaso é a fila dos transplantes no Brasil.

Na mistanásia, não se tutela a vida, a dignidade e nem a autonomia do paciente. É exemplo de omissão e desmando do Estado na promoção da saúde de forma ampla, gratuita, universal, nos termos da Constituição Federal. É, portanto, conduta ilegal do Estado, mas com sérias consequências aos operadores da saúde, já que estes, representando o Estado ineficiente e omissor, veem-se às voltas com acusações de negligência, omissão, etc.

A precariedade do SUS em atender os ditames constitucionais do acesso amplo e irrestrito à saúde, ao cidadão, exige, cada vez mais, a priorização no despendimento das verbas orçamentárias para tal fim. (38) A prática da distanásia agrava esta situação, que, além de todos os malefícios ao paciente e a sua família, provoca uma desarrazoada lotação de hospitais, UTIs etc. ocupados por pacientes terminais, sem prognóstico de sobrevivência, causando onerosidade e comprometendo o socorro àqueles outros pacientes que, com reais possibilidades de manutenção da saúde, acabam por sucumbir desassistidos, ao que se denomina mistanásia. Esta rotineira realidade acarreta significativas consequências sociais com reflexo na economia, previdência social e saúde, dentre outros.

Assim, o médico anestesiológico, cuja rotina ocorre em área socorrista, deve ser um profissional bem preparado não apenas para o atendimento clínico, mas, também, para o discernimento de como atuar frente a paciente em quadro clínico irreversível, no qual a possibilidade de vida inexiste e a escassez de recursos impera a exigir a racionalidade, respeitando-se os direitos do paciente e decidindo o momento em que se deve tutelar mais a vida ou a dignidade da

pessoa humana, optando-se ou não pela prática da ortotanásia, cômico e seguro de seus direitos e deveres profissionais

Mas, além da eutanásia social, outro procedimento objetivador da finitude é o suicídio médico assistido, que é a morte decorrente de ato do próprio enfermo, que é orientado por médico. O ato comissivo, ou seja, a prática de se tirar a vida, é do próprio doente terminal (26,32). O médico apenas orientaria quais os fármacos, como os ministrar, que botão apertar etc., sem, no entanto, ministrá-los ou acionar qualquer dispositivo.

Assim, enquanto na eutanásia o médico ou terceiro é quem tira a vida, numa ação ativa, no suicídio médico assistido, a morte advém de ato direto do paciente, auxiliado, orientado ou observado pelo médico, nas instruções e orientações àquele desiderato.

O Juramento de Hipócrates, juramento solene que os médicos fazem na formatura, veta tal prática ao dizer que “a ninguém darei, para agradar, remédio mortal, nem conselho para induzir à perdição.”(39) O Conselho Federal de Medicina também veta tal prática, assim como o ordenamento jurídico brasileiro, que a tipifica como induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio (art. 122 do CP, com pena de reclusão de dois a seis anos, se o suicídio se consuma, ou reclusão de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave). (26)

Admitem o suicídio médico assistido: Suíça, Alemanha, Canadá, EUA (estados de Oregon, Vermont, Califórnia, Washington, Novo México e Montana), França, Holanda e Suíça.(40)

Já na distanásia, ao contrário daquelas três primeiras condutas que viabilizam a morte antes do seu termo natural, objetiva-se o prolongar da vida

biológica de portadores de enfermidade sem expectativa de cura, em fase terminal, relegando, a segundo plano, a dignidade e o conforto do enfermo.(1) Portanto, aqui a morte ocorre após a data que teria sido seu termo final, se não houvesse emprego da terapêutica obstinada. Nos Estados Unidos, este ato é chamado de futilidade médica (*medical futility*) ou tratamento fútil (*futile treatment*) e, na Europa, obstinação terapêutica (*L'acharnement thérapeutique*).(41) Leocir Pessini (2.007) também define a distanásia como o “encarniçamento terapêutico”.(35)

O filósofo Nietzsche (1.888), (5) acerca da distanásia, afirma ser “um vegetar em estado de vil dependência dos médicos e de tratamentos especiais, uma vez que o significado da vida se perdeu”.

No Brasil, segundo o Dicionário Aurélio, o verbete distanásia é a morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento.(42) Etimologicamente, a palavra é neologismo composto pelo prefixo grego *dys*, que significa ato defeituoso, distanciamento, e *thanatos*, morte.(41) Contrariamente aos entendimentos éticos da medicina, na distanásia nem mesmo o arbítrio do paciente, e/ou seu representante legal, são considerados (distanásia involuntária ou não voluntária). Nesta, a autonomia do indivíduo pode ser desrespeitada em nome de ilusória proteção (43) paternalista secular, que já não mais tem razão de ser, excetuando-se casos nos quais a autonomia esteja comprometida ou impossibilitada.(44)

É bem verdade que o Estado, e só o Estado, após criterioso procedimento legal, com observância do contraditório e da ampla defesa, pode interferir no direito à liberdade e/ou autonomia do cidadão, por interesses coletivos de maior relevância, relacionados à própria ordem e à organização estatal. Também o pode o médico, quando o desejado pelo paciente é contrário

às orientações éticas, legais e de boa técnica, a colocá-lo em risco de morte (art. 31 CEM), mas não se vivencia habitualmente exceções; daí a necessidade de observância da regra, o respeito ao direito de informação e da autonomia do paciente em poder decidir, notadamente diante de sua terminalidade.

Embora o ato da distanásia geralmente seja fundamentado na boa-fé de se “salvar” o paciente da morte, a realidade revela-nos que esta visão poética pode sofrer maculação, já que, às vezes, o lucro de uma “saúde-mercadoria” é o fim.(35)

Assim, a distanásia também pode ser tão criminosa quanto a eutanásia e o suicídio médico assistido, quer por ignorar a dignidade da pessoa humana, insistindo em tratamento desumano ineficaz, quer por existir motivação financeira reprovável ou até mesmo científico-experimental inapropriada, que aniquila qualquer sentimento fraternal.

Infelizmente, a distanásia mostra-se como prática habitual na medicina moderna, (10) resultando em significativas e negativas consequências à pessoa e à sociedade, (45), comprometendo a saúde físico-mental de profissionais da saúde, de familiares, além da do próprio doente.

Esta visão de imortalidade às custas de agonia, sofrimento e isolamento tem se mostrado, para muitos, como expressão irracional de apego material, egoísmo, desrespeito e desamor, a qual se deve opor com viabilização prática de um morrer digno. (46)

Importante que se diferencie o direito à morte e o direito de morrer dignamente. O direito à morte refere-se ao direito de a pessoa abreviar a própria vida. Ele não é considerado crime, desde que se faça integralmente por ato próprio do agente (suicídio), sem a mínima participação ou coautoria de terceiros.

Já o direito de morrer dignamente relaciona-se com a ortotanásia, ou seja, o direito de se ter morte natural, humanizada, com o auxílio de profissionais da saúde, no emprego dos amplos cuidados da medicina paliativa, o que tem sido implementado em nosso país. (2)

Muito da habitualidade na prática da distanásia deve-se ao medo, do paciente e da família, do enfrentamento com a desconhecida morte. Diante do desespero do fim, deposita-se, na medicina, todas as esperanças para se livrar da própria mortalidade e, com isso, acaba-se experimentando sofrimento da conhecida e indesejada distanásia.

O medo da experiência, durante a terminalidade, de falta de atenção à dignidade, de desconfortos respiratórios, dores, agonias, bem como o corriqueiro isolamento dos doentes terminais, que jazem depositados em enfermarias, vindo a óbito, longe de seus lares e das pessoas queridas etc., (21) consubstancia uma tragédia, que contribui para o avolumar de repulsa em relação ao morrer.

Também, dentro desse medo do morrer está o temor de ser declarado morto quando ainda vivo. O Brasil adota como critério para a declaração de óbito a morte encefálica, nos termos do art. 3º da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1.997.(47) Mas, como aferir a referida morte encefálica? Quem a pode atestar? Quais os trâmites para tal desiderato?

Os protocolos médicos, para a declaração de óbito, diferem de país para país. O Brasil é tido como um país conservador e muito seguro, já que exige protocolo mais detalhado, com a declaração da morte, obtida em horários diferentes, assinada por dois médicos, com especialidade própria e experiência comprovada, que deverão fazer inclusive exames complementares obrigatórios.

De acordo com a recentíssima Resolução CFM 2.173/17, publicada no Diário Oficial em 12/12/17,(48) em substituição à Resolução n. 1.480/1997 do Conselho Federal de Medicina,(49) a morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos (presença de lesão encefálica de causa conhecida e irreversível; ausência de fatores tratáveis que confundiriam o diagnóstico; tratamento e observação no hospital pelo período mínimo de seis horas; temperatura corporal inferior a 35^o graus; e saturação arterial de acordo com critérios pré-estabelecidos pela Resolução) e complementares, realizados por dois médicos não participantes das equipes de remoção ou transplante, durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias, sendo consequência de processo irreversível de causa conhecida, com a observância de coma aperceptivo, com ausência de atividade motora supraespinal e apneia persistente, demonstrando ausência de atividade elétrica, metabólica e perfusão cerebrais. (48)

Em alguns países desenvolvidos, como a Alemanha, a morte encefálica é diagnosticada por um único exame complementar feito por um único médico, enquanto nos Estados Unidos o exame complementar nem obrigatório é. (48)

Em levantamento realizado em 2.015, em 91 países, constatou-se que em 70% deles havia legislação acerca da determinação da morte encefálica. Em pesquisa de 2.002, publicada no *New England Journal*, afirma-se que dentre os 80 países pesquisados em 34% era exigida a participação de dois médicos para atestar a morte encefálica e o teste de apneia só era exigido em 59% deles.(48)

Portanto, o Brasil, tutor inarredável da preservação da vida, mostra-se cauteloso nos critérios de aferição da morte, com legislação tecnicamente criteriosa e exemplar, não se justificando o temor da catalepsia.

Não podemos esquecer da influência de fatores culturais na manutenção da distanásia entre nós. Segundo Philippe Ariès (1.975), (50) “no século XX, nas sociedades Ocidentais, em decorrência dos avanços da tecnologia e Medicina, criou-se a mentalidade de ser a morte algo sofrido e vergonhoso que deveria ser isolado e escondido, já que reflete desfecho de fracasso da batalha do homem contra a mortalidade.” Ainda, dentro destes fatores culturais, temos a religiosidade de nosso povo, já que sendo o brasileiro um povo em sua maioria católico, (51) de baixa escolaridade, (52) preserva a tradição de ver a vida como uma dádiva divina a ser tutelada acima de qualquer outro bem jurídico, propalando esta simplista e superficial premissa, sem se interessar pelo conhecimento das peculiaridades da ortotanásia que é inclusive recomendada pela Igreja Católica, (19) a maior fé professada no país.

A Santa Sé Apostólica, instituição máxima da Igreja Católica Apostólica Romana, que arrebanha a maioria dos fiéis no país, (64,63%)(51) sensível à realidade da terminalidade de pessoas portadoras de enfermidade incurável, em estágio terminal, recomenda a ortotanásia como prática cristã, na Carta Encíclica *Evangelium Vitae* (1995), subscrita pelo então Papa João Paulo II, ora santo, que esclarece a diferença da recomendada ortotanásia com a eutanásia e o suicídio médico assistido, dentre outros, afirmando que:

...distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado excesso terapêutico, ou seja, certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionais aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque, demasiado gravosas para ele e para a sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário

e penoso da vida, sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes. (19)

Também, no item 2.278 de seu Catecismo, a mesma Igreja prega o abdicar da distanásia quando afirma:

...a interrupção de procedimentos médicos onerosos, perigosos, extraordinários ou desproporcionais aos resultados esperados possa ser legítima. É a rejeição da obstinação terapêutica. Não se quer dessa maneira provocar a morte, aceita-se não impedi-la. As decisões devem ser tomadas pelo paciente, se tiver a competência e a capacidade para isso; caso contrário, pelos que têm direitos legais, respeitando sempre a vontade razoável e os interesses legítimos do paciente.(53)

Também se pode atribuir à habitual prática da distanásia a questão do histórico paternalismo médico, muito comum, consistente no assenhoreamento total do médico, que, avocando para si toda a conduta do tratar, negligencia acerca do direito à informação e de autodeterminação do paciente, e tudo decide por si, provocando relação interpessoal de poder e submissão assimétrica e reprovável. (32,54)

Rubem Alves (2.003), (21) expressando seu ponto de vista acerca da distanásia, afirmou que se trata de violência ao princípio da "reverência pela vida", já que se os médicos pudessem escutar a vida, certamente ouviriam: "Liberta-me".

A insegurança médica também é outra causa justificadora da escolha da prática da distanásia, mesmo quando a ortotanásia seria a melhor indicação.

Parte desta insegurança decorre da defasagem da grade acadêmica das faculdades de medicina, ocasionando a caótica realidade evidenciada. Assim, o despreparo dos agentes de saúde (médicos, enfermeiros e seus auxiliares) contribuem para a insistência de atos obstinados e invasivos, ineficazes. Esses agentes acreditam, muitas vezes, que estão garantindo a vida, mas, em verdade, acabam por incorrer em conduta indesejada ao paciente e reprovável pelo direito e pela ética, já que se pode constituir em intervenção torturante, desumana e degradante,(24) assumindo, os agentes, o risco de terem que responder por seus atos em diferentes tribunais.

Daí porque a consciência da finitude humana e a busca de uma morte sem dor e agonia fazem crescer o interesse pela morte correta, ao seu tempo, a chamada ortotanásia.

A ortotanásia, em análise etimológica, é a morte correta (*orto*: correta, *thanatos*: morte) que vai de encontro ao objetivo do médico de “curar, às vezes, aliviar, muito frequentemente, e confortar, sempre.” (55,56)

Na ortotanásia busca-se confortar o enfermo terminal, aliviando-lhe, dentro do possível, as dores, angústias e sofrimentos. Significa, assim, o não prolongamento artificial do processo natural de morrer, abdicando-se de procedimentos médicos “heroicos” e respeitando-se o curso da vida.

Platão, no século IV a.C., em *Da República*, traduzido por Guinsburg (1965), (57) ao expor as linhas gerais de seu Estado ideal, enfatizando a importância da dignidade humana e da aceitação da morte, afirma que: “Cada cidadão tem um dever a cumprir em todo Estado bem organizado. Ninguém pode passar a vida em doenças e remédios... Quanto aos que não são corporalmente sãos, deixar-se-ão morrer.”

Deixar-se morrer não significa ação de matar e nem omissão em socorrer quando se aceita a ortotanásia. Na ortotanásia, não se abdica de toda e qualquer terapêutica, já que, aqui, o médico não se importa com a quantidade de sobrevivida, mas, sim, empenha-se em proporcionar qualidade de vida, lançando mão dos cuidados paliativos, preservadores da dignidade e da individualidade do enfermo terminal.

Luiz Antônio Bento (2008) (58) afirma que o termo paliativo vem do latim *pallium* e significa máscara ou manto. Assim, o cuidado paliativo constitui tratamento multiprofissional aos doentes irreversíveis, mediante o uso de terapêutica não invasiva, objetivadora do controle dos sintomas, buscando alívio da dor e conforto físico, psíquico e espiritual. O objetivo dos tratamentos paliativos não é prolongar a quantidade de tempo de vida, mas, sim, proporcionar uma qualidade vital na mais ampla dimensão (física, psíquica e espiritual), (12,59) estendendo este cuidado também à família.

Importante que se frise que tutelar a dignidade não significa ignorar a supremacia do direito à vida. O Ministro Alexandre de Moraes (2009) (60) afirma que o direito à vida é o mais fundamental dos direitos já que se constitui em pré-requisito para todos os demais. No mesmo sentido, Silva (2007) (61) afirma ser a vida a fonte primária de todos os outros bens jurídicos, daí o porquê de sua superioridade.

Concordando com todos esses entendimentos, adiantaria viver sem dignidade na fase terminal da vida, vitimados por aflições decorrentes de procedimentos invasivos inócuos, de solidão, de medos e de angústias?!

Dignidade deriva do termo em latim *dignus* – aquele que merece estima e honra, aquele que é importante. A pessoa é tratada de forma elementar, pois ela é a razão de ser de toda a sociedade. (62)

Barroso e Martel (2.010) (63) afirmam que a dignidade pode se apresentar como condição interna (autonomia) ou externa (heteronomia). Na autonomia, valoriza-se o indivíduo, suas liberdades e seus direitos fundamentais. Já, na heteronomia, observa-se limitação aos direitos fundamentais do indivíduo por imposição de valores sociais.

Edmilson de Almeida Barros Junior (2.007) (64) define dignidade como “um valor inerente à pessoa, manifestada pela autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que já traz a exigência ao respeito recíproco, representando um mínimo inatingível que todo estatuto jurídico deve garantir, de forma que, apenas excepcionalmente, possam se fazer limitações ao exercício dos Direitos Fundamentais, mas sem desconsiderar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos.”

A Organização Mundial de Saúde⁴ (1.995 apud Marcelo Pio de Almeida Fleck, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2.000), define qualidade de vida como “a percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores, nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É conceito de alcance abrangente, afetado de forma complexa por sua saúde física, estado psicológico e nível de independência, por suas relações sociais e relações com as características do seu meio ambiente.” (65)

⁴ The WHOQOL Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 10:1403-1409.

Portanto, na ortotanásia, a morte é natural e assistida com todo cuidado humanizado, sem o sofrimento decorrente de uma obstinação terapêutica, que apenas prolonga a angústia dos envolvidos, mas com condutas médicas paliativas confortantes. Busca-se o reconhecimento do direito do ser humano à autodeterminação, que pode decidir o que pretende, incluindo-se o morrer com dignidade, já que esta é a expressão de vários direitos, como a autonomia, consciência, liberdade e, principalmente, dignidade da pessoa humana. (66)

Na prática da medicina paliativa, observa-se atuação para além dos limites físicos do paciente, atingindo questões psicológicas, espirituais, legais e até mesmo de cuidados com os próprios familiares.

Importante que se frise que, embora em muitas da vezes a prática da ortotanásia seja a desejada, ela tem sido preterida pela distanásia, posto o desconhecimento de seu conceito, sua amplitude e abrangência ética, confundindo-a com processos de morrer muito diversos e peculiares, como eutanásia, mistanásia e suicídio médico assistido, como anteriormente discorrido.

Diante da finitude que se avizinha, é preciso dar ênfase ao paradigma de cuidar e não curar, assegurando qualidade de vida e buscando, prioritariamente, aliviar o sofrimento de quem está partindo

Descabida a argumentação das opiniões diversas de que na ortotanásia há o abandono do paciente pelo médico. Primeiro porque, no Brasil, o Código de Ética Médica (Resolução CFM 1.931/09), nos artigos 32 e 36, proíbe expressamente que o médico abandone o paciente sob seus cuidados, bem como deixe de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do mesmo.(67) Segundo,

porque a omissão médica que resulta em morte do paciente é conduta típica da eutanásia passiva e não da ortotanásia.

Na ortotanásia, o médico não age no sentido de abreviar a vida de seu paciente e nem tampouco o abandona. Muito pelo contrário. Ele auxilia o enfermo de forma mais abrangente. Esta visão multidisciplinar dos cuidados paliativos pode ser explicada pelas formações acadêmicas de sua criadora, a enfermeira, assistente social e médica inglesa, Dame Cicely Saunders, fundadora do St. Christopher's Hospice (1967), local precursor da medicina paliativa e de toda a filosofia humanista de priorização da dignidade do paciente terminal, oferecendo-lhe, sempre, uma terapêutica de cuidado e conforto.(68)

A ortotanásia viabiliza ao paciente, muitas vezes, a oportunidade de realizar seus últimos desejos, despedir-se dos queridos, perdoar os desafetos, programar seus últimos passos etc.

É, portanto, o desafio de se garantir a manutenção soberana da dignidade do paciente e a qualidade de vida em seus derradeiros momentos. É a antítese do tratamento invasivo torturante ao qual muitos têm sido submetidos, num manifesto furto da vida e da dignidade, quando mais se precisa de calor humano.(35)

Entretanto, essa prática humanitária tem encontrado pouco interesse do legislador federal num reflexo direto, quiçá pela natural repulsa e pelo temor que o tema provoca, já que traz à tona a finitude e fragilidade humanas, contribuindo para a insegurança médica na sua efetividade.

Estranhamente, a ortotanásia, instrumento de tamanha relevância e reflexos socioeconômicos de magnitude inquestionáveis, não obtém, do legislador federal, a devida atenção, já que até hoje inexistente lei federal a prever, de uma

forma direta, este direito. De forma indireta, podemos citar o art. 15 do Código Civil e o art. 7º, III a Lei 8.080/90 (disciplina o SUS), que reconhecem o direito de autonomia do paciente.

Esclarece-se que tramitam na Câmara dos Deputados, o projeto de lei (PL) 3.002/2008, que regulamenta a prática da ortotanásia no Brasil, (69) o PL 5.008/2.009 que proíbe a suspensão de cuidados de pacientes em estado vegetativo persistente e o PL 6544/09, que expõe os cuidados devidos a pacientes que se encontrem em fase terminal de enfermidade; além do PL 6715/09 (de iniciativa do Senado sob o número 116/2.000, que altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1.940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia.(70–74)

O PL 524/2.009, apresentado no Senado pela Comissão de Bioética da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, que expunha os direitos da pessoa em fase terminal de doença, mas foi arquivado em 26/12/14.

Assim, malgrado órfã de lei federal que a patrocine, a ortotanásia encontra arrimo e força para a mudança de paradigmas em princípios insculpidos na Constituição Federal (CF), a Lei das leis. Já no art. 1º, III da CF, observa-se que a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos de nossa República, que se correlaciona com o princípio do respeito à autonomia da pessoa, implícito no art. 5º da CF.(24). Estes princípios que têm sido os pilares de toda a defesa da prática da ortotanásia.

Dignidade é nada mais que a possibilidade de autodeterminação, de escolher caminhos, de optar por meios que, harmoniosos com a lei, parecem atender melhor os nossos anseios.

Somam-se aos princípios anteriormente referidos, no âmbito federal normativo, as Portarias do Ministério da Saúde que disciplinam procedimentos pertinentes à ortotanásia.

Assim, além da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, de 2.013,(75) que visa a humanização entre pacientes e profissionais de saúde, propondo mudança em algumas práticas de saúde, visando responder às necessidades do paciente, atendendo-o e envolvendo-o na terapêutica, (76) temos:

a) Portaria n. 19 de 03/01/2.002, que disciplina o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos;

b) Portaria n. 874/ gm de 16/05/13, do Ministério da Saúde - Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

c) Portaria n. 2.029 de 24/10/2.011, que cuida da internação domiciliar no âmbito do SUS;

Mas, é nos estados que o tema vem ganhando maior interesse quanto à regulamentação. No âmbito dos Poderes Legislativos estaduais têm-se disciplinado as questões de terminalidade, dentro da competência residual, assegurada por lei.

De São Paulo, como pioneiro dentre os estados brasileiros, citamos a Lei Mário Covas (Lei n. 10.241/1.999, de 17 de março de 1.999), que expõe os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no estado. Nesta lei, dentre inúmeros direitos dos pacientes, destacamos o de consentir, ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos

diagnósticos ou terapêuticos a serem realizados para ele; optar pelo local da morte e de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida (art. 2º, VII, XXIII e XXIV da Lei Estadual n. 10.241/99, de São Paulo).(77) Curioso fato é que Mário Covas foi o governador do estado de São Paulo que, quando já sabedor de seu prognóstico reservado, sancionou a referida lei e, dois anos depois, valeu-se da mesma para morrer num quarto rodeado de seus entes queridos. Por esta razão, a referida lei tem seu nome.

No Paraná, temos a Lei n. 14.254, de 04 de dezembro de 2.003, que, em seu artigo 2º, I, XII e XXX, garante atendimento humano, digno, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde; o paciente pode consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados e deve consentir de forma livre, voluntária, esclarecida com adequada informação e, quando ocorrerem alterações significantes no estado de saúde inicial ou consequentes à causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado, com exceção dos casos de emergência médica, bem como ter uma morte digna e serena, podendo ele próprio (desde que lúcido) ou a família ou o responsável, optar pelo local de morte. (78)

Em Minas Gerais, de maneira mais tímida, temos a Lei 16.279 de 20 de julho de 2.006, que prevê, nos incisos VII e XXI do art. 2º, o direito do paciente de consentir sua submissão ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, ser submetido a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, salvo em caso de iminente perigo de vida bem como de recusar tratamento doloroso ou extraordinário.(79)

Assim, a lentos passos, a ortotanásia vem ganhando a atenção dos legisladores e o destaque nas discussões sociais, com olhos voltados,

prioritariamente, na manutenção da dignidade da pessoa humana incólume, entendendo o processo de morrer como uma fase que, embora muitas vezes pesarosa, não tenha de ser torturante, mutiladora e isoladora para o indivíduo.

O CFM é órgão delegado do Estado com a finalidade de fiscalização e regulamentação do exercício da medicina no Brasil. Atento à tendência mundial de medicina humanizada,(80)em atos repetitivos de coragem e sabedoria, fundamentados notadamente nos princípios constitucionais da dignidade e autonomia humanas, vedando tratamento desumano ou degradante (24), a cada três anos, aproximadamente, publica nova resolução acerca de práticas difundidas pela ortotanásia.

Destacam-se:

a) Resolução CFM 1.805/2.006, que trata da prática da ortotanásia.(81). Aplausível o pioneirismo do CFM ao disciplinar tão relevante e polêmica matéria, vindo em socorro do doente terminal, de sua família, dos operadores da saúde, dos sistemas e planos de saúde nacionais. Frisa-se que, até hoje, esta resolução é a única fonte normativa federal a disciplinar a ortotanásia;

b) Resolução CFM 1.931/2.009. Esta Resolução aprova o Código de Ética Médica e foi alterada pela Resolução CFM n. 1.997/2.012. Na referida norma, embora inexista qualquer referência à ortotanásia, distanásia e eutanásia, observa-se, pela leitura atenta, que se aceita e incentiva a prática da ortotanásia já que no Capítulo I, XXII, afirma-se que “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários”, ou seja, não incorrerá na prática de distanásia, e continua afirmando que o médico, diante daquela situação, propiciará sob sua

atenção todos os cuidados apropriados", ou seja, os cuidados paliativos, preconizados pela ortotanásia. Aliás, no art. 41, parágrafo único, afirma que "nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal". Já no Capítulo V, veta a prática de eutanásia ou suicídio médico assistido, quando afirma ser vedado ao médico "abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal";

c) Resolução CFM 1.995/2.012 – Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Estas são um conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestado pelo paciente ou alguém por ele indicado, sobre tratamentos que quer, ou não, receber no momento de sua terminalidade, quando já incapacitado de se expressar. Tais diretivas deverão, via de regra, ser seguidas pelo médico, exceto se este as entender conflitantes com o Código de Ética.⁽⁸²⁾ Duas espécies de diretivas foram previstas: o testamento vital e o mandato duradouro. O testamento vital, instituto nascido nos Estados Unidos (*living will*) na década de 1960, é documento redigido por uma pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais, sem necessidade de auxílio ou chancela de agentes públicos; tem o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja, ou não, ser submetida quando, diante da sua terminalidade, estiver impossibilitada de manifestar livremente sua vontade. Aconselha-se, facultativamente, assessorar-se por um advogado e um médico para que se delimite com propriedade de termos e dentro da lei, os procedimentos descritos. Já o mandato duradouro é documento pelo qual a pessoa nomeia alguém de sua confiança para que, diante da sua terminalidade e estando impossibilitada à

manifestação de vontade, o outorgado manifeste-se em seu lugar. Em ambos os casos, a existência de tais documentos deverá ser levada ao conhecimento prévio da equipe de saúde que deverá fazer constar no prontuário médico do paciente.

Importante também que se esclareça que o CFM, como autarquia corporativa federal, integrante da Administração Pública Indireta, tem seus atos normativos eficazes apenas sobre seus inscritos, e malgrado a atuação profissional destes, atinge toda a sociedade. Daí porque a atividade legislativa federal é emergencial, para que, sem margem a indagações e dúvidas, faça imperativo, a todos os brasileiros, em todo o território nacional, o direito a uma morte digna e correta.

Inegável que, para promover mudanças de paradigmas tão arraigados em nossa religiosa sociedade, na qual a obstinação terapêutica ainda se mostra ocorrente, devemos lutar por legislação eficaz, comprometida com a educação.

Nessa seara, formação adequada dos profissionais de saúde, proporcionando-lhes visão mais holística e humana da função que desempenham, realizando-se ainda a interação de outras áreas do saber, como Ética e Direito, parece condição essencial de humanização no trato da terminalidade, impondo-se o repensar da grade curricular das faculdades de Medicina.

É nessa área do saber, na qual a Medicina se intersecciona com a Ética e o Direito, que, elucidando conceitos, espera-se contribuir para que, juntas, essas ciências alcancem um fim único desejável: o respeito ao homem por toda a sua vida.

2 JUSTIFICATIVAS

A precariedade do SUS em atender os ditames constitucionais do acesso amplo e irrestrito à saúde do cidadão exige, cada vez mais, a priorização do despendimento das verbas orçamentárias para tal fim. (38)

Soma-se a essa questão, o fato de que os avanços tecnológicos na terapêutica médica possibilitam a manutenção da vida *ad eternum* com a ocorrência da obstinação terapêutica, a distanásia, que provoca uma desarrazoada lotação de hospitais, UTIs, etc., ocupados por pacientes terminais, sem prognóstico de sobrevivência, causando onerosidade e comprometendo o socorro àqueles outros pacientes que, com reais possibilidades de manutenção da saúde, acabam por sucumbir desassistidos, ao que se denomina mistanásia. Esta rotineira realidade acarreta significantes consequências sociais com reflexo na economia, previdência social e na saúde, dentre outros setores.

Assim, o médico anesthesiologista, cuja rotina ocorre em área socorrista, deve ser um profissional bem preparado, não apenas para o atendimento clínico, mas, também, para o discernimento de como atuar frente a um paciente em quadro irreversível, para o qual a possibilidade de vida inexiste e a limitação de recursos humanos, tecnológicos e financeiros são limitados, exigindo racionalidade.

Dentro dessa racionalidade, frente à limitação de finitos e poucos recursos, o anesthesiologista, respeitando os direitos do paciente e em harmonia com a ética profissional, deveria estar muito seguro em decidir o momento em que se pode tutelar mais a vida ou a dignidade da pessoa humana, optando-se ou não pela prática da ortotanásia.

3 HIPÓTESE

Os anesthesiologistas brasileiros ainda praticam distanásia.

4 OBJETIVOS

4.1 Principal

O objetivo principal desta pesquisa foi avaliar se os anestesiológicos brasileiros conheciam os institutos da distanásia e ortotanásia.

4.2 Secundários

a) avaliar qual a preferência dos anestesiológicos entre as práticas da distanásia e ortotanásia diante da terminalidade de paciente com doença incurável;

b) avaliar se a distanásia ainda é praticada;

c) avaliar como o ensino da graduação médica contribuiu para a abordagem teórica e prática de questões relacionadas à morte.

5 MÉTODOS

Trata-se de pesquisa do tipo investigativa, coorte prospectiva, descritiva, abordagem quantitativa, com 150 anesthesiologistas, sendo 30 anesthesiologistas por região do território nacional, inscritos na Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), que concordaram em participar da pesquisa respondendo, de forma anônima ou não, a questionário fechado, com 38 questões, sendo 18 de múltipla escolha, sete discursivas e 13 mistas, e disponibilizado no *site* www.LimeSurvey.com. O estudo foi, previamente a sua execução, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – (CAAE: 47165115.2.0000.5411, aprovação em 03/08/15).

O tamanho amostral foi fixado obedecendo à metodologia estatística que segue descrita no item a seguir.

O convite à participação na pesquisa foi encaminhado, via correio eletrônico, pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia, para todos os seus 8.275 associados, à época, tendo tido como resultado 1.159 questionários parcialmente respondidos e 343 respondidos integralmente. Não entrou no cômputo da integralidade a resposta à questão discursiva 22.1.

No e-mail convite, foi disponibilizado um link (<http://www3.fmb.unesp.br/questionarios/index.php/979942/lang-pt-BR>), que direcionava o sujeito da pesquisa ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seguido pelo questionário. Os participantes só tiveram acesso ao questionário após a leitura e concordância prévia do TCLE, escolhendo a opção “concordo”.

Não houve limitação de tempo para respostas às perguntas, sendo viabilizado o retorno a questões já respondidas que poderiam ser revisadas, até o momento do envio, sendo também permitido avançar as questões sem que se tivesse respondido a questão prévia, mas para a efetiva participação só era computado questionários respondidos na integralidade. Todos os dados inseridos na plataforma do *LimeSurvey*, referentes aos questionários selecionados, foram transferidos para o programa *EXCELL* de onde se derivaram as figuras e tabelas, valendo-se, inclusive, do cruzamento de respostas, gerando novas tabelas e figuras.

Como critérios de inclusão adotaram-se: ser anestesiolegista associado à SBA, com acesso à internet, e noção básica de informática para seguir o passo a passo do questionário eletrônico, bem como previamente ter concordado com o TCLE, responder a todas as questões e estar entre os 30 primeiros participantes de sua região brasileira político-administrativa

Depois de atingida a meta, os demais questionários que excederam o número de 30, por região, foram desconsiderados e arquivados.

As perguntas 12.1 e 17.1 correspondentes às figuras 13 e 20, por possibilitarem a escolha de mais de uma alternativa como resposta, resultaram em um número de respostas variável, superior ao número de entrevistados.

Para efeito de estudo, em alguns momentos, os ateus e agnósticos foram considerados uma única categoria (Tabelas 19 a 25).

O questionário aplicado integra este trabalho estando inserido no apêndice 2.

Os resultados obtidos serão apresentados na forma de figuras e tabelas.

5.1 Metodologia Estatística

O tamanho amostral foi determinado utilizando-se a fórmula:

$$n = \frac{n_0}{1 + (n_0 - 1) / N} \cong \frac{n_0}{1 + n_0 / N}$$

sendo $n_0 = \frac{z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$ e z, a abscissa da curva de frequência normal, que define uma área α ; “p” é a proporção estimada em estudos anteriores, $q = 1 - p$ e d é o grau de precisão e N é o tamanho da população que, no caso, ficou em 150 (cento e cinquenta) anesthesiologistas, optando-se por 30 (trinta) para cada região do Brasil, com a finalidade de que estas regiões fossem igualmente representadas.

Para estudo da associação entre todas as variáveis estudadas, com base na literatura vigente, (83)(84)(85) utilizou-se do teste do qui-quadrado, valendo-se do programa SAS versão 9.3, considerando-se o nível de significância de 5%.

6 RESULTADOS

O acesso ao sítio eletrônico, que contém a pesquisa permanece *online* desde 04/08/2.015 até hoje, sendo que o número total de sujeitos foi alcançado em 29/06/2.016.

A questão n. 1 (idade) por ser parte integrante da questão 3 (data de nascimento) foi ilustrada em uma mesma figura, na qual se agruparam os sujeitos da pesquisa em faixas etárias.

As questões 4 (ano de conclusão da residência), 6 (cidade da atividade profissional), 6.1 (estado da atividade profissional), 7.1 (especialidades) e 24.1 (quais treinamentos) por não mostrarem relevância a influenciar os resultados, não aparecem nas figuras ou tabelas.

A questão 6.2 (região do Brasil onde o entrevistado desempenha a atividade) embora de relevância ao estudo, não aparece nos resultados em figura alguma, já que o método fixou a igualdade de participantes (n=30) por região político-administrativa do Brasil. No entanto, tal informação vem ilustrada em várias tabelas comparativas com outras variáveis (13-18).

As perguntas 12.1, 16.1 e 17.1 correspondentes às figuras 13,18 e 20 apresentaram respostas superiores ao número de sujeitos (n=150), já que possibilitavam a escolha de mais de uma alternativa. A questão 19.1, embora também possibilitasse mais de uma escolha, não registrou número de resposta além de 150.

A ausência de resposta à questão discursiva 22.1 não foi considerada como motivo de exclusão do critério integralidade das respostas, para fins de seleção dos questionários, vez que o programa aceitou como resposta não só

números (como era esperado) mas também, letras, espaços etc, prejudicando o considerar das respostas para análise.

Foi considerado como “DÚVIDA”, incluindo-se nos resultados, a escolha de mais de uma resposta quando uma única era exigida.

6.1 Caracterização da amostra

A amostra apresentou as características abaixo descritas:

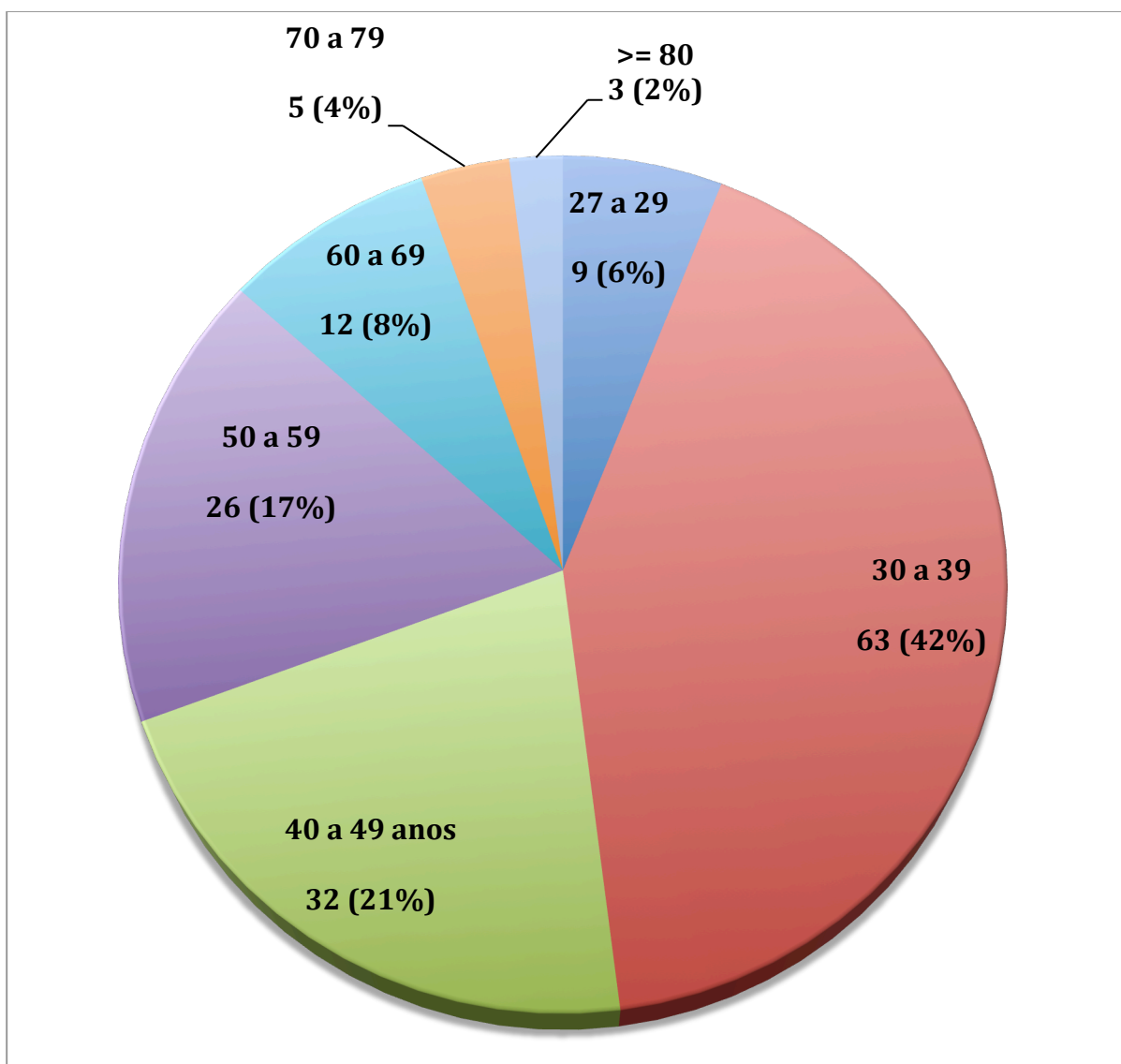


Figura 1 - Distribuição da amostra segundo a faixa etária (anos). Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

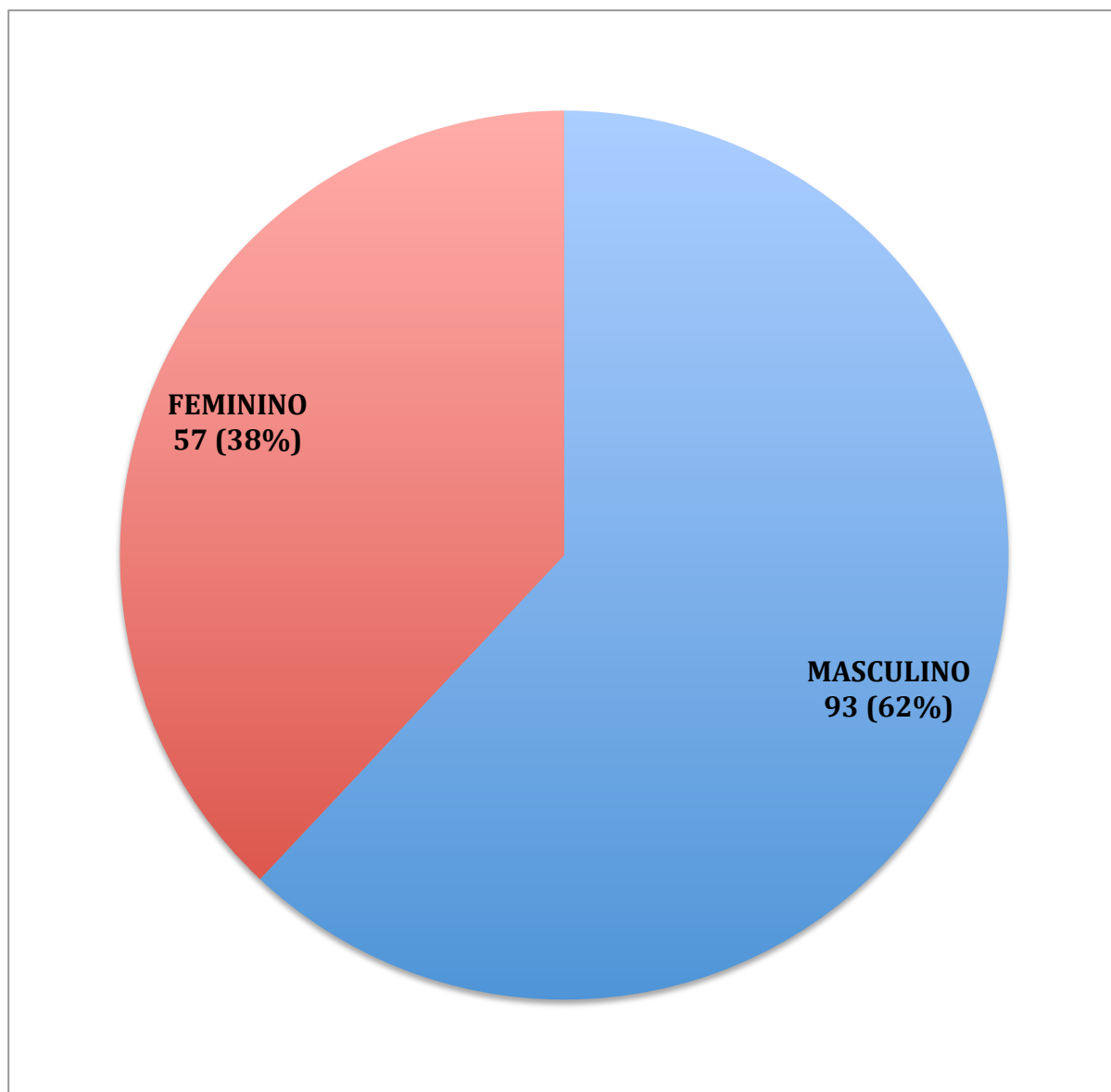


Figura 2 - Distribuição da amostra segundo o sexo. Resultados expressos em números absolutos e percentagem (%).

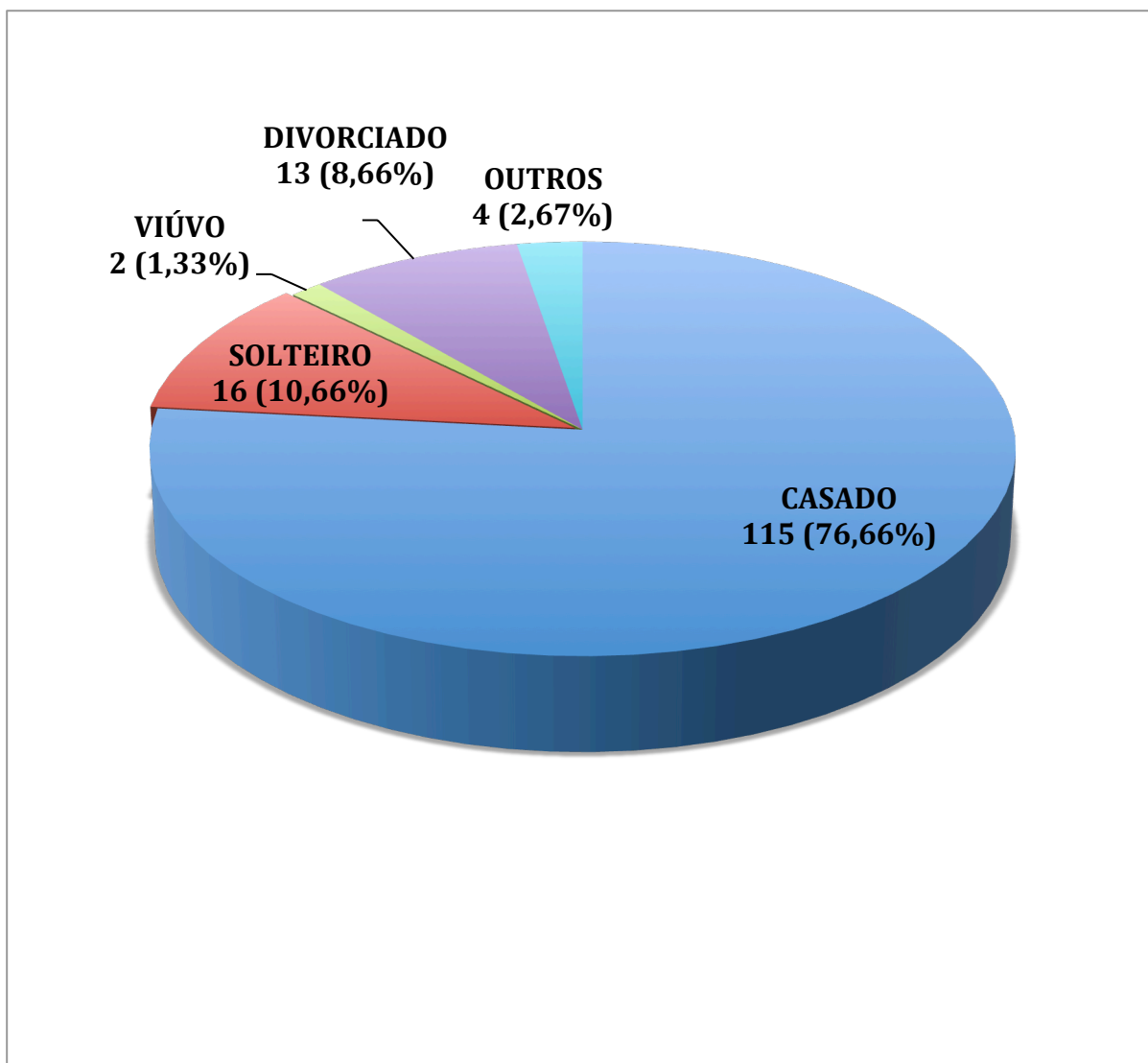


Figura 3 - Distribuição da amostra segundo estado civil. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

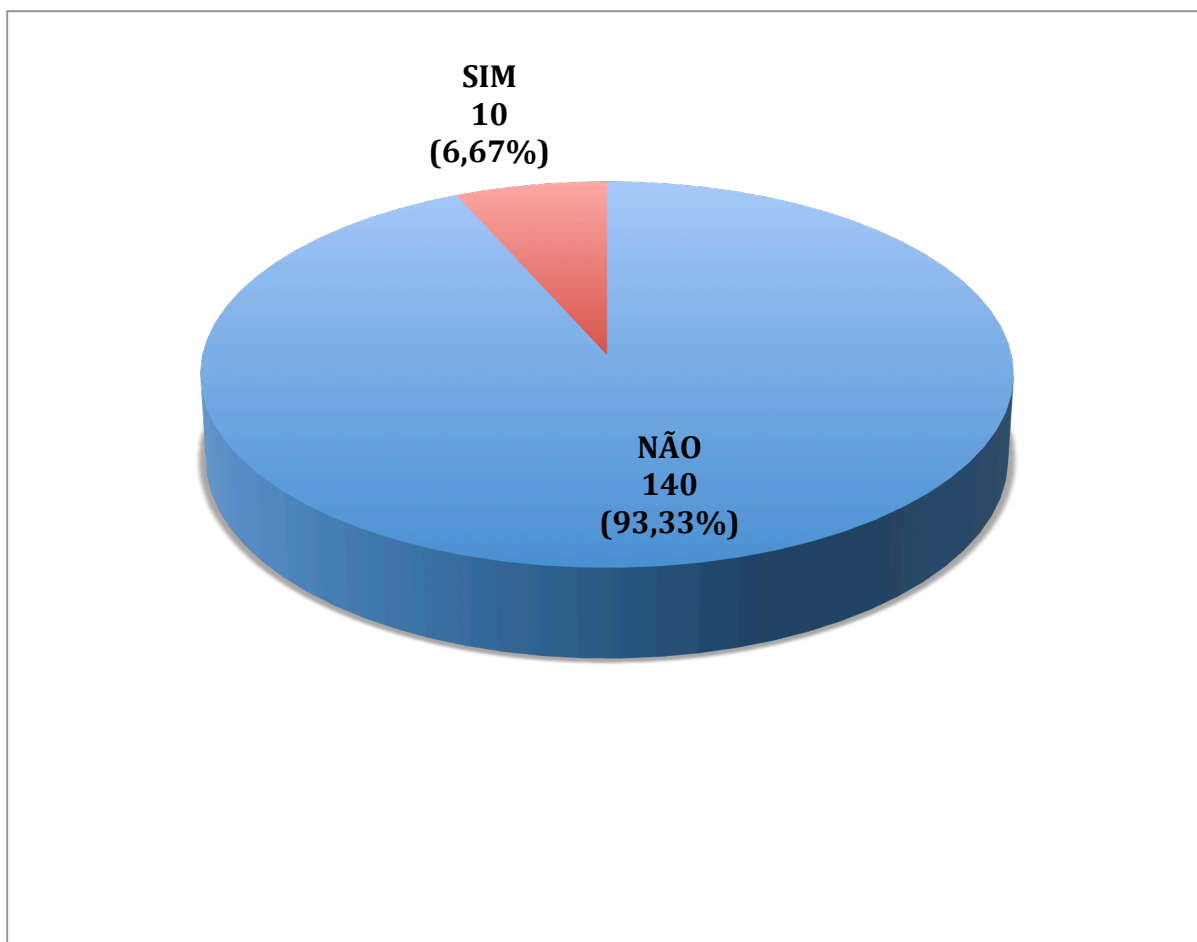


Figura 4 - Distribuição da amostra segundo grau de titulação de pós-graduação, nível doutorado. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

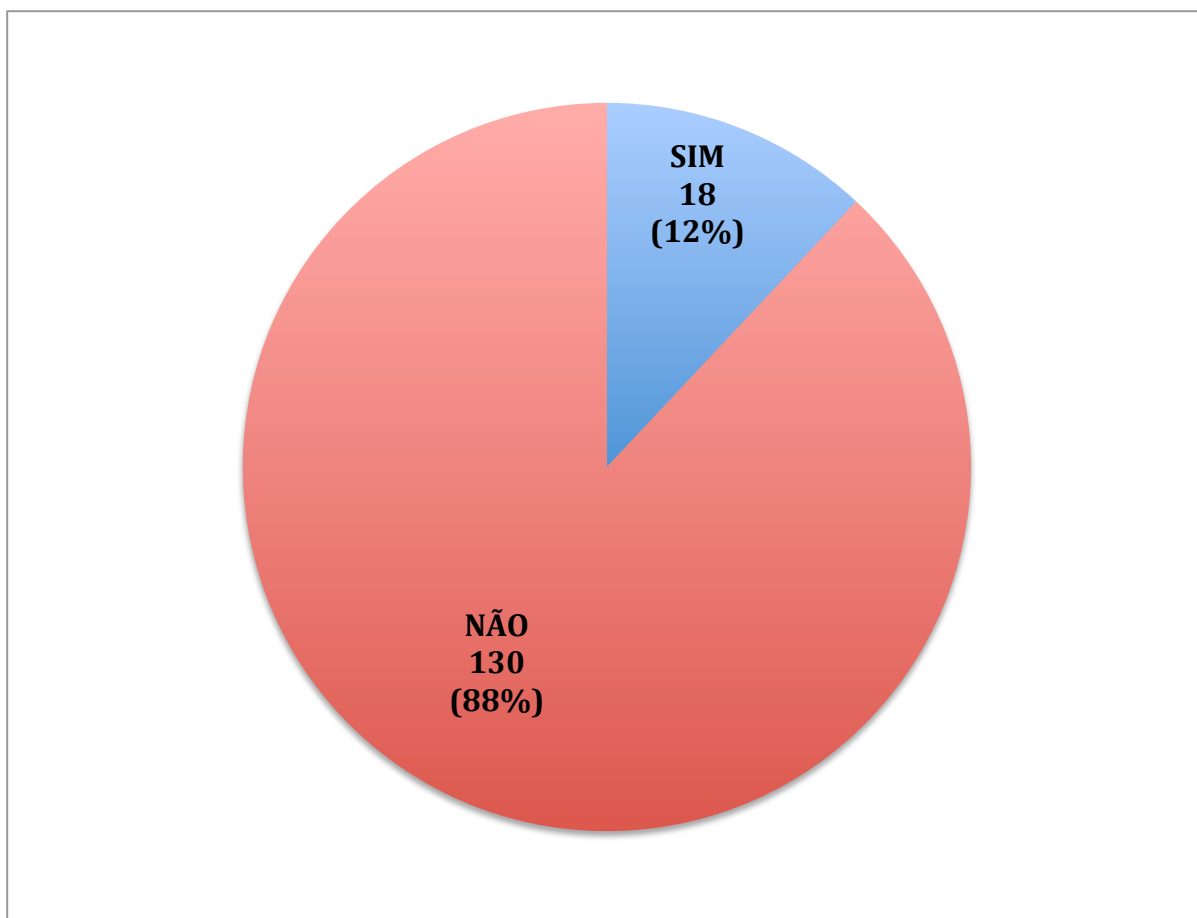


Figura 5 - Distribuição da amostra segundo grau de titulação de pós-graduação, nível mestrado. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

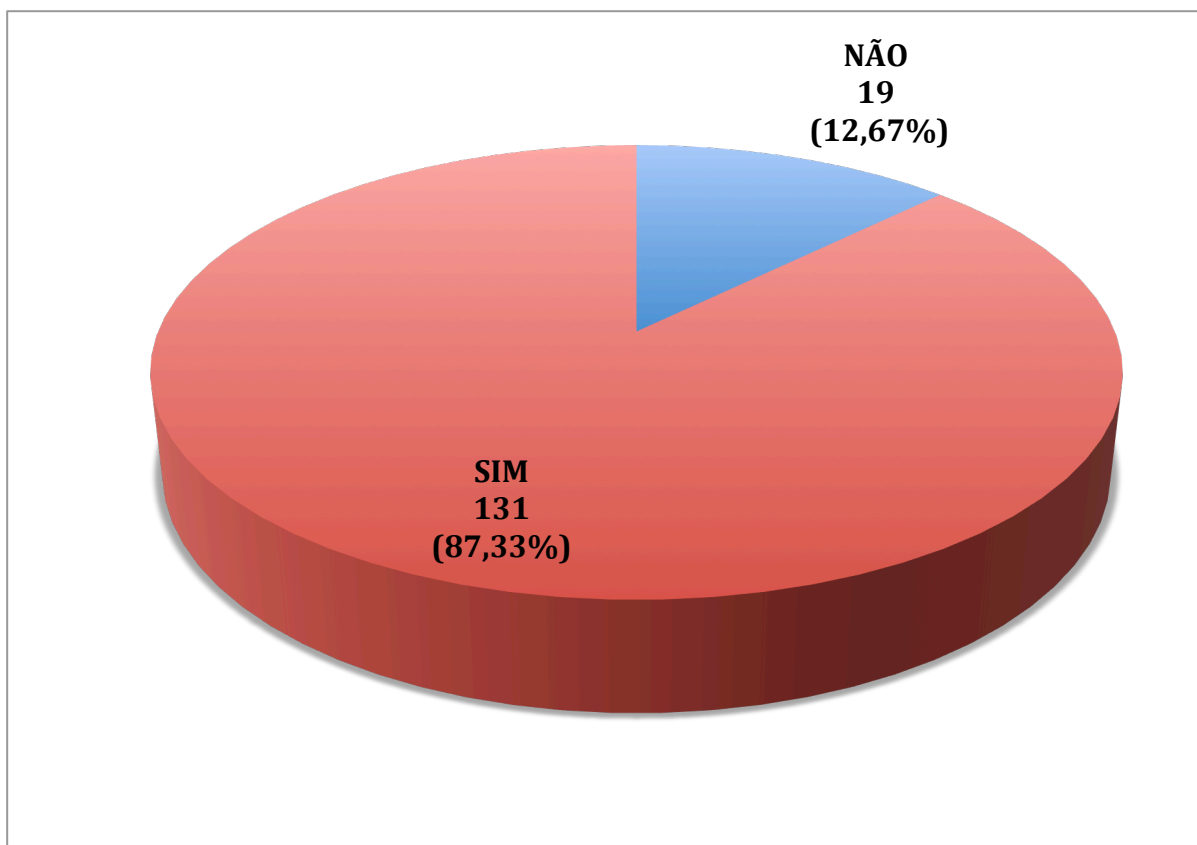


Figura 6 - Distribuição da amostra segundo especialização. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

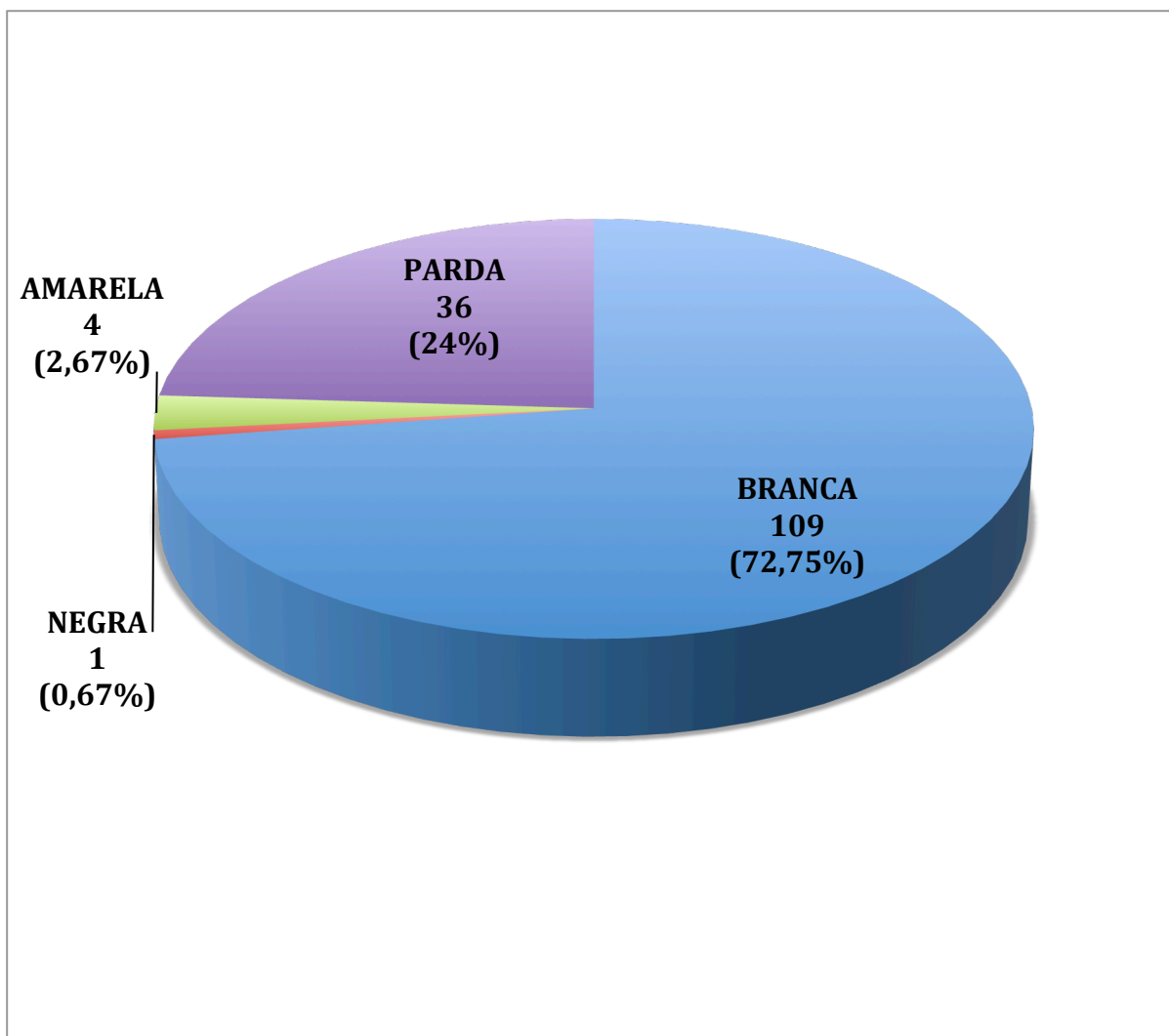


Figura 7 - Distribuição da amostra segundo a cor da pele. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

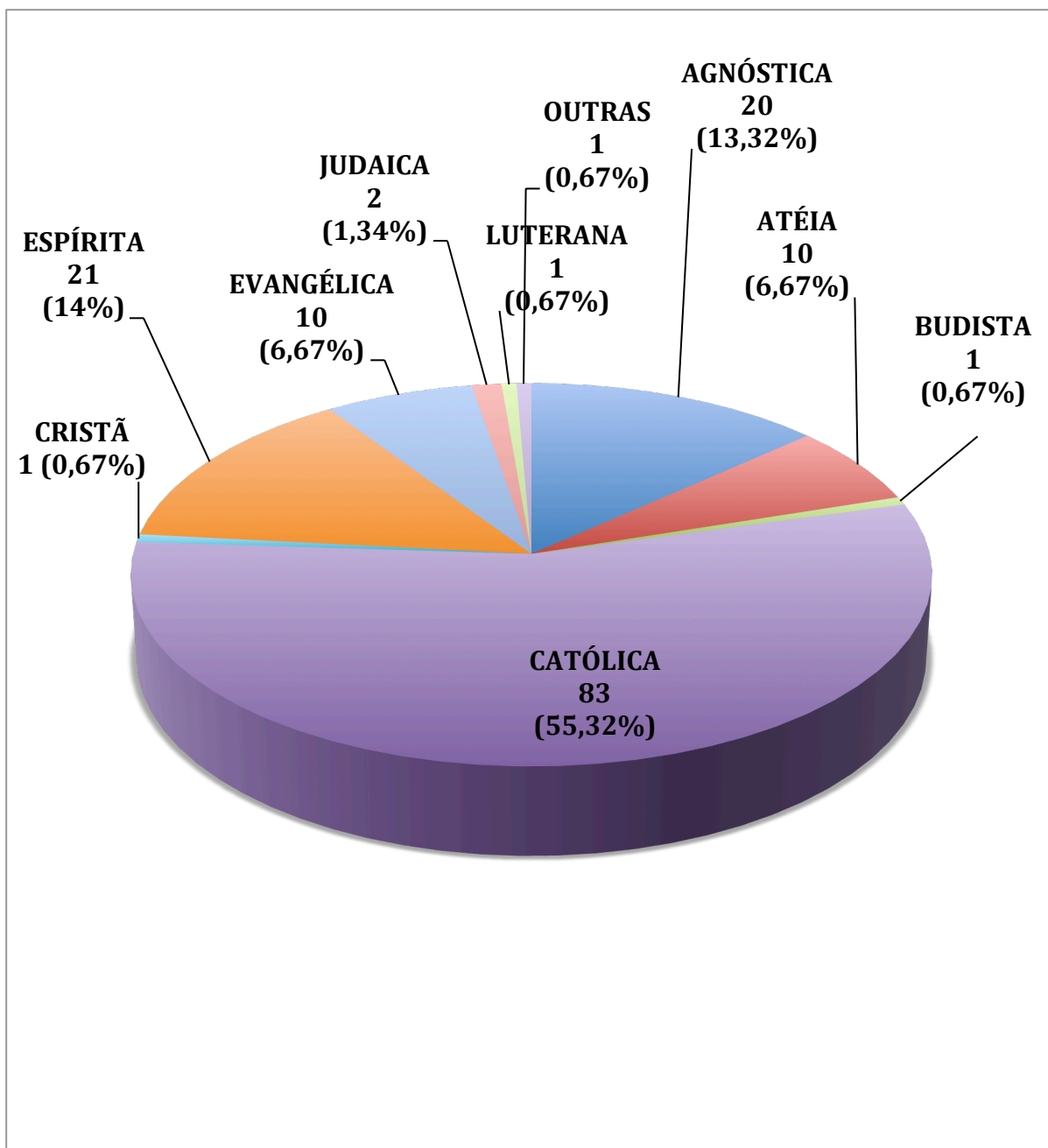


Figura 8 - Distribuição da amostra segundo orientação espiritual, religião ou filosofia de vida. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

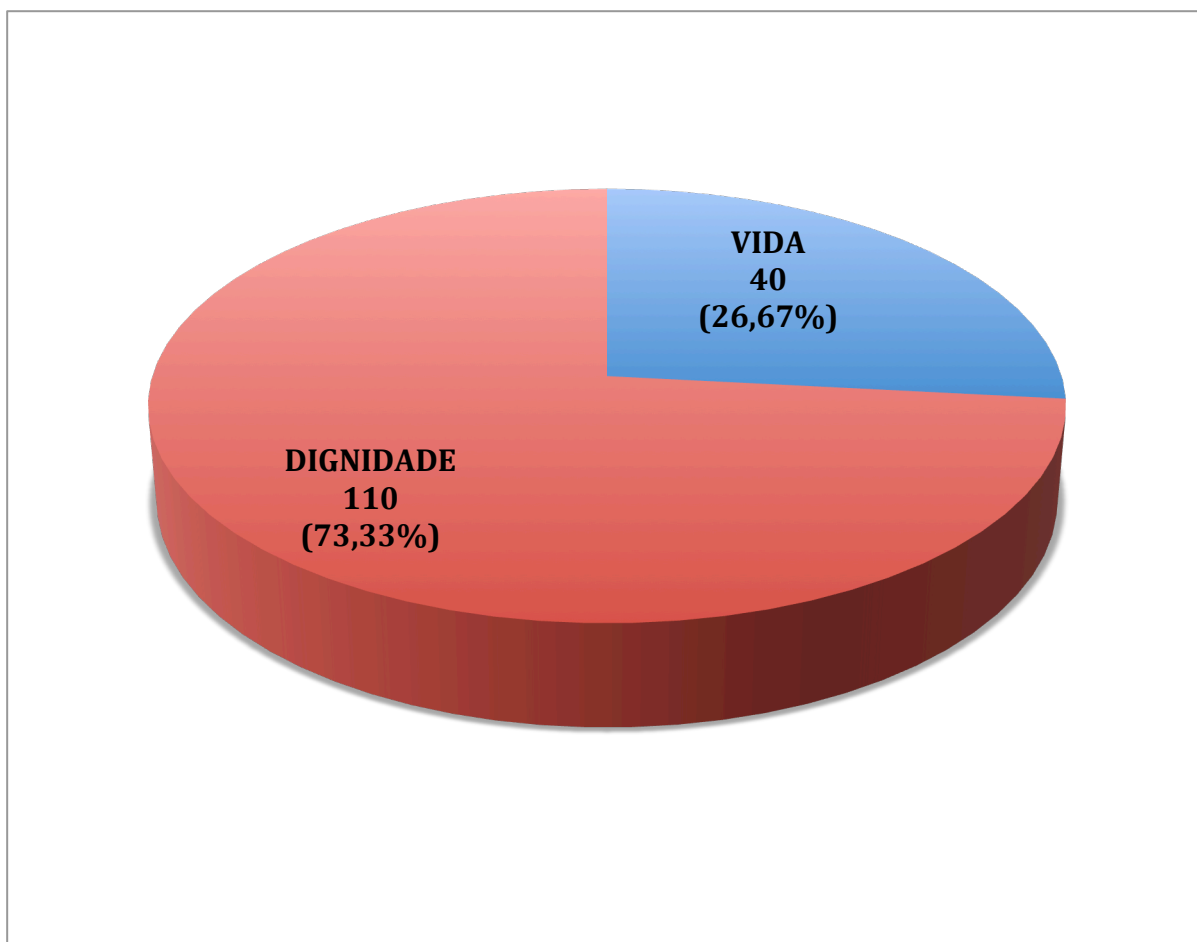


Figura 9 - Distribuição da amostra segundo relevância dada pelo entrevistado à vida ou à dignidade humanas. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

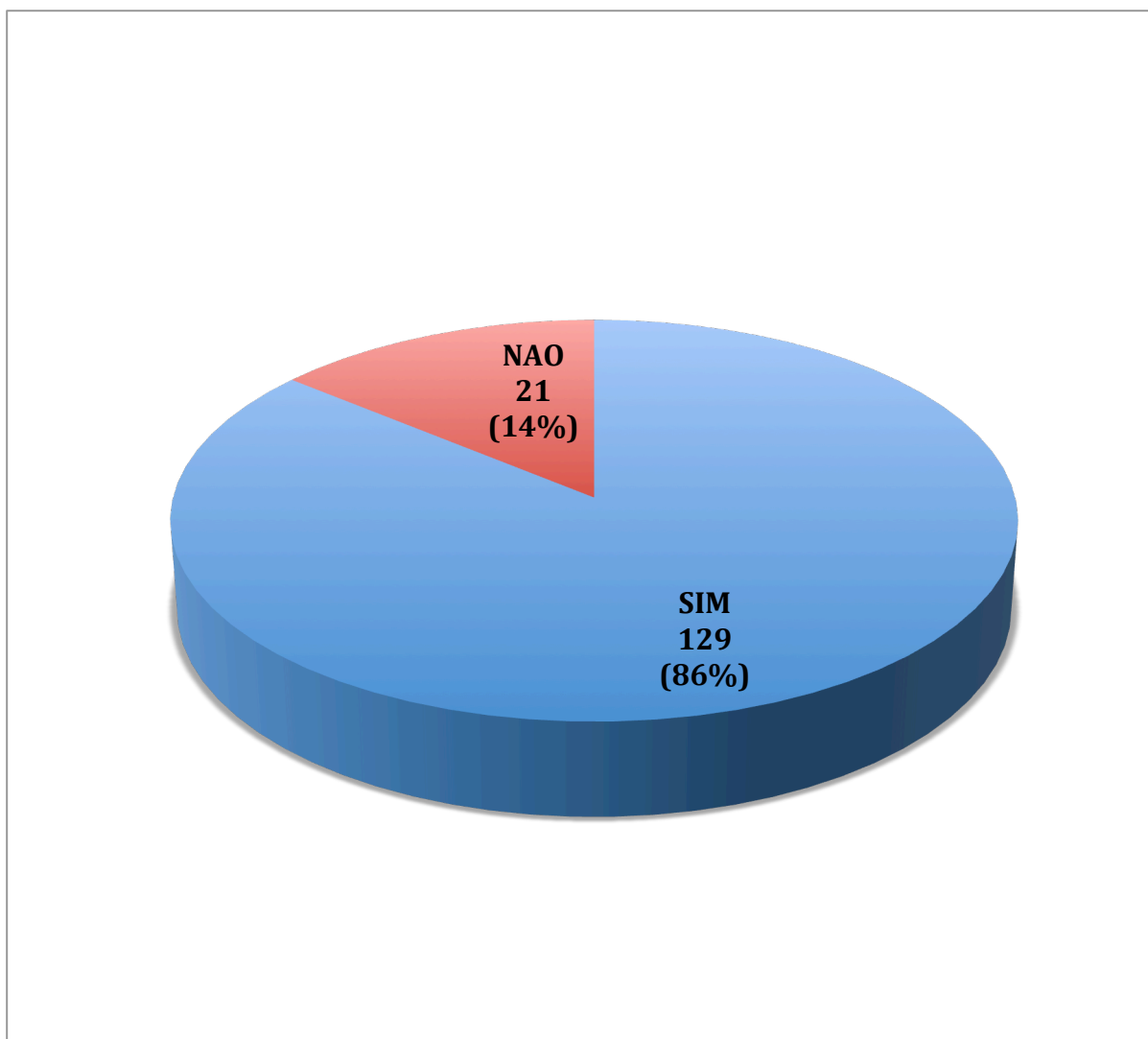


Figura 10 - Distribuição da amostra segundo conhecimento do entrevistado em relação às diferenças entre distanásia, eutanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido. Resultado expresso em números absolutos e percentagem (%).

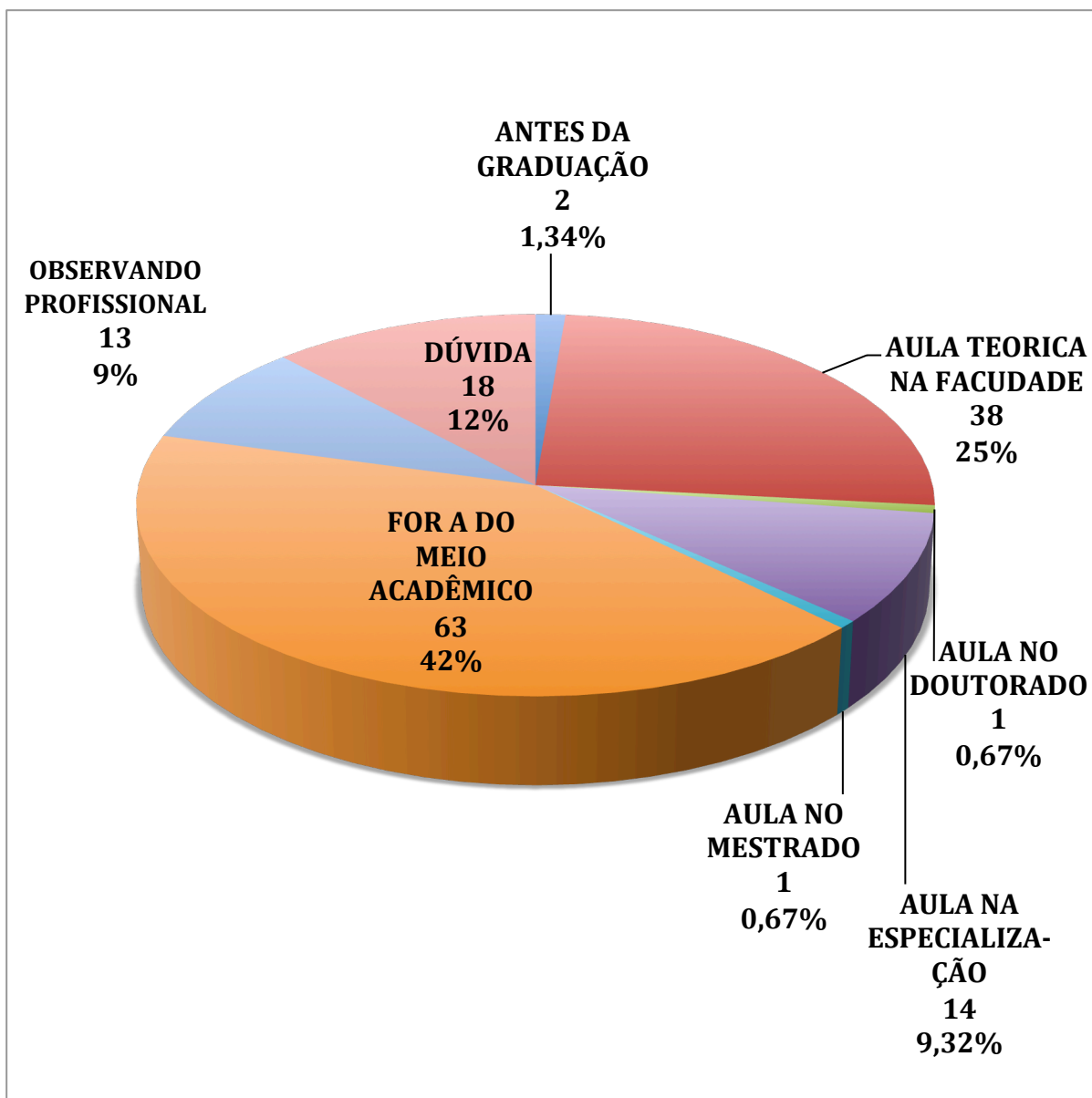


Figura 11 - Distribuição da amostra segundo a forma pela qual o entrevistado obteve conhecimento sobre distanásia, eutanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

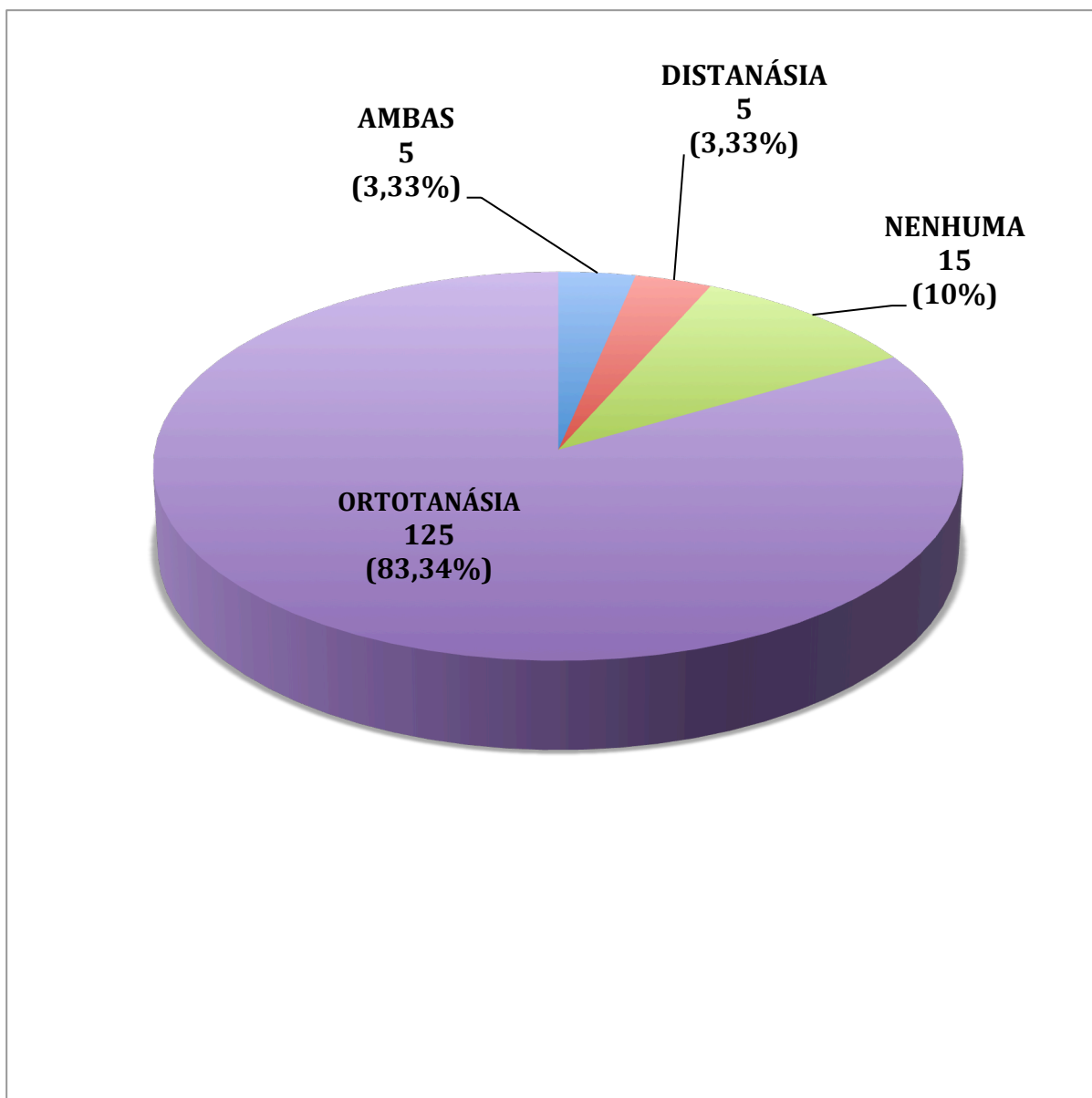


Figura 12 - Distribuição da amostra segundo a preferência do entrevistado no que ele gostaria que um ente querido, sem possibilidade de cura e próximo à morte, fosse submetido (distanásia e/ou ortotanásia). Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

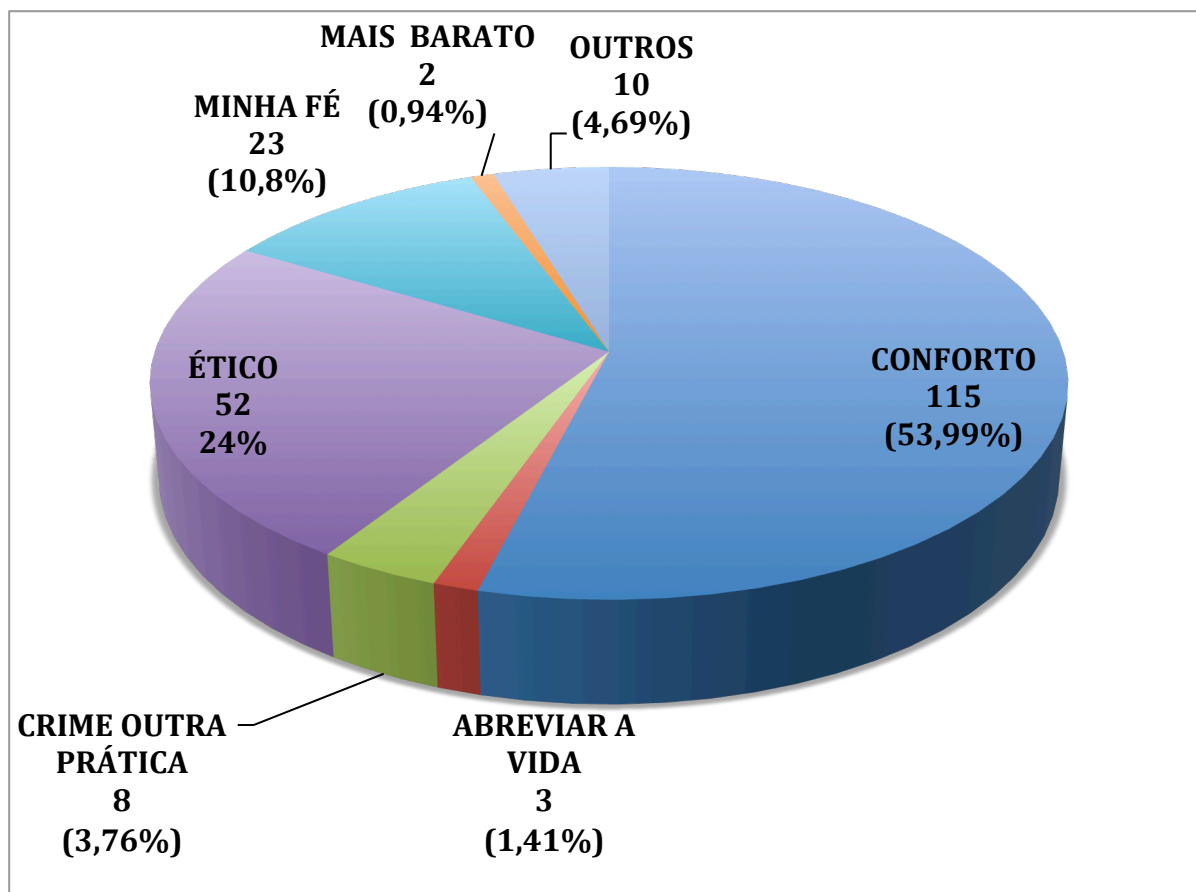


Figura 13 - Distribuição da amostra segundo o motivo pelo qual o entrevistado escolheu a conduta frente à terminalidade de um ente querido. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

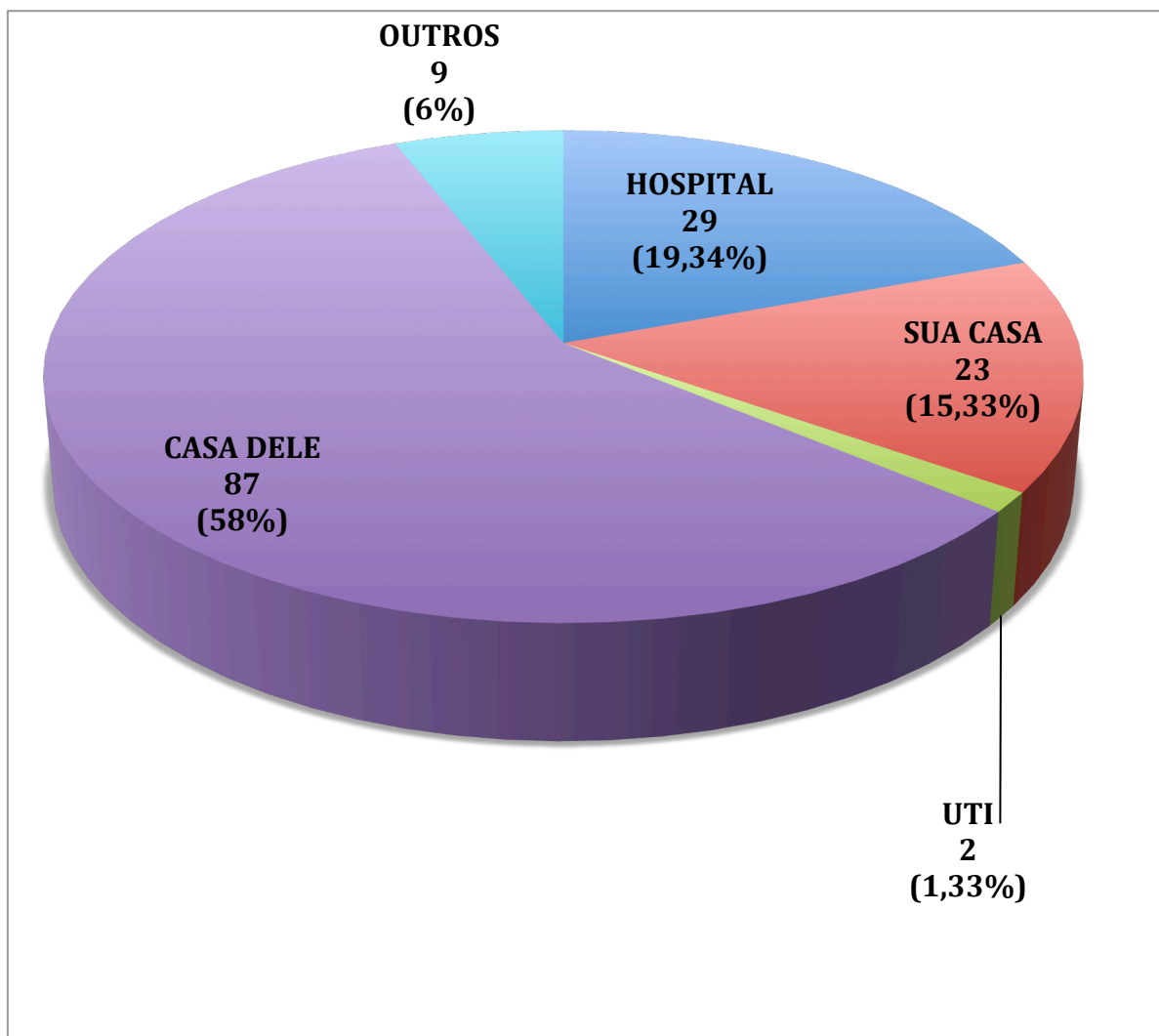


Figura 14 - Distribuição da amostra segundo a predileção de local para o instante da morte de um ente querido. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

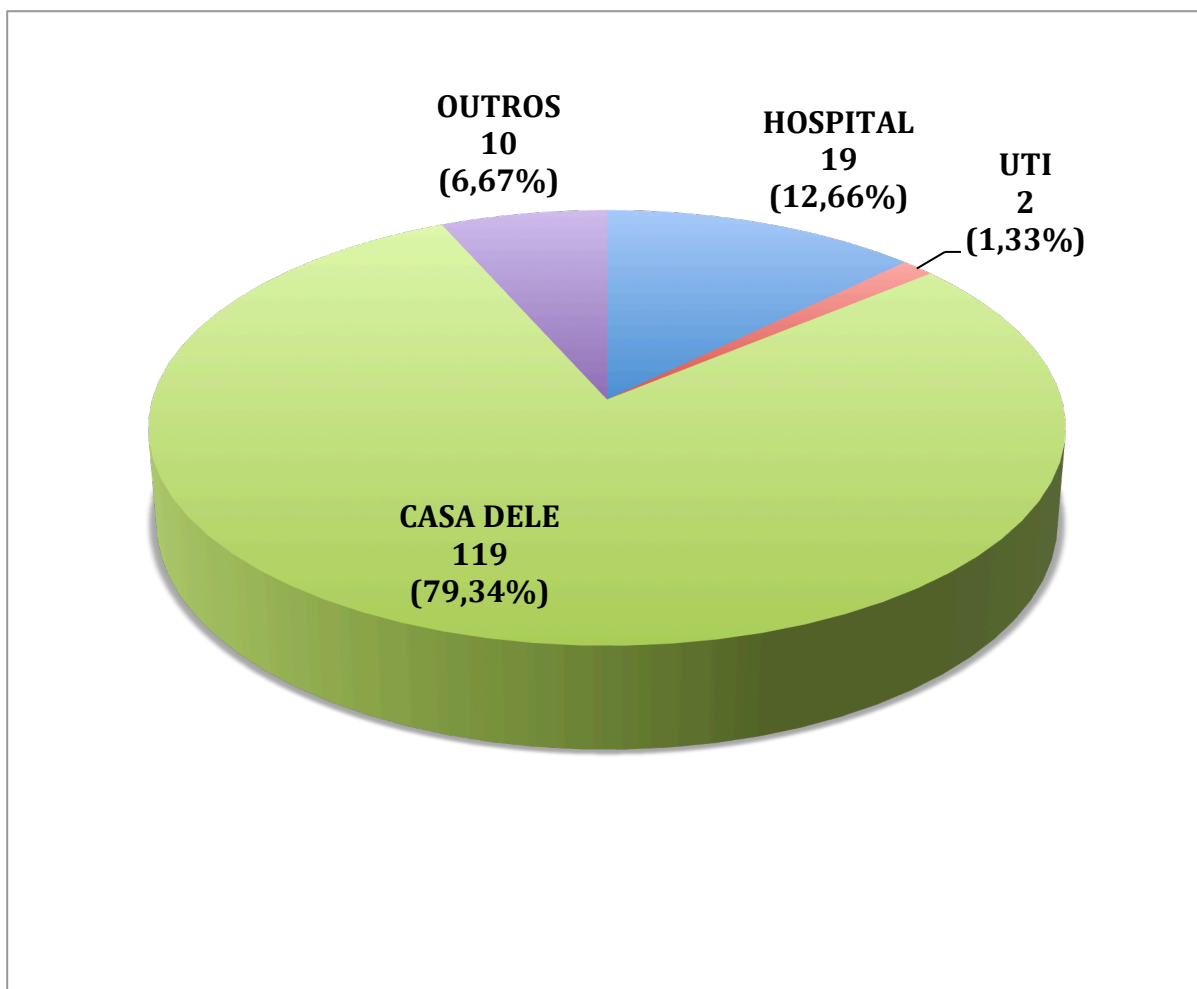


Figura 15 - Distribuição da amostra segundo a predileção de local para o instante da morte de um paciente. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

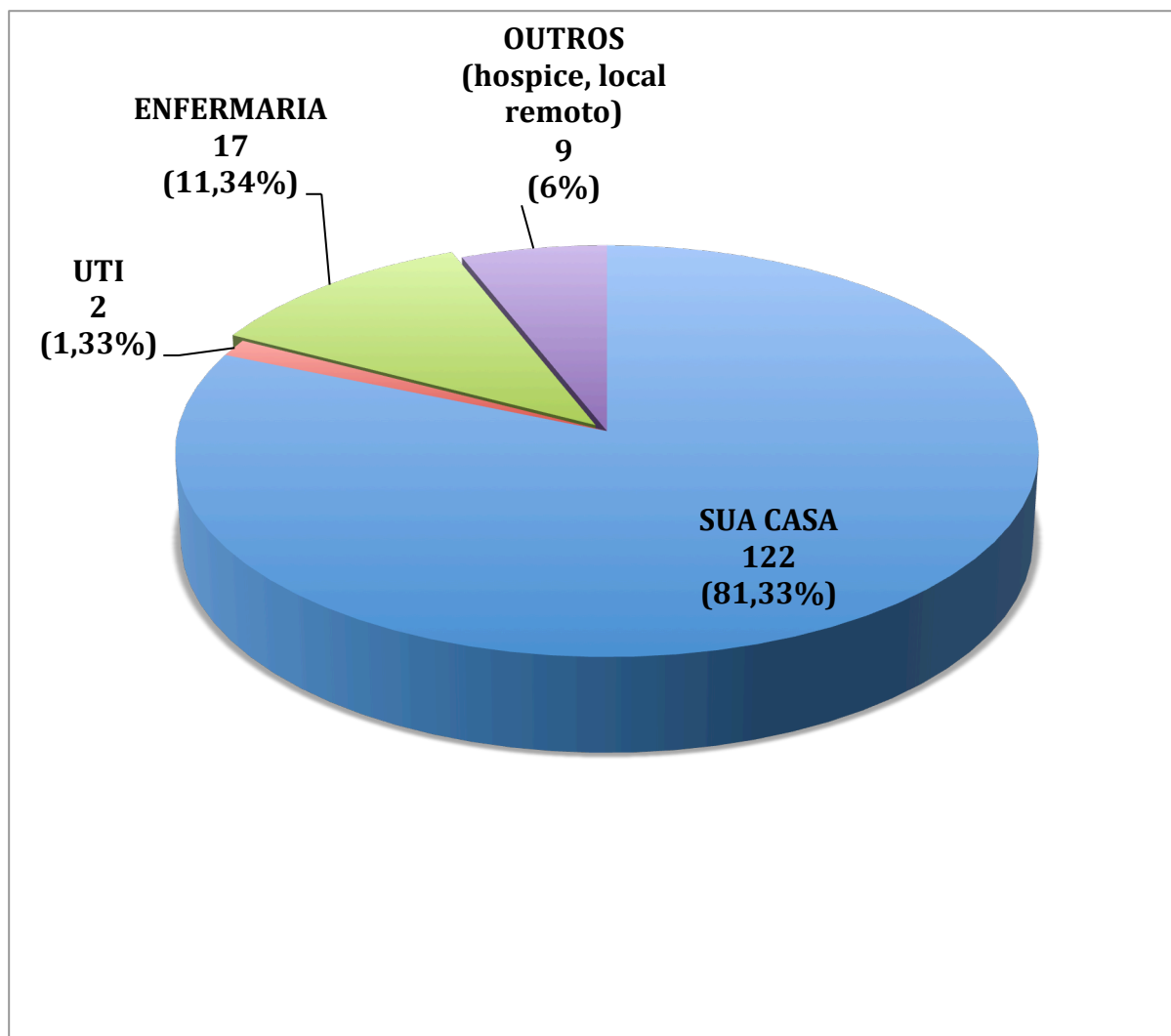


Figura 16 - Distribuição da amostra segundo a predileção de local para se morrer. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

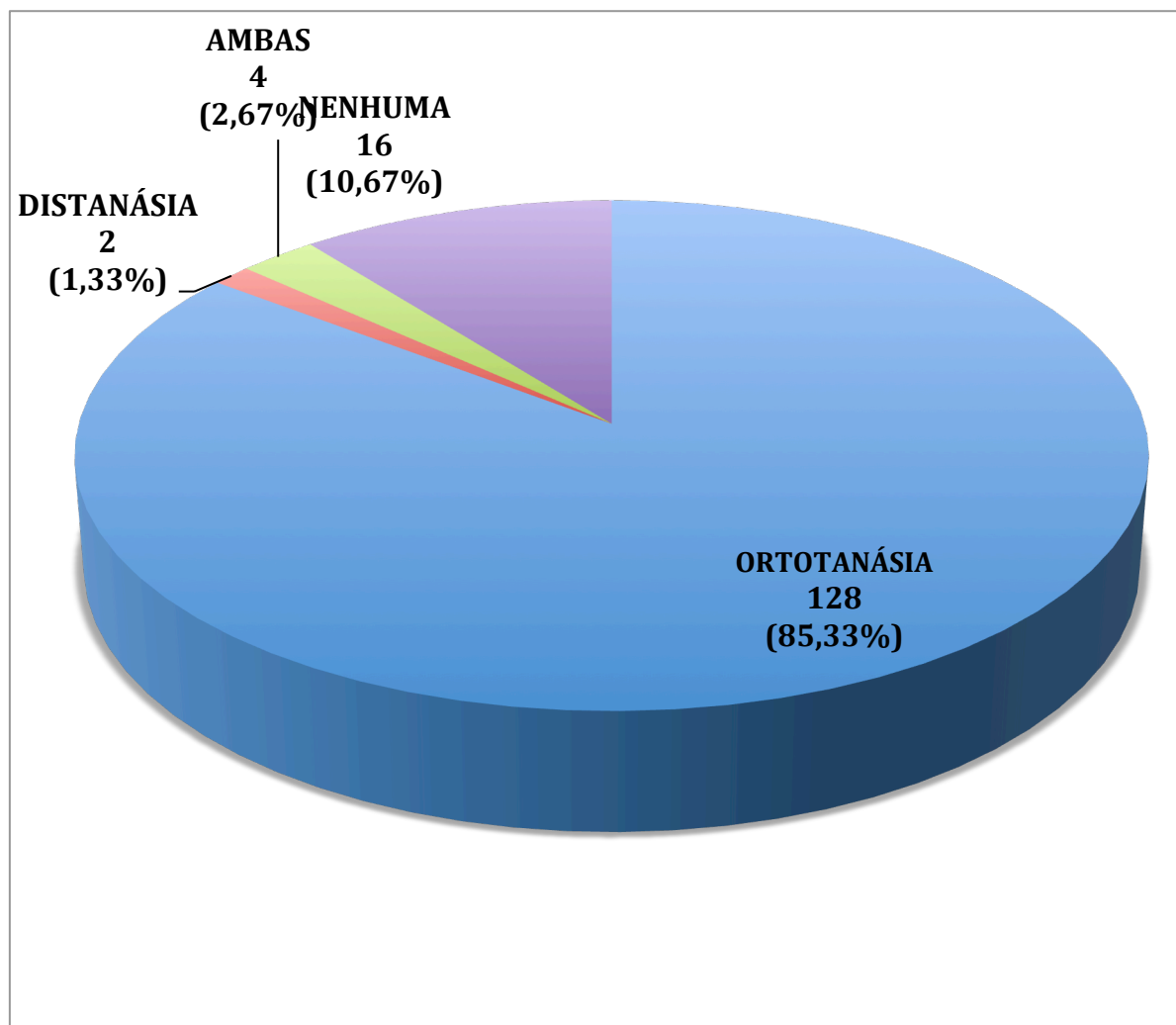


Figura 17 - Distribuição da amostra segundo a predileção entre distanásia e ortotanásia, para um paciente com diagnóstico sem possibilidade de cura e próximo à morte. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

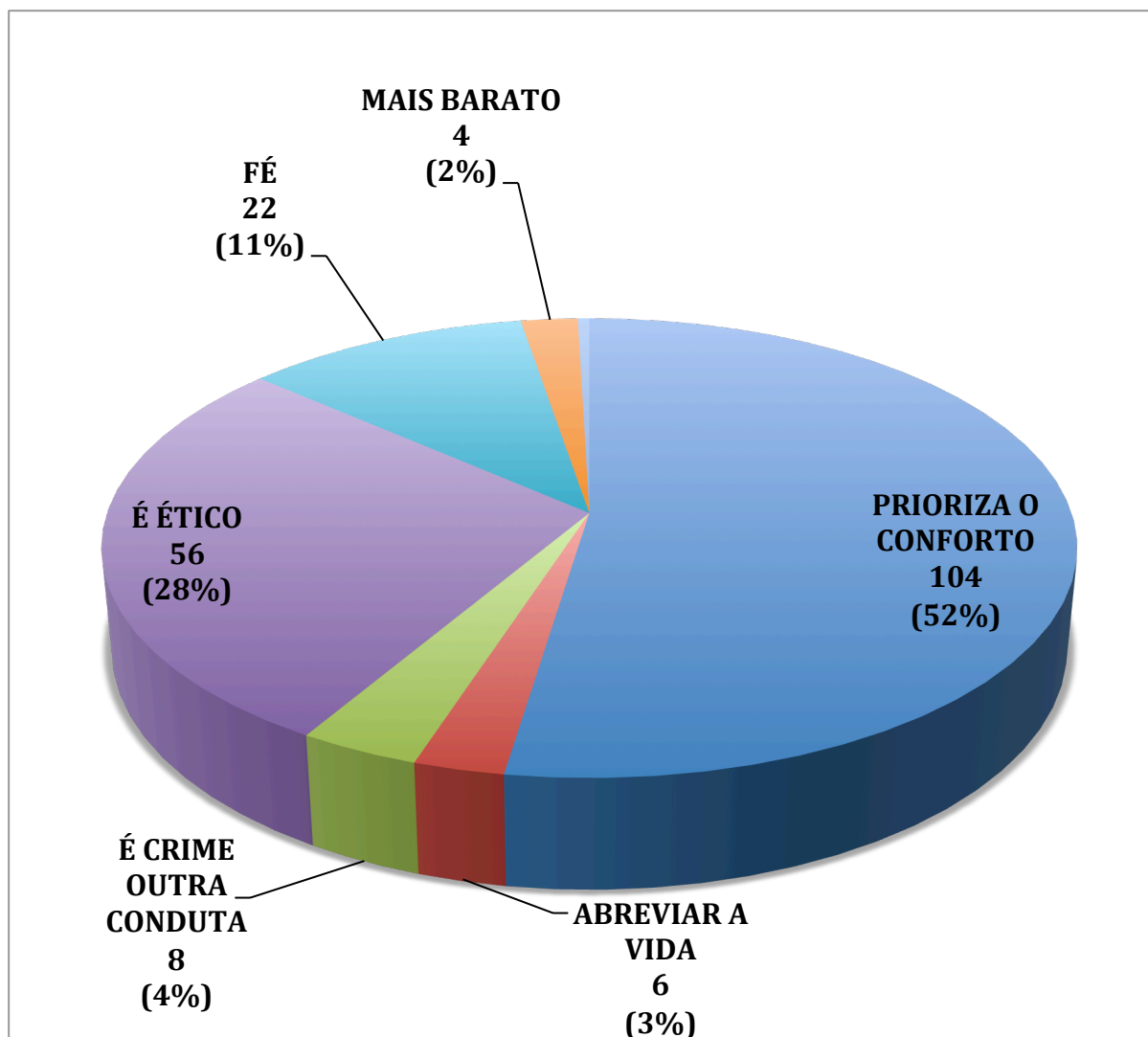


Figura 18 - Distribuição da amostra segundo a justificativa pela escolha da ortotanásia ou distanásia no paciente terminal. Resultado expresso em números absolutos e porcentagem (%).

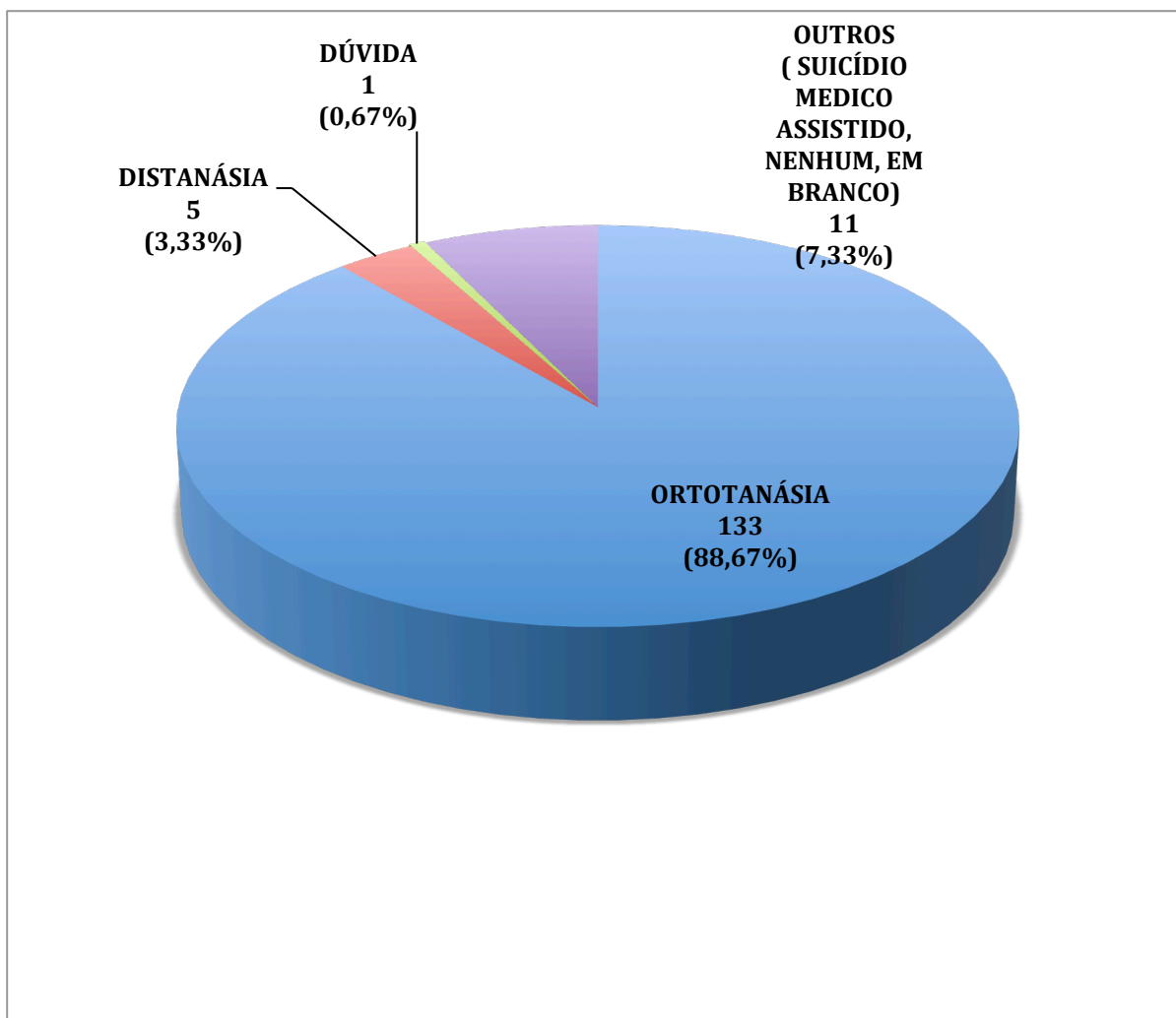


Figura 19 - Distribuição da amostra segundo a predileção entre distanásia e ortotanásia, caso o entrevistado fosse a pessoa com diagnóstico sem possibilidade de cura e próximo a sua morte. Resultados expressos em números absolutos e percentagem (%).

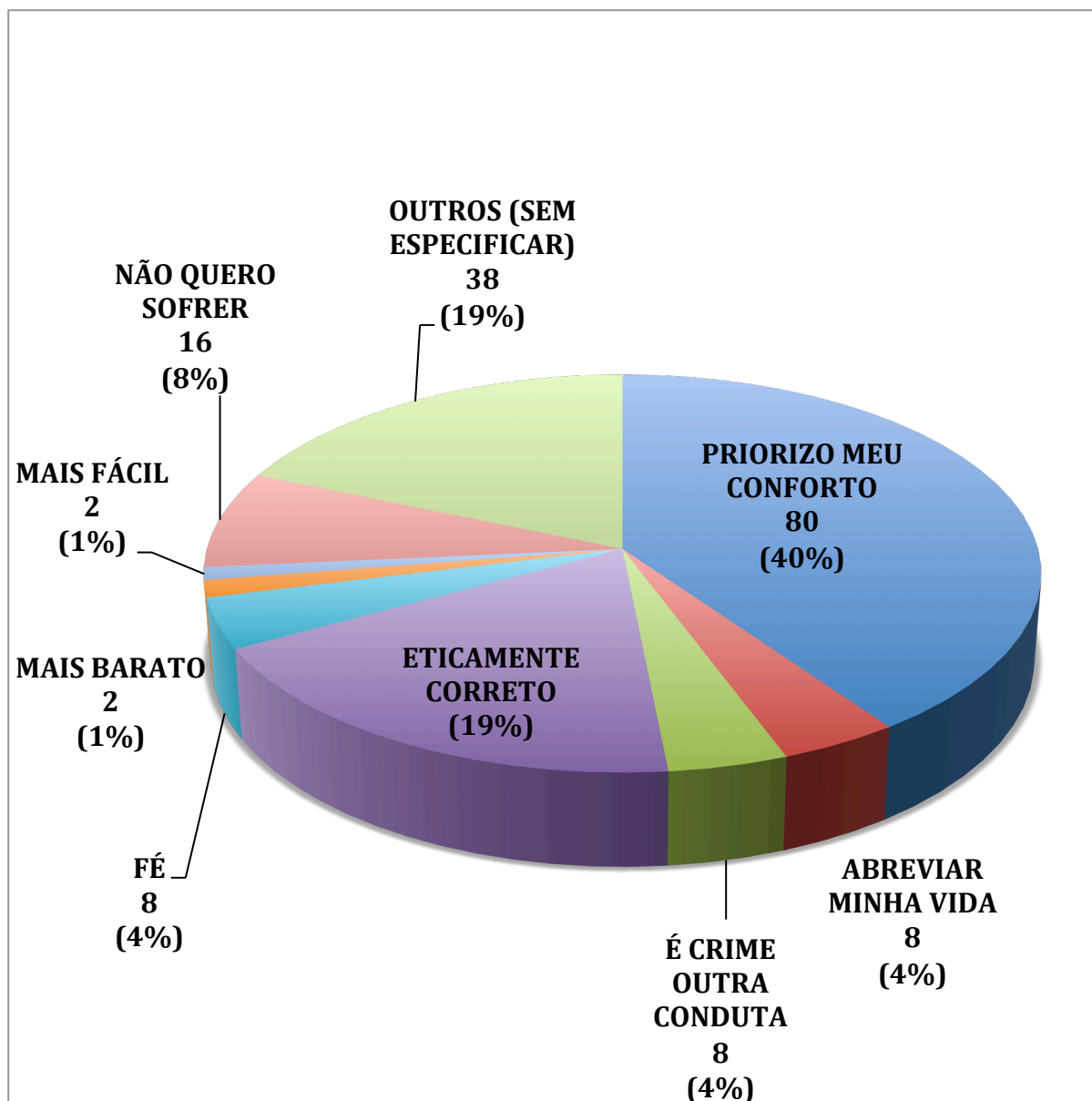


Figura 20 - Distribuição da amostra segundo a justificativa pela escolha da ortotanásia ou distanásia no final da vida do entrevistado. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

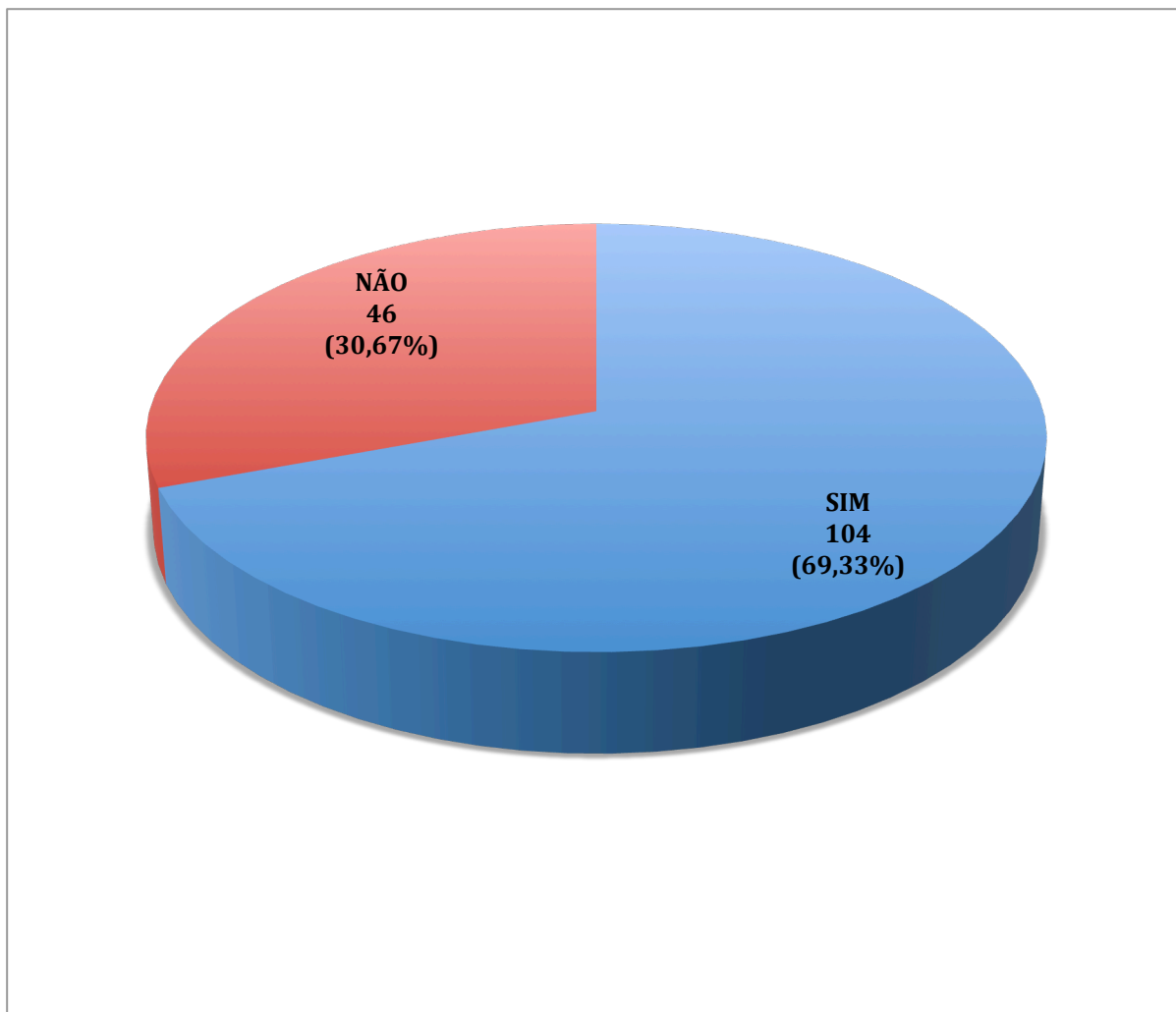


Figura 21 - Distribuição da amostra segundo ser o entrevistado capaz ou não de diagnosticar um paciente acometido de doença incurável e com prognóstico reservado. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

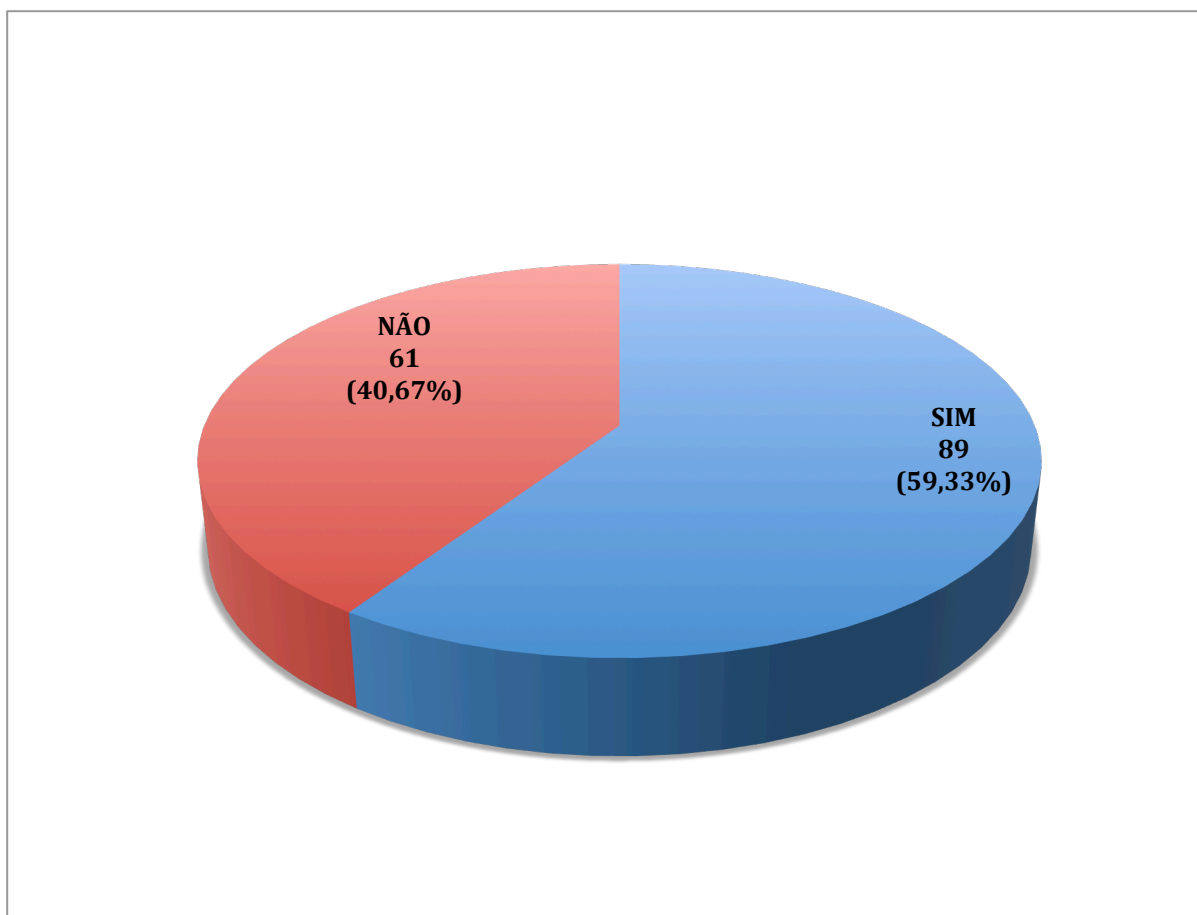


Figura 22 - Distribuição da amostra segundo existência ou não de orientação religiosa para se tomar decisão frente a terminalidade. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

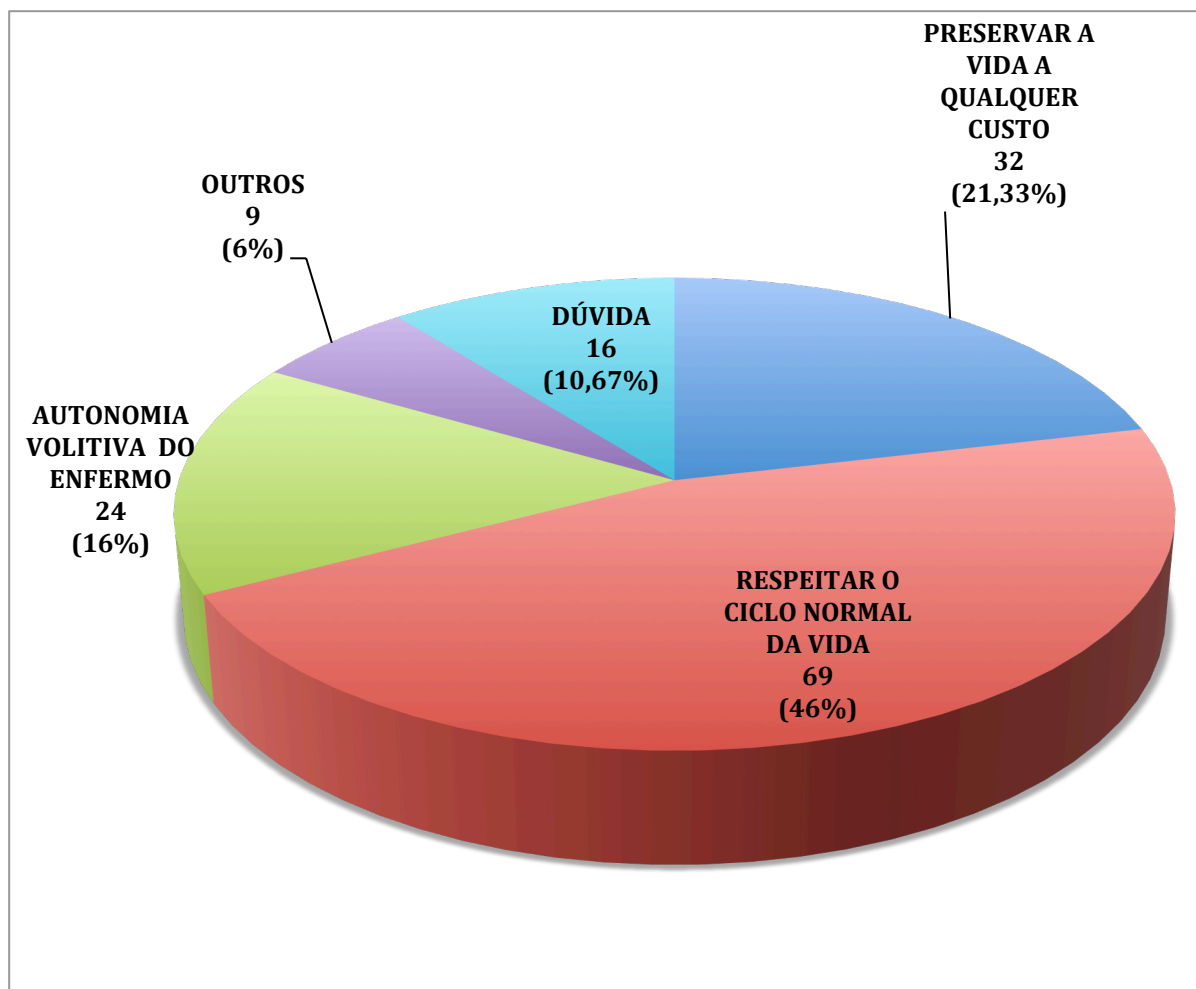


Figura 23 - Distribuição da amostra sobre o que se fazer, frente à terminalidade, segundo a orientação da religião. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

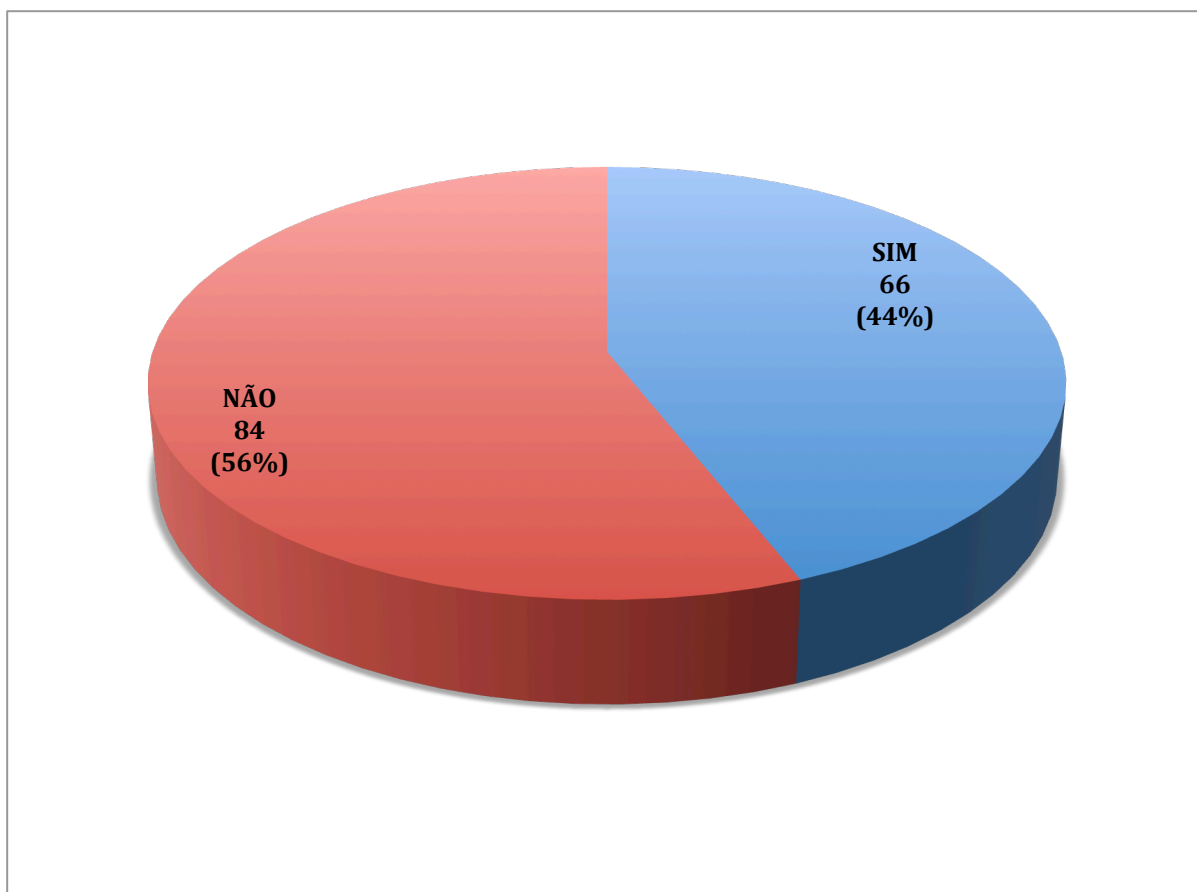


Figura 24 - Distribuição da amostra segundo ter o não, o entrevistado, sido abordado pelo paciente sobre os seus desejos de tratamento frente à terminalidade dele. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

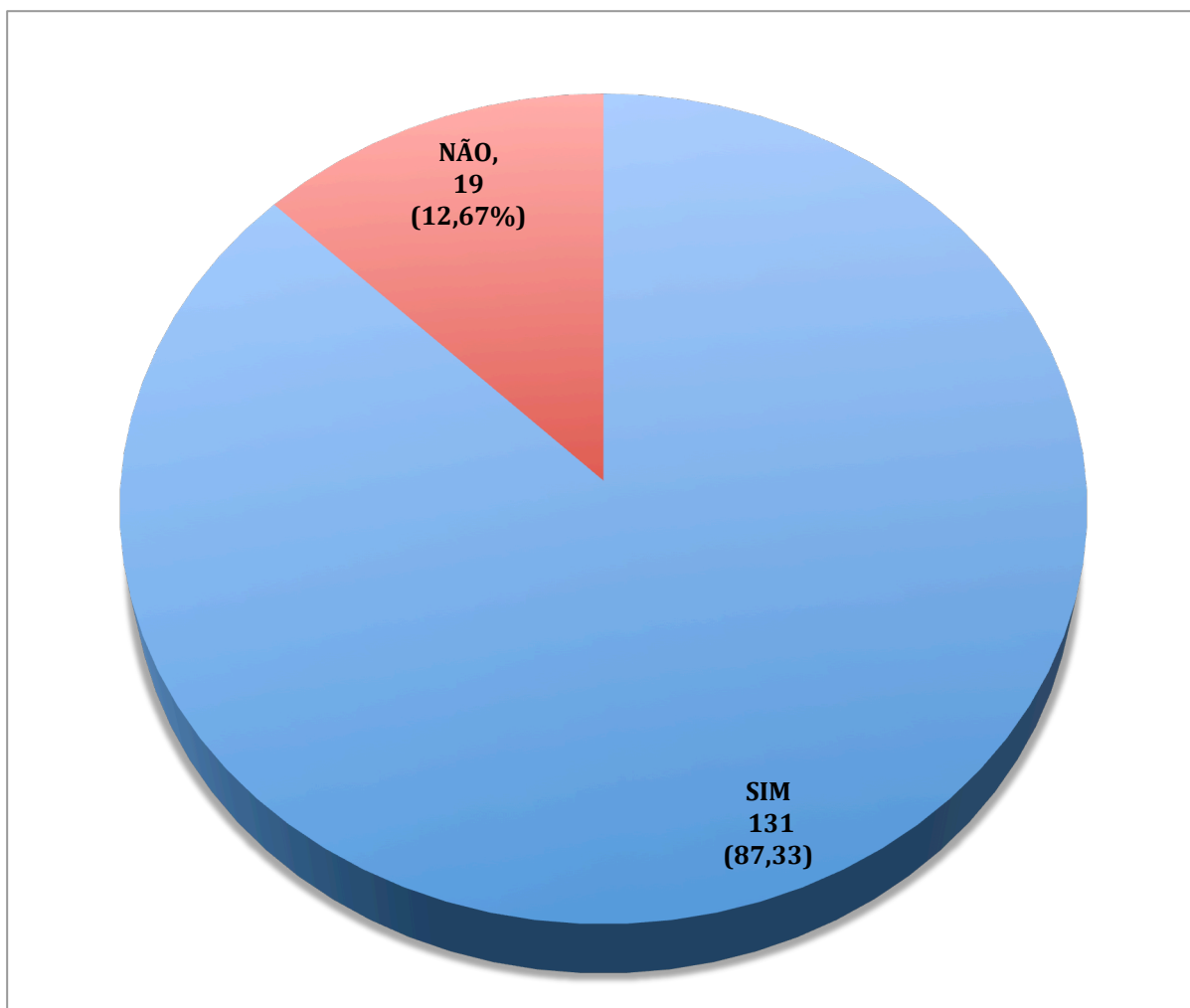


Figura 25 - Distribuição da amostra segundo se sentir ou não, o entrevistado à vontade para a prática de condutas apenas de conforto, frente à terminalidade de um paciente. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

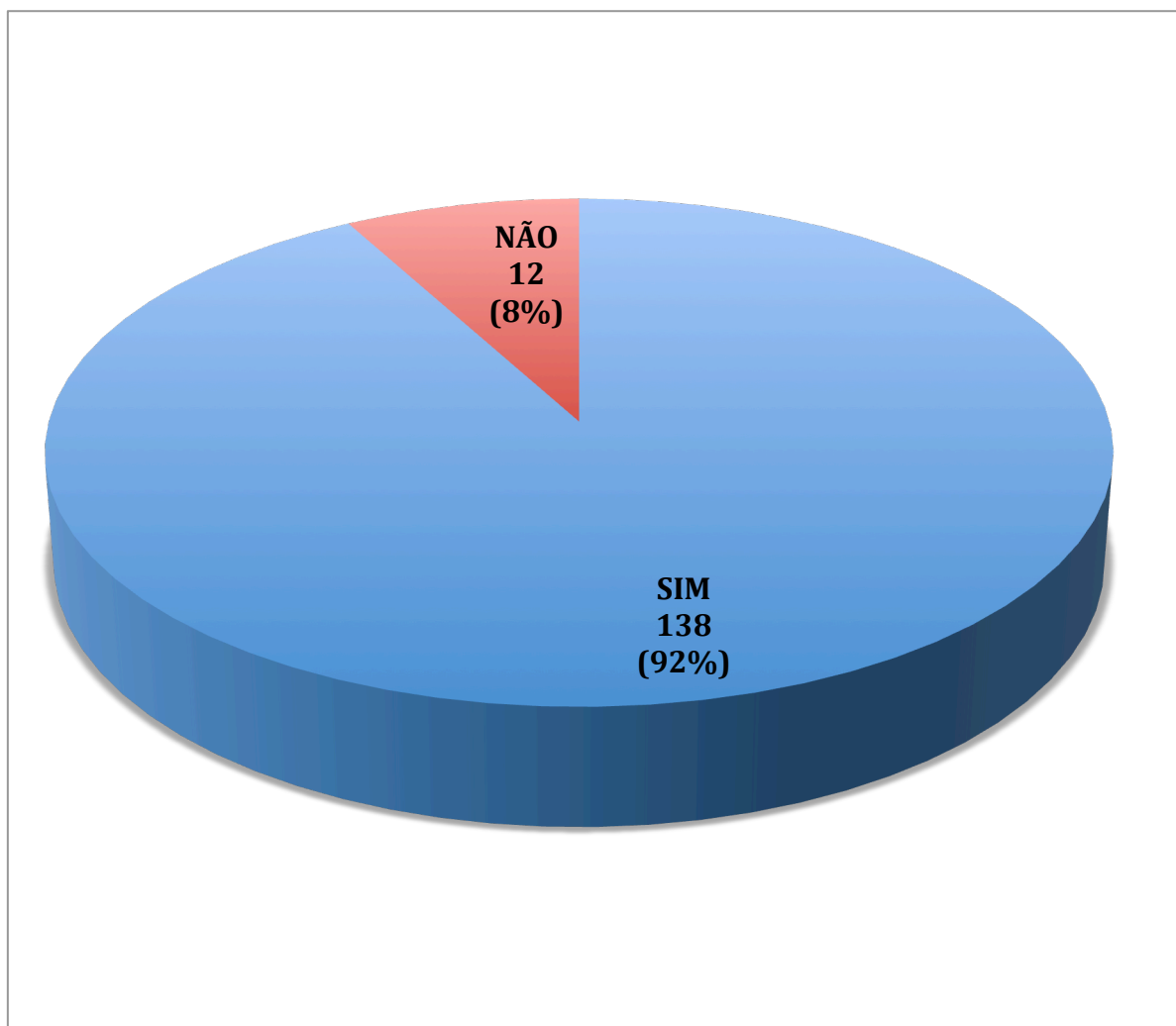


Figura 26 - Distribuição da amostra segundo a realidade de ter ou não ter o entrevistado já se deparado com situação(ões) em que o procedimento cirúrgico não acrescentaria qualidade de vida, mas, sim, um sofrimento desnecessário ao paciente. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

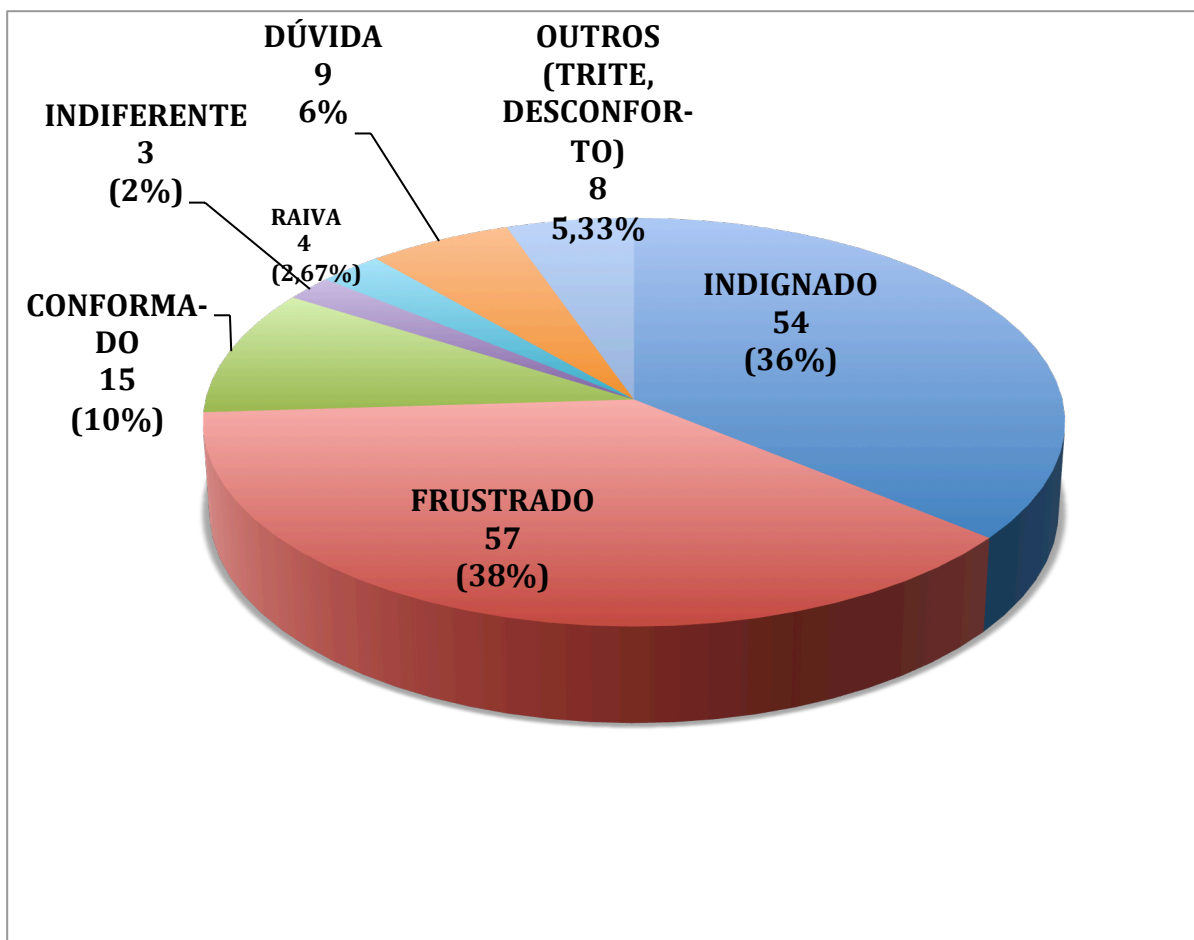


Figura 27 - Distribuição da amostra segundo o sentimento experimentado pelo entrevistado quando se deparou com situação(ões) em que o procedimento cirúrgico não acrescentaria qualidade de vida, mas, sim, um sofrimento desnecessário ao paciente. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

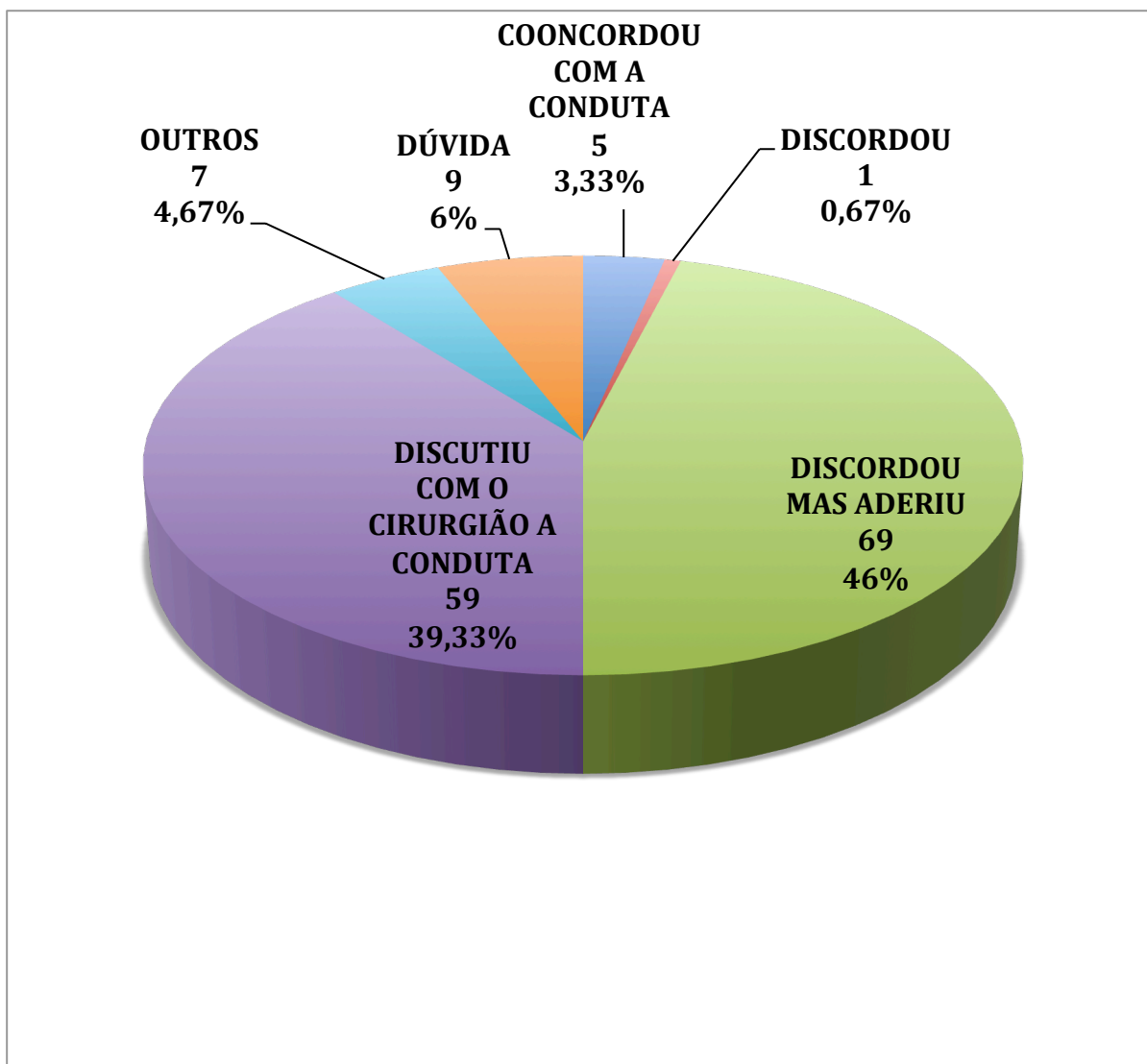


Figura 28 - Distribuição da amostra segundo a reação do entrevistado quando se deparou com situação(ões) em que o procedimento cirúrgico não acrescentaria qualidade de vida mas, sim, um sofrimento desnecessário ao paciente. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

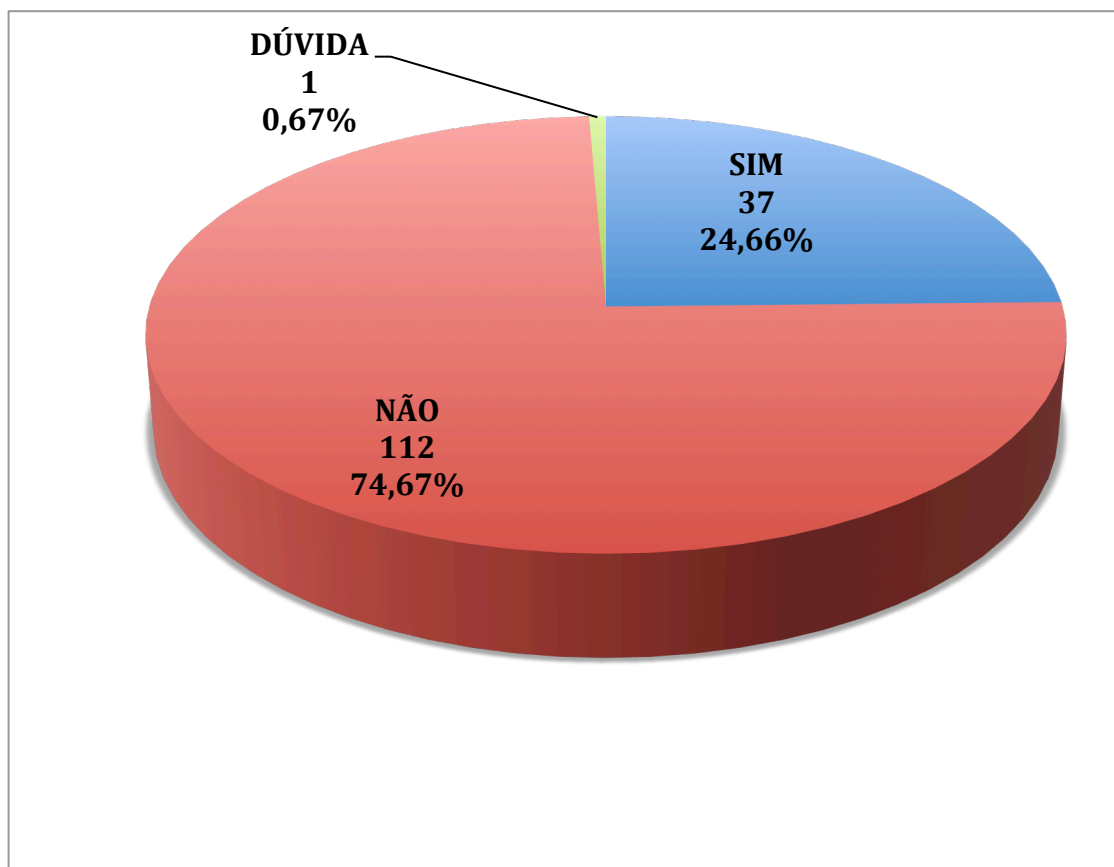


Figura 29 - Distribuição da amostra segundo ter ou não ter sido o conteúdo médico-acadêmico, referente à Ética/ao Direito, satisfatório ao entrevistado durante sua formação. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

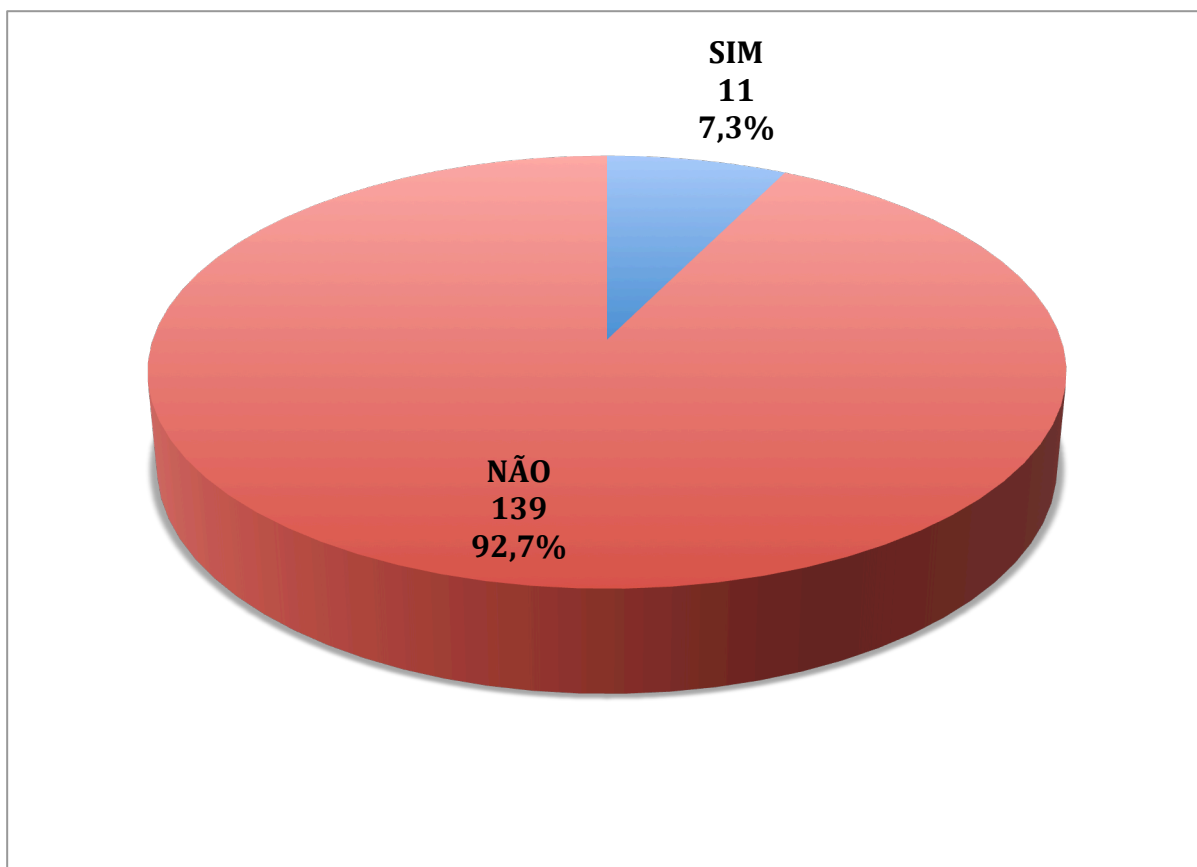


Figura 30 - Distribuição da amostra segundo ter tido, ou não, o entrevistado, durante sua graduação, treinamento formal específico de como lidar com paciente no final da vida. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

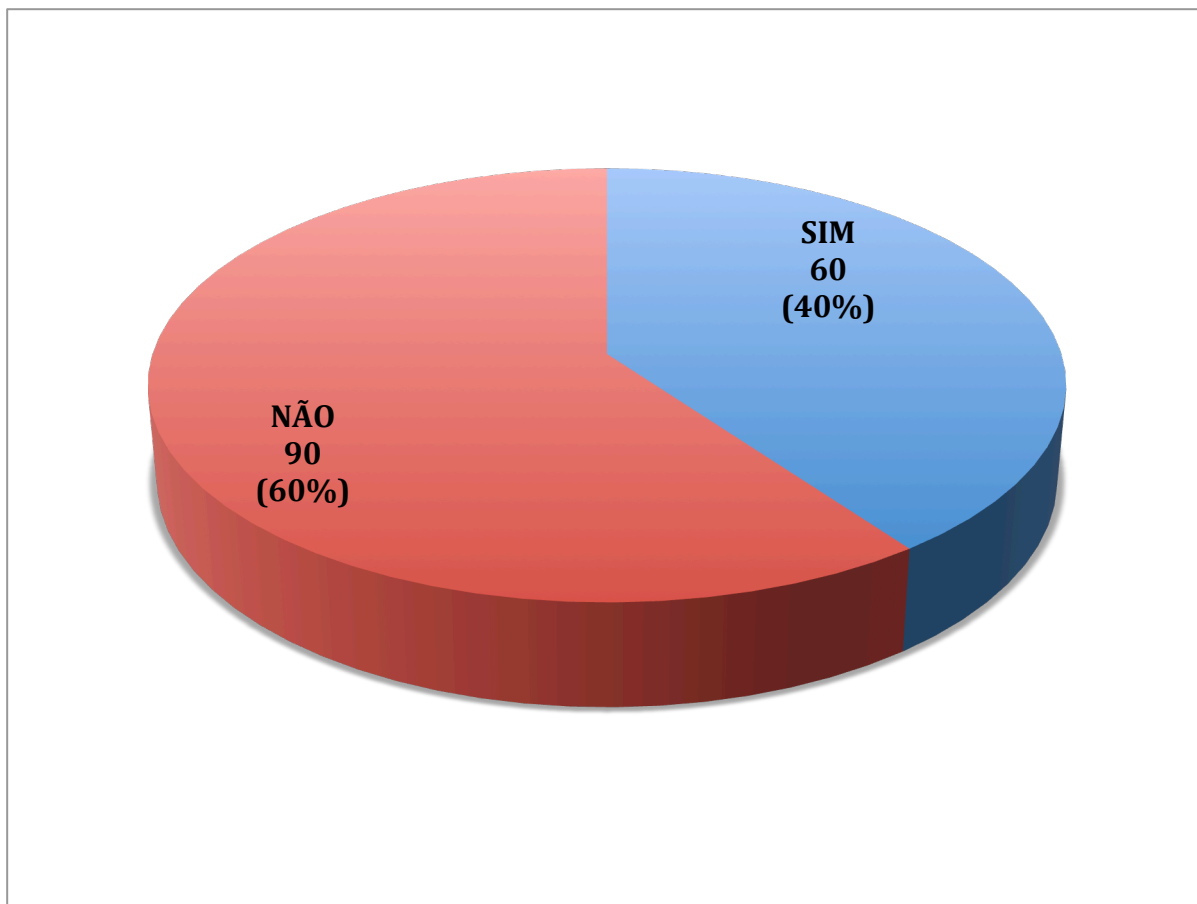


Figura 31 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento, pelo entrevistado, do teor da Resolução do CFM n. 1805/2006. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

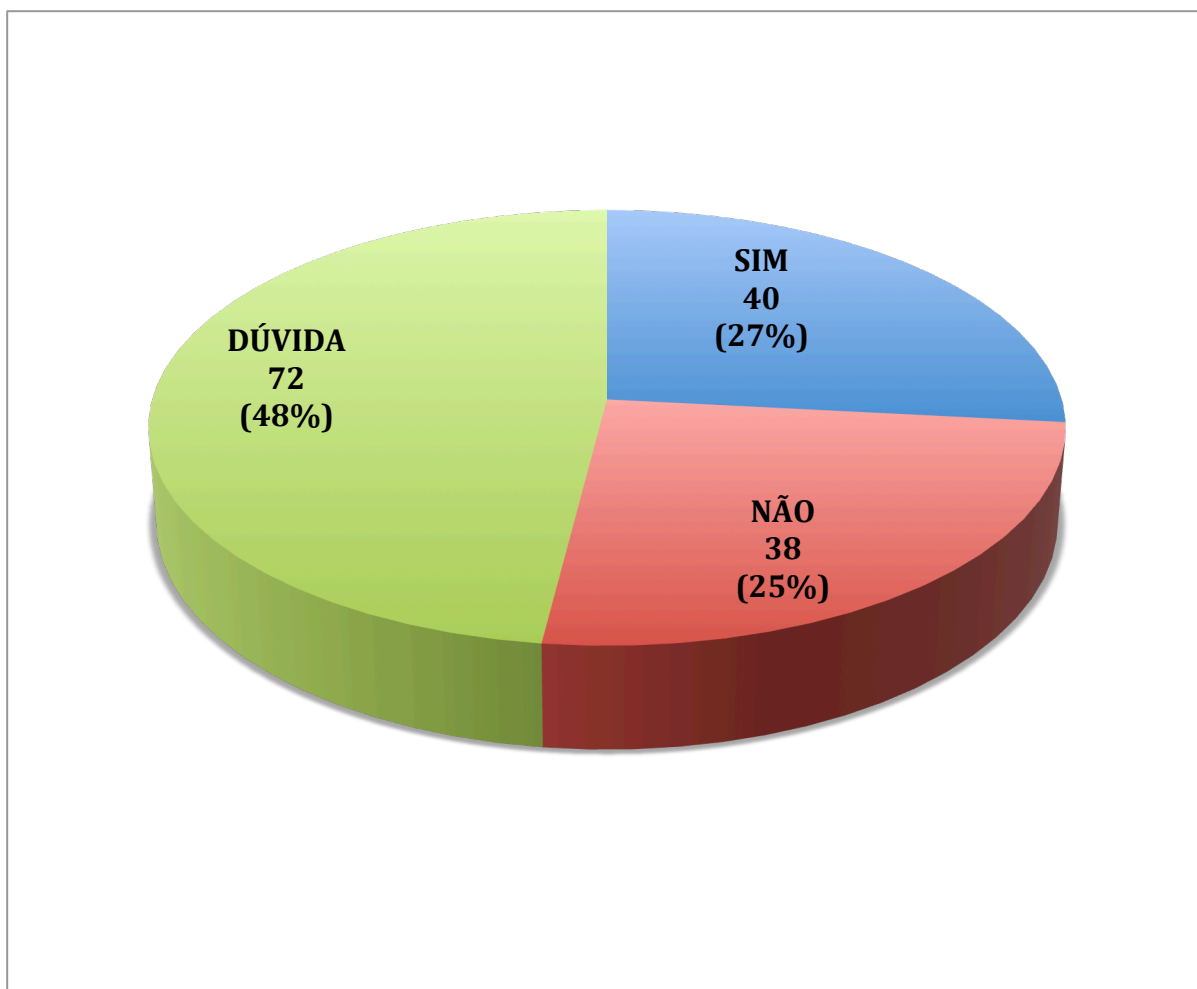


Figura 32 - Distribuição da amostra segundo o entendimento, pelo entrevistado, acerca de ser a Resolução CFM 1805/2006 viabilizadora de maior segurança para a conduta de procedimento(s) frente à terminalidade. Resultados expressos em números absolutos e porcentagem (%).

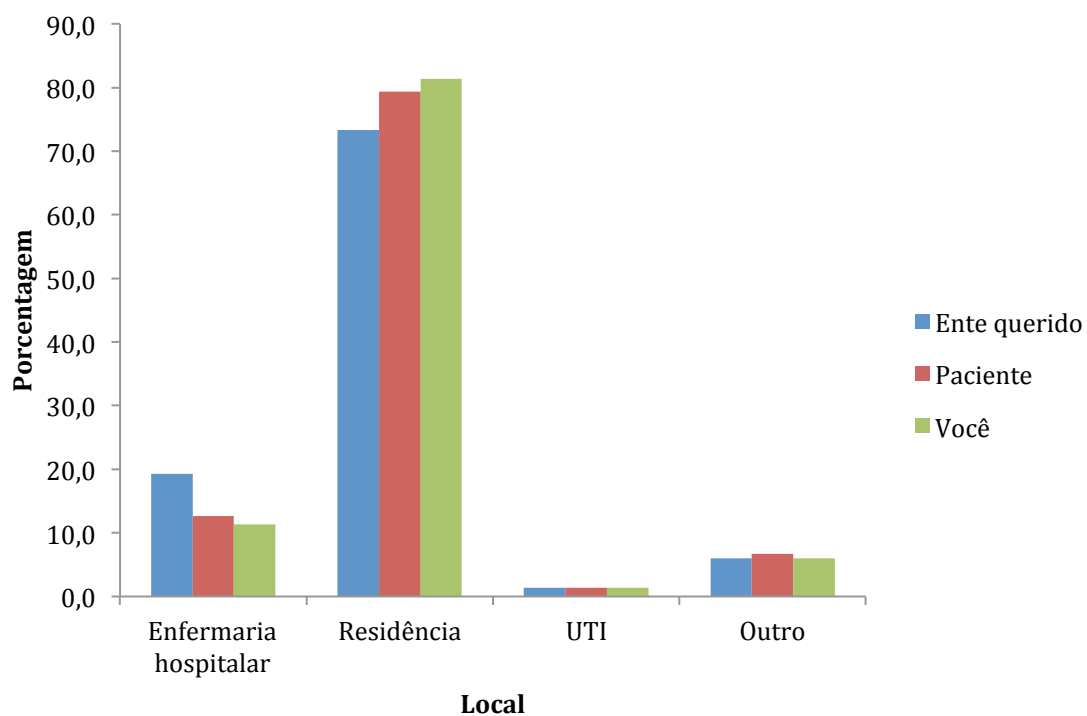


Figura 33 - Distribuição da preferência do médico, quanto ao local da ocorrência do óbito, com relação a ele próprio, ao ente querido e ao paciente. Resultados expressos em porcentagem. ($p > 0,05$).

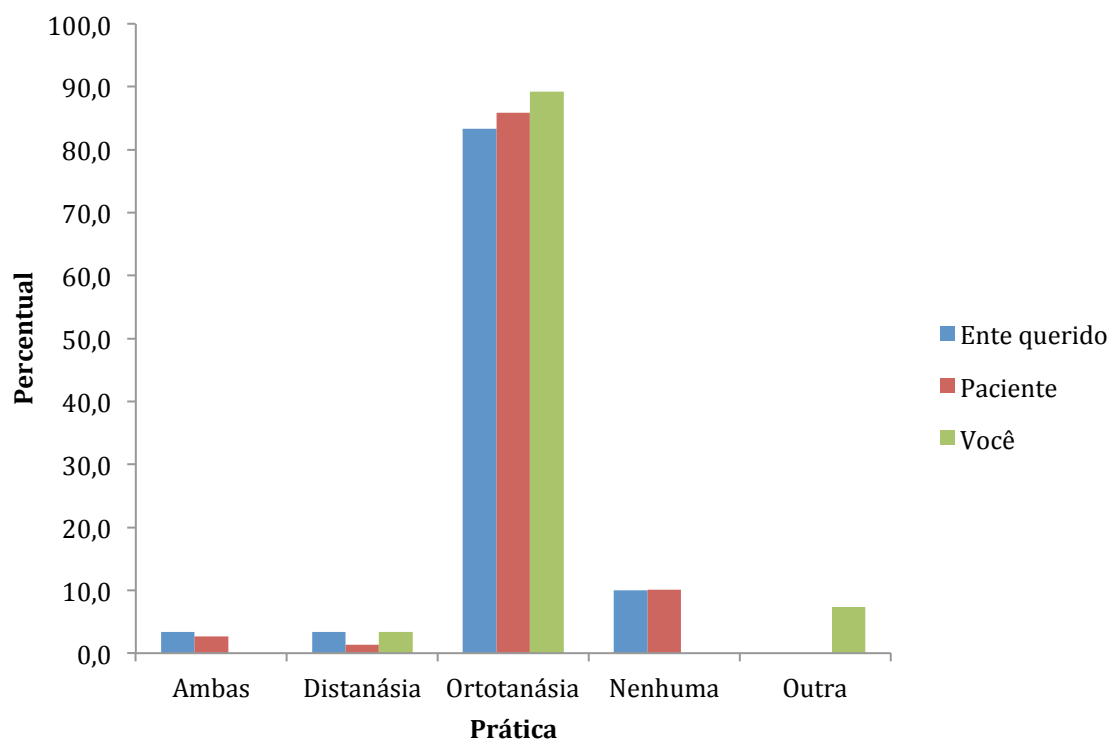


Figura 34 - Distribuição da preferência do médico entre distanásia e/ou ortotanásia a ser aplicada a ele mesmo, no paciente e no ente querido. Resultados expressos em porcentagem. ($p > 0,05$).

Tabela 1- Distribuição das respostas acerca da preferência entre vida e dignidade da pessoa humana, qual direito é mais relevante, ao entrevistado, de acordo com a faixa etária deles. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Faixa etária	Direito		Total
	Dignidade	Vida	
<40	51 (70,8)	21 (29,2)	72 (100,0)
40 a 60	44 (75,9)	14 (24,1)	58 (100,0)
>60	15 (75,0)	5 (25,0)	20 (100,0)
Total	110 73,3	40 26,7	150 100,0

p=0,80

Tabela 2 - Distribuição das respostas, segundo faixa etária, referente ao conhecimento das diferenças entre eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Faixa etária	Diferença		Total
	Não	Sim	
<40	13	59	72
	18,1%	81,9%	100,0%
40 a 60	7	51	58
	12,1%	87,9%	100,0%
>60	1	19	20
	5,0%	95,0%	100,0%
Total	21	129	150
	14,0%	86,0%	100,0%

p=0,28

Tabela 3 - Distribuição das respostas, segundo faixa etária, acerca de se julgar capaz de diagnosticar se um paciente apresenta doença incurável e prognóstico reservado. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Faixa etária	Capaz		Total
	Não	Sim	
<40	20 (27,8%)	52 (72,2%)	72 (100,0%)
40 a 60	17 (29,3%)	41 (70,7%)	58 (100,0%)
> 60	9 (45,0%)	11 (55,0%)	20 (100,0%)
Total	46 (30,7%)	104 (69,3%)	150 (100,0%)

p=0,32

Tabela 4 - Distribuição das respostas, segundo faixa etária, objetivando saber se durante sua formação médico-acadêmica o entrevistado acredita que o conteúdo de ética/direito lhe foi satisfatório. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Faixa etária	SATISFATÓRIOS		Total
	Não	Sim	
<40	49 (68,1%B)	23 (31,9%)	72 (100,0%)
40 a 60	52 (89,7%A)	6 (10,3%)	58 (100,0%)
> 60	11 (57,9%B)	8 (42,1%)	19 (100,0%)
Total	112 (75,2%)	37 (24,8%)	149 (100,0%)

p=0,003

Letras maiúsculas diferentes comparam percentuais entre faixas etárias com significância.

Tabela 5 - Distribuição de respostas, segundo faixa etária, para saber se, durante a graduação, o entrevistado teve algum treinamento formal específico de como lidar com o paciente no final da vida. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Faixa etária	Treinamento		Total
	Não	Sim	
<40	64 (88,9%)	8 (11,1%)	72 (100,0%)
40 a 60	55 (94,8%)	3 (5,2%)	58 (100,0%)
> 60	20 (100,0%)	- (0,0%)	20 (100,0%)
Total	139 (92,7%)	11 (7,3%)	150 (100,0%)

p=0,17

Tabela 6 - Distribuição das respostas, segundo faixa etária, sobre o conhecimento do teor da Resolução CFM 1805/2006. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Faixa etária	Conhece		Total
	Não	Sim	
<40	53 (73,6%A)	19 (26,4%)	72 (100,0%)
40 a 60	27 (46,6%B)	31 (53,4%)	58 (100,0%)
> 60	10 (50,0%B)	10 (50,0%)	20 (100,0%)
Total	90 60,0%	60 40,0%	150 100,0%

p=0,004

Letras maiúsculas diferentes comparam percentuais com significância entre faixas etárias

Tabela 7- Distribuição das respostas, segundo o sexo, sobre qual direito se entendia mais relevante, vida ou dignidade da pessoa humana,. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Sexo	Direito		
	Dignidade	Vida	
Feminino	47	10	57
	82,5 A	17,5	100,0
Masculino	63	30	93
	67,7B	32,3	100,0
Total	110	40	150
	73,3%	26,7%	100,0%

p=0,04

Letras maiúsculas comparam percentuais com significância entre gêneros

Tabela 8 - Distribuição das respostas, segundo o sexo, sobre saber a diferença entre eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Sexo	Diferença		
	Não	Sim	
Feminino	8 (14,0%)	49 (86,0%)	57 (100,0%)
Masculino	13 (14,0%)	80 (86,0%)	93 (100,0%)
Total	21 (14,0%)	129 (86,0%)	150 (100,0%)

p=0,99

Tabela 9 – Distribuição das respostas, segundo o sexo, sobre se julgar capaz de diagnosticar um paciente acometido de doença incurável e com prognóstico reservado. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Sexo	Capaz		
	Não	Sim	
Feminino	21 (36,8%)	36 (63,2%)	57 (100,0%)
Masculino	25 (26,9%)	68 (73,1%)	93 (100,0%)
Total	46 (30,7%)	104 (69,3%)	150 (100,0%)

p=0,20

Tabela 10 - Distribuição das respostas, segundo o sexo, acerca de ter a formação médico-acadêmica propiciado conteúdo de ética/direito satisfatório, ao entrevistado. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Sexo	Satisfatórios		
	Não	Sim	
Feminino	42 (73,7%)	15 (26,3%)	57 (100,0%)
Masculino	70 (76,1%)	22 (23,9%)	92 (100,0%)
Total	112 (75,2%)	37 (24,8%)	149 (100,0%)

p=0,74

Tabela 11 - Distribuição das respostas, segundo sexo, sobre ter tido o entrevistado, durante sua graduação, algum treinamento formal específico de como lidar com o paciente no final da vida. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Sexo	Treinamento		
	Não	Sim	
Feminino	52	5	57
	(91,2%)	(8,8%)	(100,0%)
Masculino	87	6	93
	(93,6%)	(6,4%)	(100,0%)
Total	139	11	150
	(92,7%)	(7,3%)	(100,0%)

p=0,60

Tabela 12 – Distribuição das respostas, segundo sexo, sobre conhecer o teor da Resolução CFM n. 1.805/2006. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Sexo	Conhece		
	Não	Sim	
Feminino	31	26	57
	54,4%	45,6%	100,0%
Masculino	59	34	93
	63,4%	36,6%	100,0%
Total	90	60	150
	60,0%	40,0%	100,0%

p=0,27

Tabela 13 - Distribuição das respostas, segundo região, sobre o entendimento do que seria mais relevante ao ser humano, o direito à vida ou à dignidade. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Região	Direito		Total
	Dignidade	Vida	
Centro-Oeste	19 (63,3%)	11 (36,7%)	30 (100,0%)
Nordeste	22 (73,3%)	8 (26,7%)	30 (100,0%)
Norte	24 (80,0%)	6 (20,0%)	30 (100,0%)
Sudeste	20 (66,7%)	10 (33,3%)	30 (100,0%)
Sul	25 (83,3%)	5 (16,7%)	30 (100,0%)
Total	110 (73,3%)	40 (26,7%)	150 (100,0%)

p=0,35

Tabela 14 - Distribuição das respostas, segundo região, sobre o conhecimento das diferenças entre eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Região	Sabe		Total
	Não	Sim	
Centro-Oeste	2 (6,7%)	28 (93,3%)	30 (100,0%)
Nordeste	5 (16,7%)	25 (83,3%)	30 (100,0%)
Norte	3 (10,0%)	27 (90,0%)	30 (100,0%)
Sudeste	6 (20,0%)	24 (80,0%)	30 (100,0%)
Sul	5 (16,7%)	25 (83,3%)	30 (100,0%)
Total	21 (14,0%)	129 (83,0%)	150 (100,0%)

p=0,56

Tabela 15 - Distribuição das respostas, segundo região, sobre o entrevistado se julgar capaz de diagnosticar um paciente acometido de doença incurável e com prognóstico reservado. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Região	Capaz		Total
	Não	Sim	
Centro-Oeste	9 (30,0%)	21 (70,0%)	30 (100,0%)
Nordeste	9 (30,0%)	21 (70,0%)	30 (100,0%)
Norte	8 (26,7%)	22 (73,3%)	30 (100,0%)
Sudeste	10 (33,3%)	20 (66,7%)	30 (100,0%)
Sul	10 (33,3%)	20 (66,7%)	30 (100,0%)
Total	46 (30,7%)	104 (69,7%)	150 (100,0%)

p=0,98

Tabela 16 - Distribuição das respostas, segundo região, sobre terem sido os conteúdos de Ética/Direito satisfatórios, ao entrevistado, durante a formação médico-acadêmica. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Região	Ética		Total
	Não	Sim	
Centro-Oeste	20 (66,7%)	10 (33,3%)	30 (100,0%)
Nordeste	20 (66,7%)	10 (33,3%)	30 (100,0%)
Norte	27 (90,0%)	3 (10,0%)	30 (100,0%)
Sudeste	23 (79,3%)	6 (20,7%)	29 (100,0%)
Sul	22 (73,3%)	8 (26,7%)	30 (100,0%)
Total	112 (75,2%)	37 (24,8%)	149 (100,0%)

p=0,19

Tabela 17- Distribuição das respostas, segundo região, sobre ter tido, o entrevistado, durante a graduação, algum treinamento formal específico de como lidar com o paciente no final da vida. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Região	Treinamento		Total
	Não	Sim	
Centro-Oeste	26 (86,7%)	4 (13,3%)	30 (100,0%)
Nordeste	28 (93,3%)	2 (6,7%)	30 (100,0%)
Norte	29 (96,7%)	1 (3,3%)	30 (100,0%)
Sudeste	27 (90,0%)	3 (10,0%)	30 (100,0%)
Sul	29 (96,7%)	1 (3,3%)	30 (100,0%)
Total	139 (92,7%)	11 (7,3%)	150 (100,0%)

p=0,50

Tabela 18 - Distribuição das respostas, segundo região, acerca do conhecimento do teor da Resolução CFM n. 1.805/2006. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Região	Conhece		Total
	Não	Sim	
Centro-oeste	23 (76,7%)	7 (23,3%)	30 (100,0%)
Nordeste	19 (63,3%)	11 (36,7%)	30 (100,0%)
Norte	14 (46,7%)	16 (53,3%)	30 (100,0%)
Sudeste	17 (56,7%)	13 (43,3%)	30 (100,0%)
Sul	17 (56,7%)	13 (43,3%)	30 (100,0%)
Total	90 (60,0%)	60 (40,0%)	150 (100,0%)

p=0,19

Tabela 19 - Distribuição das resposta, segundo religião e correlação pela preferência entre dignidade ou vida. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Religião	Direito		Total
	Dignidade	Vida	
Agnóstico/Ateu	26 (86,7%)	4 (13,3%)	30 (100,0%)
Católico	60 (72,3%)	23 (27,7%)	83 (100,0%)
Espírita	13 (61,9%)	8 (28,1%)	21 (100,0%)
Evangélico	7 (58,3%)	5 (41,7%)	12 (100,0%)
Outro	4 (100%)	- (0,0)	4 (100,0%)
Total	110 (73,3%)	40 (26,7%)	150 (100,0%)

p=0,13

Tabela 20 - Distribuição das respostas, segundo religião, sobre o conhecimento das diferenças entre eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Religião	Sabe		Total
	Não	Sim	
Agnóstico/Ateu	3 (10,0%)	27 (90,0%)	30 (100,0%)
Católico	12 (14,5%)	71 (85,5%)	83 (100,0%)
Espírita	3 (14,3%)	18 (85,7%)	21 (100,0%)
Evangélico	3 (25,0%)	9 (75,0%)	12 (100,0%)
Outro	- 0,0	4 (100,0%)	4 (100,0%)
Total	21 (14,0%)	129 (86,0%)	150 (100,0%)

p=0,68

Tabela 21 - Distribuição das respostas, segundo religião, sobre o entrevistado se julgar capaz de diagnosticar se um paciente está acometido de doença incurável e com prognóstico reservado. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Religião	Capaz		Total
	Não	Sim	
Agnóstico/Ateu	5 (16,7%)	25 (83,3%)	30 (100,0%)
Católica	25 (30,1%)	58 (69,9%)	83 (100,0%)
Espírita	10 (47,6%)	11 (52,4%)	21 (100,0%)
Evangélica	5 (41,7%)	7 (58,3%)	12 (100,0%)
Outra	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (100,0%)
Total	46 (30,7%)	104 (69,3%)	150 (100,0%)

p=0,17

Tabela 22 - Distribuição das respostas, segundo religião, sobre o entrevistado acreditar ter tido na formação médico-acadêmica conteúdo satisfatório de ética/direito. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Religião	Ética		Total
	Não	Sim	
Agnóstico/Ateu	25 (83,3%)	5 (16,7%)	30 (100,0%)
Católica	57 (69,5%)	25 (30,5%)	82 (100,0%)
Espírita	16 (76,2%)	5 (23,8%)	21 (100,0%)
Evangélica	11 (91,7%)	1 (8,3%)	12 (100,0%)
Outra	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (100,0%)
Total	112 (75,2%)	37 (24,8%)	149 (100,0%)

$p=0,37$

Tabela 23 - Distribuição das respostas, segundo religião, sobre ter tido, o entrevistado, durante sua formação, algum treinamento formal específico de como lidar com o paciente no final da vida. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Religião	Treinamento		Total
	Não	Sim	
Agnóstico/Ateu	28 (93,3%)	2 (6,7%)	30 (100,0%)
Católica	76 (91,6%)	7 (8,4%)	83 (100,0%)
Espírita	21 (100,0%)	- 0,0	21 (100,0%)
Evangélica	10 (83,3%)	2 (16,7%)	12 (100,0%)
Outra	4 (100,0%)	- 0,0	4 (100,0%)
Total	139 (92,7%)	11 (7,3%)	150 (100,0%)

p=0,45

Tabela 24 - Distribuição das respostas, segundo religião, sobre o conhecimento do teor da Resolução CFM n. 1.805/2006. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Religião	Conhece		Total
	Não	Sim	
Agnóstico/Ateu	17	13	30
	56,7%	43,3%	100,0%
Católica	53	30	83
	63,9%	36,1%	100,0%
Espírita	11	10	21
	52,4%	47,6%	100,0%
Evangélica	8	4	12
	66,7%	33,3%	100,0%
Outra	1	3	4
	25,0%	75,0%	100,0%
Total	90	60	150
	60,0%	40,0%	100,0%

p=0,49

Tabela 25 - Distribuição das respostas, segundo religião, sobre a mesma possuir alguma orientação acerca da conduta a ser tomada no caso de pacientes terminais. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Religião	Conduta		Total
	Não	Sim	
Agnóstico/Ateu	27 (90,0%A)	3 (10,0%)	30 (100,0%)
Católica	18 (21,7%B)	65 (78,3%)	83 (100,0%)
Espírita	8 (38,1%B)	13 (61,9%)	21 (100,0%)
Evangélica	7 (58,3%AB)	5 (41,7%)	12 (100,0%)
Outra	1 (25,0%B)	3 (75,0%)	4 (100,0%)
Total	61 (40,7%)	89 (59,3%)	150 (100,0%)

$p < 0,0001$

Letras maiúsculas diferentes comparam percentuais com significância entre religiões

Tabela 26 - Distribuição das respostas segundo a prática de ortotanásia e/ou distanásia diante de um diagnóstico sem possibilidade de cura e proximamente à morte de um ente querido e priorização dos direitos dignidade ou vida, nesta realidade. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Prática	Direito		
	Dignidade	Vida	
Ambas	3	2	5
	(60,0%)	40,0%	100,0%
Distanásia	3	2	5
	(60,0%)	(40,0%)	(100,0%)
Nenhuma	7	8	15
	(46,7%)	(53,3%)	(100,0%)
Ortotanásia	97	28	125
	(77,6%)	(22,4%)	(100,0%)
Total	110	40	150
	(73,3%)	(26,7%)	(100,0%)

p=0,04

Tabela 27 - Distribuição das respostas segundo a prática de ortotanásia e/ou distanásia, diante de um diagnóstico sem possibilidade de cura e proximamente à morte de um paciente e a priorização dentre os direitos dignidade e vida, nesta realidade. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Prática	Direito		
	Dignidade	Vida	
Ambas	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (100,0%)
Distanásia	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100,0%)
Nenhuma	7 (46,7%)	8 (53,3%)	15 (100,0%)
Ortotanásia	98 (76,6%)	30 (23,4%)	128 (100,0%)
Total	109 (73,2%)	40 (26,8%)	149 (100,0%)

p=0,04

Tabela 28 – Distribuição das respostas segundo a prática de ortotanásia e/ou distanásia, diante de um diagnóstico sem possibilidade de cura e proximamente da morte do entrevistado e a priorização dentre os direitos dignidade e vida, nesta realidade. Resultados expressos em número absoluto e em porcentagem (%)

Prática	Direito		
	Dignidade	Vida	
Distanásia	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5 (100,0%)
Ortotanásia	101 (75,9%)	32 (24,1%)	133 (100,0%)
Outros	5 (45,4%)	6 (54,5%)	11 (100,0%)
Total	109 (73,2%)	40 (26,8%)	149 (100,0%)

p=0,07

7 DISCUSSÃO

Pouco tem sido descrito sobre Bioética aplicada à Anestesiologia. Nesta área, destaca-se o estudo: “Contribuições da Bioética para o anestesiológico; uma visão teórica”. (22)

Não é do nosso conhecimento que haja publicação, na literatura médico-jurídica, que tenha absoluta similitude com o objeto deste estudo.

Os avanços tecnológicos obtidos pela medicina exigem reflexão e discussão baseadas nas diretrizes da Bioética no que diz respeito às experiências indesejáveis e não suportáveis dos indivíduos na terminalidade. No presente estudo, foi dado enfoque aos institutos da distanásia e ortotanásia.

Os resultados desta pesquisa apontam que a distanásia, embora não desejada pela maioria dos anestesiológicos, ainda é prática corrente. A realidade mostra que o ser humano, tendo experimentado o tecnicismo exacerbado do século XX, no qual a tecnologia e as ciências experimentais sobrepuseram-se às ciências humanas, ora busca reequilíbrio de valores com a humanização da relações interpessoais.(22) Assim, a realidade anterior de quase imortalidade, às custas do consumo da fortuna e da dignidade, agora não mais se mostra vantajosa e, por isso, indesejada.

Pode-se observar que os anestesiológicos, em sua grande maioria, aceitam a morte como evento integrante da vida e merecedor de toda a proteção, de modo que diante da terminalidade 73,33% afirmaram optar pela proteção do direito à dignidade da pessoa humana em detrimento da própria vida (Figura 9). Tal fato foi observado em todas as faixas etárias (Tabela 1), em ambos os sexos, embora as mulheres tenham preferido a dignidade, em maior número (Tabela 7).

A presente amostra caracteriza-se pela predominância de indivíduos jovens, com idades inferiores a 39 anos (Figura 1), talvez refletindo a maior habilidade do uso do tipo de instrumento eleito para a pesquisa (questionário *online*), já que a maioria da população mais jovem está habituada ao mundo cibernético.

Quanto ao sexo, diferentemente da população brasileira no último censo, na qual os homens eram a minoria da população (48,62%), aqui o sexo masculino representou 62% da amostra, o que aponta para o predomínio deste no exercício da Anestesiologia brasileira (Figura 2). Resultados similares foram obtidos por outros autores, que avaliaram o conhecimento de 95 médicos, residentes na Paraíba, em questões referentes aos cuidados paliativos, 68,42% eram do sexo masculino.(58)

Quanto ao grau de titulação, observou-se população com 87,33% de especialistas (Figura 6), 6,18% com doutorado (Figura 4) e 12%, mestrado (Figura 5). Ainda assim, embora uma população elitizada no que se refere ao acesso à educação e mesmo sendo portadora de conhecimento assimilado vê-se refém de hábitos que já não mais se harmonizam com o ideal vigente.

Quanto à relação entre religiosidade e proteção da dignidade, observou-se a influência da fé na manutenção da vida, uma vez que os ateus são os que mais tutelaram a dignidade, seguidos pelos católicos, espíritas e evangélicos (Tabela 19).

É importante frisar que 44% dos entrevistados afirmaram já terem sido abordados por pacientes para conversar sobre o que desejavam quanto à terminalidade, o que reforça o acerto na escolha da especialidade para compor os sujeitos desta pesquisa.

A maioria dos anestesiólogos afirma entender que vida humana só é interessante de ser vivida se for com dignidade. Por via de consequência, é inegável que, para esta população, a prática de distanásia não é a mais adequada, já que a idolatria à vida seria uma obstinação inarredável.

Assim, os entrevistados, quando indagados sobre qual dos procedimentos (distanásia ou ortotanásia) seria melhor para o ente querido, o paciente, ou a eles próprios, em todos os casos optaram pela ortotanásia (Figuras 12, 17, 19 e 35). No entanto, apesar desta preferência, 5,33% dos entrevistados, embora certos acerca da conduta que desejariam para eles próprios, não expressam a mesma certeza em praticá-la quando se trata de seu familiar querido ou seu paciente. Em que se fundamentaria tal migração? Já que a prática se mostra melhor para ele próprio por que não o seria para o próximo?

Resultados similares foram encontrados em pesquisa realizada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – pesquisa que visou conhecer a opinião de 100 médicos que ali desenvolviam suas atividades profissionais, acerca da ortotanásia, mostrou que a totalidade a preferiu. Também, apesar de 100% dos médicos acreditarem ser a ortotanásia prática adequada, somente 93% afirmaram que haveria a possibilidade de colocá-la em prática. Ou seja, naquela realidade, só 7% já haviam praticado a ortotanásia ou, então, nem sequer admitiam a possibilidade de praticá-la. (86)

No que se refere à legalidade, no Brasil há escassez de legislação a cuidar da ortotanásia. O Poder Legislativo federal, até a presente data, não disciplina a matéria de forma direta, mas, sim, indireta, como, por exemplo, a Lei n.10.406/2.002 (Código Civil) que, em seu art. 15, autoriza o

paciente a recusar determinados procedimentos médicos, e a Lei 8.080/90 (disciplina o SUS), que em seu art. 7^o, III, reconhece o direito de autonomia para o paciente.

Essa aridez legal, na qual a objetividade inexiste, contribui para o temor da prática da ortotanásia, já que o médico se vê refém de interpretações de promotores e juízes, muitas vezes leigos e ignorantes sobre a questão, o que pode acarretar preocupação indesejável e evitável, com a insistência de prática não adequada, não ética e nem legal, a distanásia.

Para ilustrar o perigo das interpretações judiciais, descreve-se o caso da ação civil pública, com pedido de antecipação de tutela, (processo n. 2007.34.00.014809-3), intentada pelo Ministério Público Federal do Distrito Federal, que, visando a amplitude das consequências sociais quando na observância, pelos médicos, da Resolução CFM n. 1.805/06, pleiteava a nulidade da mesma. Num primeiro instante, o juiz concedeu a liminar, ou seja, num juízo preliminar e superficial de valores, frente à lei, entendeu ter o Ministério Público Federal razão, mas, logo depois, analisando todo o mérito, cassou a liminar e, com fulcro em princípios constitucionais (dignidade, acesso à saúde, autonomia, liberdade, não submissão à tortura, ao tratamento desumano e degradante), julgou improcedente a demanda, indo em favor da ortotanásia.(25) Os princípios constitucionais têm-se mostrado favoráveis a amparar o médico nas condutas frente terminalidade dos pacientes.

Apesar de no âmbito federal não existirem leis para disciplinar, de forma direta, a ortotanásia, há outros parâmetros normativos consubstanciados em Portarias do Ministério da Saúde, programas de políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Humanização (PNH), e Resoluções do CFM (46, 47, 66,

80, 81 e 87). Importante ressaltar que, em nenhum desses diplomas, se encontra menção ao termo ortotanásia, mas, tão somente, difundem-se as ações que constituem a sua prática.

Ainda, quanto à legislação, é importante que se consigne que os estados, diante da competência residual e/ou concorrente que lhes atribui a Constituição Federal, busquem disciplinar a matéria de modo a viabilizar a segurança dos médicos e a assistência aos pacientes. É o caso, por exemplo, da Lei Mário Covas (Lei n.10.241/99), em São Paulo.

Como se vê, a insegurança médica tem suas motivações.

O desejo pela ortotanásia não é anseio exclusivo dos anesthesiologistas. Em artigo científico intitulado “Reflexões legais e éticas sobre o final da vida” obteve-se como resultado que 83,3% dos familiares de pacientes internados nas UTIs, em estágio terminal, eram favoráveis à ortotanásia, sendo que, dentre esses, 65,0% eram filhos, católicos (63,3%) e com escolaridade superior completa (35%).(2) Portanto, a ortotanásia não é predileção exclusiva de uma elite sem vínculos pessoais com o paciente terminal. É o anseio, inclusive, de parentes que estão a vivenciar, diretamente, o morrer.

Também, pesquisa acerca da motivação que teria levado à recusa ou ao pedido de suspensão de tratamento, realizada com pacientes terminais internados em UTI de hospital escola em Santa Catarina, mostrou que todos os pacientes afirmaram ser futilidade o tratamento, ou seja, mostraram-se contrários à distanásia. (89)

Resultado interessante foi constatado em estudo sobre a habitualidade da prática da distanásia nos hospitais, com enfoque na divergência entre o querer e o fazer dos médicos. Nesse estudo, enfermeiros intensivistas avaliaram a

percepção desses profissionais acerca da distanásia, na UTI de hospital-escola de Londrina – PR, mostrando que as práticas rotineiras da distanásia eram “fator de sofrimento, frustração e inquietação”, acreditando que condutas de conforto seriam as mais adequadas. Também, aferiram que, muitas vezes, por não existir consenso entre a equipe médica sobre quais condutas seriam adequadas, a opção foi pela distanásia, impingindo sofrimento desnecessário aos pacientes e nocivo a toda a equipe, já que criava um ambiente de trabalho pernicioso.(46)

Revisão integrativa da literatura, incluindo 25 artigos relacionados aos temas eutanásia e/ou distanásia e/ou ortotanásia, mostrou que a distanásia ainda é mais frequente no Brasil, mesmo que inconscientemente. (90) O médico, muitas das vezes, inseguro em praticar a ortotanásia, acaba por praticar a distanásia que, em via reflexa, incrementa os índices de mistanásia.(90)

Curiosamente, a preocupação acerca da insistência na prática da distanásia, segundo a literatura, remonta aos primórdios da Medicina, quando Platão, no século IV a.C., em A República, afirmava que não era função do deus Asclépio (grego) ou Esculápio (romano), deuses da Medicina, de prolongar a enfermidade e, portanto, reiterava críticas a Heródico que teria prolongado sua vida doentia às custas de sofrimentos a si e à coletividade.(91)

Um outro elemento relevante, a indicar a insistência na prática da distanásia em nossa sociedade, é o local da morte dos pacientes. Enquanto na ortotanásia os cuidados paliativos têm abrangência multidisciplinar, objetivando a qualidade de vida, ou seja, o conforto, o alento, a humanização na recepção do morrer, na distanásia a obstinação terapêutica exige, via de regra, internação para o desfrute dos suportes tecnológicos a manutenção dos sinais vitais.

Assim, dados do IBGE de 2016 acerca de onde têm morrido os brasileiros, informam-nos que 73,07% têm morrido em hospitais.(93, 94) No mundo, mais de 70% dos óbitos ocorrem em hospitais, mais precisamente em UTIs, e os óbitos nas UTIs são precedidos em 30 a 50% por decisão de recusa ou suspensão de tratamentos tidos como fúteis.(9) Ou seja, a distanásia, lamentavelmente, parece ser uma grande realidade.

Esta pesquisa mostra que o local preferido pelos entrevistados para estarem no momento da morte seria a própria casa, tanto para eles mesmos (81,33%), como para o paciente (79,33%), e o ente querido (58%) (Figuras 14, 15, 16 e 33). Confrontando-se as figuras 14, 15, 16 e 33 com as figuras 12, 17, 19 e 34, observamos que percentual sem qualquer significância de pessoas que optaram pela ortotanásia, não preferiu a morte em casa.

Entretanto, se a distanásia não é interessante aos médicos, aos enfermeiros, aos familiares e aos pacientes, então a quem interessaria a reiteração da distanásia como hábito da prática médica?

Não se pode agir com ingenuidade frente a essa questão pois, além de consequências pessoais e ético-profissionais, questões outras de cunho econômico estão relacionadas à prática da distanásia, já que os custos exacerbados de procedimentos ineficazes frente ao desfecho inevitável (46) comprometem a saúde financeira de famílias, planos de saúde e os orçamentos públicos.(94) Tais fatos levam a discussões recorrentes acerca da priorização dos valores sociais, religiosos, éticos, profissionais, legais etc.

Com a insistência em praticar distanásia, todos perdem. Os profissionais de saúde, por viverem em ambiente, no mínimo, nebuloso se não hostil. Os pacientes, que jazem reféns do sofrimento desarrazoado. As famílias, por

vivenciarem longa *via crucis*, que lhes consome as forças físicas, psicológicas e econômicas, pelo prazo de negação da morte, por elas ou pela equipe médica. A Fazenda Pública, pelo depauperamento com a manutenção de práticas inócuas à cura, quando a mesma verba poderia ser racionalmente direcionada para tratamento mais adequado do paciente terminal (cuidados paliativos). Tal prática poderia viabilizar, quando possível, a alta hospitalar, com vistas à humanização do morrer que, por via reflexa, contribuiria, também, para o “desafogamento” de leitos públicos, sem violar direitos fundamentais como vida, dignidade e saúde, quando a medicina curativa se mostraria viável.

Parece haver concordância que a opinião dos médicos, dos enfermeiros e da sociedade expressa o anseio de ruptura com os antigos padrões materialistas do século XX, ressuscitando a ortotanásia como conduta “standard”, como já o foi em séculos passados. Se, outrora, a distanásia era tida como a “menina dos olhos” da humanidade, já que promovia o avizinhamento da imortalidade, ora se apresenta como algo não benéfico e temido, vez que a manutenção da vida pela vida não se mostra como desejosa pela maioria da sociedade, pois, na prática, o que se observa é o adiar do vivenciar a morte, numa injustificável indisponibilidade do direito à vida, que somente prolonga os dias a um preço imensurável de sofrimento.

Na pesquisa realizada pelos enfermeiros intensivistas,(46) foi observada falta de consenso entre os membros da equipe médica sobre a conduta a ser adotada (medidas de conforto ou obstinação terapêutica) frente a terminalidade, saindo sempre a distanásia como a preferida, o que era causa de “sofrimento, frustração e inquietação”. Resultados similares foram referidos na presente pesquisa, na qual 92% dos entrevistados relataram já ter se deparado com situação(ões) em que o procedimento cirúrgico não acrescentava qualidade de

vida, mas, sim, um sofrimento desnecessário ao paciente (Figura 26). Diante de tal situação, apenas 1% discordou e 85,33% aderiram à prática da distanásia, sendo que 39,33% discutiram conduta com o cirurgião e 46% discordaram, mas aderiram à vontade do mesmo. Ou seja, os anestesiológicos praticam, em coautoria, ainda que a contragosto, a distanásia. Assim, 38% dos anestesiológicos disseram-se frustrados, 36%, indignados, 5,33%, tristes e 2,67% afirmaram sentir raiva (Figura 27).

O que se pode constatar é que a persistência dessa realidade impõe sofrimento a quem está partindo e compromete a saúde de quem está tentando assistir.

Nesse contexto, a morte correta, natural e ao seu tempo, com o assistir dos cuidados paliativos, apresenta-se como mero ideal em nossa realidade, a exigir pronto agir no reverter deste calamitoso horizonte. Nota-se que a divergência de condutas para assistir o paciente acaba por criar ambiente insalubre a todos os sujeitos desse cenário.

No presente estudo, os fundamentos que levaram o entrevistado a optar pelo procedimento escolhido mostraram que, no que se refere aos entes queridos, a objetivação do conforto dos mesmos é a razão mais alegada, seguindo-se a ética da conduta e a questão da fé (Figura 13). Já, nas razões de escolha para o paciente, houve a priorização do conforto seguida da ética da conduta em harmonia com a fé (Figura 18). Por fim, os entrevistados também se declararam motivados, para eles mesmos, pelo conforto, pela ética, sendo que a fé, neste caso, só fundamentou 4% das escolhas (Figura 20).

Dentre os entrevistados, 59,33% afirmam haver, em suas religiões, orientação para tomada de decisões frente à terminalidade, (Figura 22) e que em

46% delas é pregado respeito ao ciclo normal da vida, ou à autonomia volitiva dos pacientes (16%). Para 21,33% deve haver a preservação da vida a qualquer custo (Figura 23), sendo que a orientação de fé não prevaleceu, já que o conforto foi a razão primeira para a escolha da ortotanásia, para cada um deles, para o ente querido ou para o paciente (Figura 22).

O priorizar do conforto, objetivado pelos anestesiólogos, acaba por justificar a necessidade e o desejo dos cuidados paliativos.

A Resolução CFM 1.805/2.006, que admite como ética a prática da ortotanásia diante de doenças graves e incuráveis, em fase terminal, respeitada a vontade do paciente ou seu representante, afirma a necessidade dos cuidados paliativos a este paciente.

A medicina paliativa é área de atuação com abrangência multidisciplinar, objetivadora de cuidados que envolvam a atenção integral aos problemas físicos, psicológicos, espirituais e sociais, com foco no paciente e sua família. (3,4,11,58,59,68,75,76) A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos como a

“abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, a avaliação e o tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

(95)

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), citados no sítio eletrônico da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, apontam que 65% dos portadores de doenças crônicas, que ameaçam a vida, necessitam de cuidados paliativos.(96) Portanto, ao afirmar a necessidade de cuidados paliativos, acaba-se por aceitar a ortotanásia como conduta ouro, para essa realidade.

Há que se ressaltar que os cursos de graduação das faculdades de Medicina de todo o país têm-se mostrado deficientes no que se refere à abordagem das questões adidas à terminalidade e aos cuidados paliativos. Talvez sejam estas algumas das causas da insegurança médica para defender a prática de atos de ortotanásia.

Nesta pesquisa, 74,67% dos entrevistados afirmaram que o conteúdo de ética e direito não lhes foram satisfatórios na graduação (Figura 29), independentemente dos sexos (Tabela 10), das regiões do país (Tabela 16) e das religiões/fé (Tabela 22).

Quanto à idade, os mais insatisfeitos estão na faixa dos 40 aos 60 anos, mas a porcentagem de insatisfação foi elevada em todas as faixas etárias (Tabela 4), ou seja, a omissão do conteúdo de Ética e Direito, nas grades das faculdades de Medicina, é uma falha curricular reiterada há gerações.

A fria e tecnicista Medicina Hipocrática, cujo ápice se deu no século XX, ora não mais responde aos anseios da sociedade contemporânea. Assim, não se pode compactuar com o fato de nossos médicos saírem graduados com conteúdo meramente técnico. Acreditamos que a verdadeira Medicina, embora harmônica com a boa técnica, jamais deva se distanciar da humanização no cuidado, tendo como timoneiro no navegar deste oceano do saber, a Bioética,

que muitas vezes pode objetivar a proteção à dignidade em desfavor do tempo de existência.

A gravidade salta aos olhos quando se constatou que 92,7% dos sujeitos da pesquisa afirmaram não terem tido, na graduação, qualquer treinamento formal específico de como cuidar de pacientes em fase terminal (Figura 30). Observa-se que ausência de treinamento formal específico ocorreu em todas as faixas etárias, mas os anestesiólogistas com 60 anos ou mais afirmaram, todos, que nunca tiveram tal treinamento (Tabela 5).

Resultado semelhante obteve-se em pesquisa sobre cuidados paliativos realizada com anestesiólogistas da Paraíba, na qual 83,2% dos pesquisados afirmaram não ter recebido preparação acadêmica para conduzir os pacientes em estado de finitude. (58)

A deficiência no ensino de uma Medicina mais voltada ao ser, sem o endeusamento da técnica, já foi relatada em editorial do Jornal de Pediatria, da Sociedade Brasileira de Pediatria, que afirma a perda da qualidade de ensino/treinamento médico, na graduação, decorrente do crescimento desordenado das escolas médicas e do avolumar de novos conhecimentos e tecnologias.(97)

O que é alarmante: os resultados da pesquisa realizada na Paraíba mostraram que 48,42% dos entrevistados discordaram da prática da eutanásia! (58) Seriam, então, os outros 51,58% dos entrevistados a favor do crime de eutanásia, ou seriam eles vítimas da falta de conteúdo sobre o tema na graduação médica, cujo conhecimento os pouparia desta confissão criminosa inverídica. Parece que a segunda hipótese mostra-se mais harmônica com a

possível realidade e externa a gravidade da insuficiência de conteúdo na graduação médica.

Estudo acerca da morte e do morrer no processo de formação de graduandos em enfermagem, em universidade na Bahia, concluiu que o tema citado não vem sendo trabalhado de forma que atenda às necessidades dos estudantes. (98)

Ainda, no presente estudo, quando se perguntou aos sujeitos da pesquisa onde teriam obtido o conhecimento acerca das diferenças entre distanásia, eutanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido, somente 25% indicaram a graduação (aula teórica na faculdade). Os médicos evangélicos foram os que mais se declararam desconhecedores das diferenças entre os institutos anteriormente referidos (25%), seguidos dos católicos, e espíritas (14,5%) e ateus (10%) (Tabela 20).

Embora não tenha havido resultado estatisticamente significativo quando analisado o conhecimento das diferenças daqueles institutos, entre as regiões do Brasil, observou-se que a região Sudeste foi a que apresentou o maior desconhecimento (20%). No entanto, não se pode afirmar que o ensino da região é o mais deficiente, já que a pesquisa levou em consideração o domicílio laboral do entrevistado e não o seu local de formação (Tabela 14). Embora o fato de não ter investigado a cidade ou instituição de formação ser uma limitação do estudo, não se criou viés quando se observou que somente 25% dos entrevistados afirmaram ter obtido o conteúdo na graduação. Os sujeitos na faixa etária acima de 60 anos, formados de longa data, foram os que mais afirmaram conhecer as diferenças (Tabela 2). Assim, parece que a negligência da formação médica, no que tange às relevantes questões da finitude humana, tem se

agravado com o passar dos anos, necessitando ampla discussão e reformulação curricular, a bem de toda a sociedade.

A influência nociva no negligenciar da formação dos profissionais de saúde culmina com equívocos recorrentes no que diz respeito à eutanásia passiva e ortotanásia, considerados sinônimos, em vários artigos científicos publicados sobre o tema, muitos deles escritos por médicos.(30) Acredita-se que a falha na formação dos profissionais de saúde também seja o fator desencadeador da confusão. Admitir a sinonímia é desconhecer a legislação brasileira e a ética médica, pois trata-se de institutos diversos, com objetivos muito diferentes. Na eutanásia passiva, observa-se o abandono de qualquer terapêutica, com fins de abreviar a vida, enquanto que na ortotanásia, ao contrário, garante-se integral cuidado ao paciente e à família, para assegurar, ao doente terminal, o alívio de sintomas que o levem ao sofrimento, preservando a sua dignidade e deixando que a morte ocorra no seu termo natural. Portanto, enquanto naquela a omissão total objetiva a morte, nesta, a ação plena e multidisciplinar objetiva uma vida digna frente à terminalidade, respeitando-se sempre a autonomia de vontade do paciente ou, na sua impossibilidade, de seu responsável. Enquanto uma é crime, a outra é conduta lícita e ética. Tal equívoco desfaz-se com a análise das Resoluções CFM n. 1.805/06 e 1.931/09.(67,81), além da do Código Penal.(26)

Lembramos que o Código de Ética Médica (Resolução CFM n. 1.931/09) em seu artigo 41, veda ao médico o abreviar da vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal, (32) e a Resolução CFM n. 1.805/2006 admite como ética a prática da ortotanásia, diante de doenças graves e incuráveis, em fase terminal, respeitada a vontade do paciente ou seu representante, assistindo-o com os cuidados paliativos.

Acerca da Resolução CFM n.1.805/06, outra questão foi formulada na presente pesquisa, cuja resposta também aponta para consequências danosas da falta da formação adequada, nas faculdades de medicina e afins, à atual realidade. É que esta deficiência educacional acaba por influenciar o médico na falta de interesse em conhecer os limites éticos e jurídicos de sua atuação profissional, influenciando sobremaneira a qualidade do atendimento e a onerosidade desnecessária ao sistema, com medidas fúteis.(58) Tanto isto é verdade que 60% dos entrevistados, quando lhes indagaram acerca de conhecerem ou não o conteúdo da polêmica e relevante Resolução CFM n. 1.805/06, que trata da prática da ortotanásia, que eles mesmos defendem como a prática mais desejada, afirmaram não a conhecer (Figura 32), inexistindo qualquer diferença estatisticamente relevante quanto às regiões do Brasil (Tabela 18), indicando desconhecimento em todo o território nacional, contemplando a reforma da grade curricular como uma necessidade prioritária nas faculdades médicas. Ainda, dentre os que afirmaram conhecê-la, 50% dizem ter dúvida se tal resolução viabilizaria maior segurança para a prática de condutas frente à terminalidade (Figura 33). Com esta resposta, fica claro que pelo menos um dos fatores que dificulta a prática da ortotanásia pode ser a insegurança, fruto do desconhecimento, como já discorremos em parágrafos anteriores.

Destaca-se o desconhecimento do teor da Resolução CFM n. 1.805/06, que apresentou resultado estatisticamente significativo entre as diferentes faixas etárias, sendo os mais jovens, com idade inferior a 40 anos, os que mais afirmaram desconhecimento.

Esses achados incitam pelo menos duas interpretações: ou os mais jovens foram mais sinceros e destemidos ao afirmar a ignorância, ou realmente o ensino das questões de ética tem sido esquecido pelas faculdades médicas.

Resultados similares foram encontrados em estudo com 100 médicos com atuação na UTI do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), em São Paulo,(86) no qual 49% dos médicos afirmaram conhecer a Resolução CFM n.1.805/2006, sendo que, destes, 66% eram médicos assistentes e 34%, residentes. A similaridade entre a presente pesquisa e esta última descrita parece indicar desinteresse dos médicos pelas questões éticas e legais que envolvem o exercício da profissão, associado à deficiência na formação. Tal realidade parece ter se agravado nos anos recentes, já que os mais jovens mostram-se mais ignorantes. Ainda, corroborando a falha na formação dos médicos, no caso da pesquisa realizada na UTI do HC da USP, publicada em 2.007, quando já vigia a Resolução n.1.805/06, há a observação de que a maioria dos residentes tomou conhecimento desta, pelos jornais, ou por outro médico, ou pela internet, ou por revistas, e-mails, rádio, televisão etc.

Também, no presente estudo, como descrito alhures, o conhecimento acerca dos conceitos de distanásia, ortotanásia, eutanásia e suicídio médico assistido fora obtido no curso de graduação somente em 25% dos casos (Figura 11).

Importante que se frise que esse fenômeno da omissão na formação/treinamento de médicos, frente aos cuidados na terminalidade humana, não é algo vivenciado apenas no Brasil, mas também em outros países do globo, como Chile (99) e algumas nações do oeste Europeu.(100)

Mas, de forma alentadora, 87,63% dos entrevistados afirmaram sentir-se confortáveis e 87,33% sentem-se à vontade para realizar condutas de conforto em pacientes terminais (Figuras 25 e 31). Ainda, 69,3% julgam-se capazes de diagnosticar o paciente com doença incurável e prognóstico reservado (Tabela 3)

independentemente das regiões político-administrativas do Brasil (Tabela 15). Os ateus/agnósticos são os que mais se declararam capacitados para o diagnóstico (83,3%) (Tabela 21), a indicar que a religião, embora não seja a fundamentação primeira na decisão das condutas, ainda é relevante.

Solução outra não há que não seja uma formação mais concatenada com a realidade da prática médica em harmonia com a Bioética. Aliás, o Parecer nº 1.133/2001, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, de 3 de outubro de 2001, que institui as diretrizes a serem aplicadas nacionalmente na organização, no desenvolvimento e na avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição, *afirma que*, o perfil do formando é caracterizado como o de um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva pautado por princípios éticos adequados.

Concluindo, fica demonstrado que a educação é o ponto de partida da luta por vida digna. Para a população em geral, a destinatária à promoção da saúde, o esclarecimento acerca das diferentes práticas médicas diante da finitude é fundamental porque desmistifica e desconstrói o medo do morrer. A confusão dos institutos gera “anticorpos” na população e desconhecimento. Já, para os profissionais da saúde, a reformulação da grade curricular nas faculdades, com difusão de novos conceitos, técnicas e instrumentos, com abordagem multidisciplinar e ensino da Bioética, viabilizará a formação de um profissional pleno, seguro e capaz de vislumbrar, no paciente, um universo de sentimentos, valores e desejos a ser respeitado, sendo este paciente assistido dignamente por toda a vida.

8 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Como limitações:

a) a pesquisa não investigou o local de formação dos sujeitos entrevistados, preferindo considerar o domicílio laboral atual dos mesmos. No entanto, tal fato não inviabilizou os resultados, porque houve deficiência educacional generalizada, quanto ao conteúdo ético/direito, e falta de treinamento prático, no referente à terminalidade;

b) não houve explicação sobre o teor da Resolução CFM 1.805/06, o que pode ter ocasionado dúvidas;

c) não se aferiu o real conhecimento sobre cada um dos institutos (ortotanásia, distanásia, eutanásia e suicídio médico assistido);

d) o tipo de instrumento eleito tem viés próprio da forma de recrutamento;

e) viés de motivação decorrente da quantidade de perguntas;

f) questionário confeccionado pelos autores a ser validado.

9 CONCLUSÃO

Os anesthesiologistas brasileiros afirmam ter conhecimento sobre distanásia e ortotanásia.

Os anesthesiologistas, diante da terminalidade, preferem a prática da ortotanásia à da distanásia.

Os anesthesiologistas afirmam, ainda, conviver com a prática da distanásia.

O ensino da graduação médica pouco tem contribuído para a abordagem teórico-prática das questões relacionadas à morte.

REFLEXÕES PESSOAIS

Inegável, pois, que toda a sociedade reflita sobre o que é a vida e como receber a morte, nascendo, desta ampla reflexão, o debate e uma legislação federal específica, objetiva e efetiva, que também viabilize uma reformulação da grade curricular das graduações, notadamente, na área de saúde, garantindo aos profissionais formação técnico-humana específica com as questões de terminalidade, possibilitando não só o socorro ao moribundo e a sua família, como, também, o suporte psico-jurídico-educacional a todos os obstinados profissionais da saúde envolvidos.

A ortotanásia, embora tutelada pela lei de forma pífia, é mais que um agir médico-ético: é aceitar a morte como evento certo e inevitável, parte da vida, diante do qual a medicina não se reveste de fracasso, mas, sim, pode lograr os louros pela certeza de ter garantido, ao próximo, o respeito a sua integralidade, assegurando-lhe todo o suporte para que um ciclo seja encerrado com conforto, dignidade e paz, num brinde à vida.

REFERÊNCIAS

1. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? Revista Bioética [Internet]. 1996 [acesso 24 de maio de 2017];4(1):31–43. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357
2. Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA de, Souza LL de, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. Revista Bioética [Internet]. 2010;18(2):275–88. [acesso 16 de abril de 2017]. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/564/537
3. Pessini L, Bertachini L. Humanização e Cuidados Paliativos. 3 Edições. São Paulo: EDUNISC – Editora do Centro Universitário São Camilo; 2006. 316 p.
4. Machado KDG, Machado G, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. Bioethikos. 2007;1(1):34–42.
5. Nietzsche F. Crepúsculo dos Ídolos [Internet]. 5o ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 2017 [acesso 29 de dezembro de 2017]. 128 p. Disponível em: <https://veele.files.wordpress.com/2010/02/crepusculo-dos-idolos.pdf>

6. Melo AGC C. *Discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu; 2009.
7. Cunha ID. O direito à morte digna: fazer viver ou deixar morrer, eis a questão. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso 24 de novembro de 2017];24. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=e8855b3528cb03d1>
8. Veras L. A medicalização do luto e a mercantilização da morte na sociedade contemporânea. *Fenomenologia e Psicologia* [Internet]. 2015;3:29–44. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/fenomenolpsicol/article/view/4150/2178>
9. Duarte Moritz R, Miranda Do Lago P, Pusch De Souza R, Brandão N, Silva D, Albano De Meneses F, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2008 [acesso 28 de janeiro de 2018];20(4):422–8. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/22970/000715411.pdf?sequence=1>
10. Batchelor A, Jenal L, Kapadia F, Streat S, Whetstine L, Woodcock B. Ethics roundtable debate: should a sedated dying patient be wakened to say goodbye to family? *Critical care* (London, England) [Internet]. 2003;7:335–8. Disponível em: <http://ccforum.com/content/7/5/335>

11. Skaba MF. Humanização e cuidados paliativos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. setembro de 2005 [acesso 5 de agosto de 2017];10(3):782–4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300035&lng=pt&tlng=pt
12. Bento LA. *Bioética: desafios éticos no debate contemporâneo*. 1o ed. São Paulo: Paulinas; 2008. 464 p.
13. Pacheco S. VI Seminário do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros de Portugal. In: *Ordem dos Enfermeiros*. 20o ed Ponta Delgada; 2006. p. 82.
14. Dworkin R. *Domínio da Vida: Aborto, eutanásia e liberdades individuais*. 1o ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003. 362 p.
15. Suassuna A. *Auto da Compadecia*. 36o ed. Nova Fronteira; 2014. 192 p.
16. Saramago J. *As Intermittências da Morte*. Lisboa: Editorial Caminho; 2005. 214 p.
17. Soares B, Fernando D. *Livro do Desassossego – Bernardo Soares*. 1999;282–3.

18. Bíblia Sagrada. Versão de Maciel Araújo. São Paulo: Manole; 1995.
19. Carta Encíclica *Evangelium Vitae* (Vaticano); 1995 [acesso 18 de dezembro de 2017]. p. 95. Disponível em: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.pdf
20. Diniz MH. O estado atual do Biodireito. 9o ed. São Paulo: Saraiva; 2014. 1047 p.
21. Alves R. Sobre a morte e o morrer. Folha de São Paulo [Internet]. 2003;(Sinapse):3. [acesso 16 de abril de 2017]. Disponível em: http://www.releituras.com/rubem_alves_morte.asp
22. Santos M et al. Contribuições da Bioética para o anestesiológico: uma visão teórica. *Revista Ciência Saúde Nova Esperança*. 2013;11(1):60–70.
23. Hanauer G. “Não acrescente dias a sua vida, mas vida aos seus dias.” Harry Benjamin | Gustavo Hanauer [Internet]. 2013 [acesso 26 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://gustavohanauer18.wordpress.com/2013/10/04/nao-acrescente-dias-a-sua-vida-mas-vida-aos-seus-dias-harry-benjamin/>

24. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

25. May Y. Eutanásia como reflexo da dignidade humana. Espaço jurídico Journal of Law [Internet]. 2014;(15):135–52. [acesso 13 de março de 2017]. Disponível em: [https:// editora.unoesc.edu.br/index.php/espacojuridico/article/view/2918/2554](https://editora.unoesc.edu.br/index.php/espacojuridico/article/view/2918/2554)

26. Brasil. Código Penal – Decreto–Lei n. 2.848/40 [Internet]. Rio de Janeiro: Código Penal; 1940. [acesso 20 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf

27. Brasil. Código Civil – Lei 10.406/02 [Internet]. 10-01-2002 Brasília – DF; 2002. [acesso 20 de janeiro de 2017]Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm

28. Brasil. Lei 8.069/90 [Internet]. 13-07-1990. Estatuto da Criança e do Adolescente [acesso 3 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm

29. Bomtempo TV. Análise constitucional da ortotanásia: O direito de morrer com dignidade – Biodireito – Âmbito Jurídico [Internet]. Vol. 9, Revista Internacional de Direito e Cidadania. 2011 [acesso 5 de agosto de 2017]. p. 169–82. Disponível em: <http://www.tex.pro.br/artigos/>

305-artigos-mai-2015/7121-a-ortotanasia-e-o-direito-de-morrer-com-dignidade-uma-analise-constitucional

30. Sá M de FF de. Direito de morrer: eutanásia e suicídio assistido. 2o ed. Belo Horizonte: Del Rey; 2005.
31. Añez C. Eutanásia ativa voluntária: Uma defesa utilitarista. *Kínesis*. 2015;VII(13).
32. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM 1931/09. Código de Ética Médica. Brasília; 2009.
33. Universidade Estadual Da Paraíba. Eutanásia: Direito e diálogo entre a vida e a morte [Internet]. 2011 [acesso 18 de dezembro de 2017]. Disponível em: [http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/6192/1/PDF-Matheus Figueiredo Esmeraldo.pdf](http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/6192/1/PDF-Matheus%20Figueiredo%20Esmeraldo.pdf)
34. Lima WC. Vida, dignidade e morte: cidadania e mistanásia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.
35. Pessini, Leocir; Barchifontaine C de P de. Problemas atuais de Bioética. 8. revista. Camilo CUS, organizador. São Paulo: Edições Loyola; 2007. 581 p.

36. Pessini, Leo; Barchifontaine C de P de. Bioética na Ibero-América – História e perspectivas. In São Paulo: Loyola; 2007.
37. Santos IN dos. Mistanásia Ativa e Passiva [Internet]. [acesso 9 de agosto de 2017]. Disponível em: https://advogadaingrid.jusbrasil.com.br/artigos/453525917/mistanasia-ativa-e-passiva?ref=topic_feed
38. Gontijo GD. A judicialização do direito à saúde. Revista Médica de Minas Gerais. 2010;1:606–11.
39. Marcondes De Rezende J, Juramento De Hipócrates O. O juramento de Hipócrates. Revista Paraense de Medicina. 2003;17(1):38–47.
40. As vozes do Mundo. Conheça as legislações sobre a eutanásia na Europa [Internet]. 2014. 2014 [acesso 18 de dezembro de 2017]. Disponível em: <http://www.portugues.rfi.fr/europa/20141212-conheca-legislacoes-sobre-eutanasia-na-europa>
41. Pessini L. Distanásia, até quando prolongar a vida? Edições Lo. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo; 2001. 431 p.
42. Ferreira ABH. Aurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa. Aurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. rev. E ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128p. 1999. 2128 p.

43. Gomes LF. Eutanásia e o novo código de ética médica [Internet]. 15-10-09. 2009 [acesso 21 de dezembro de 2017]. Disponível em: <https://lfg.jusbrasil.com.br/noticias/1971344/eutanasia-e-o-novo-codigo-de-etica-medica>

44. Meneses JAG de. Dilemas Bioéticos na Prática da Anestesia Bioethical Dilemmas in Anesthesia. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2001 [acesso 15 de janeiro de 2018];51(5):426–30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v51n5/v51n5a09.pdf>

45. Universidade Federal de Santa Catarina. Ortotanásia: uma análise comparativa da legislação brasileira projetada e em vigor [Internet]. [acesso 20 de dezembro de 2017]. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/ortotanasia-uma-analise-comparativa-da-legislacao-brasileira-projetada-e-em-vigor>

46. Silva FS da, Pachemshy LR, Rodrigues IG. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [Internet]. junho de 2009 [acesso 5 de agosto de 2017];21(2):148–54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X20090002000006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

47. Brasil. Lei no 9.434, [Internet]. Brasília: Lei; 1997. [acesso 20 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm

48. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM n. 2173/2017 [Internet]. Brasília: Resolução; 2017. [acesso 10 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>
49. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM n. 1480/97 [Internet]. 1997 [acesso 21 de dezembro de 2017]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm
50. Ariès P. Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age a nos jours [Internet]. Éditions du Seuil; 1977 [acesso 12 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.bulhosa.pt/livro/essais-sur-lhistoire-de-la-mort-en-occident-du-moyen-philippe-aries/>
51. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabela 1489: População residente, por cor ou raça, segundo o sexo e a religião – Resultados Gerais da Amostra [Internet]. 2010 [acesso 3 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1489#resultado>
52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabela 3540: Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por nível de instrução, segundo a situação do domicílio, o sexo, a cor ou raça e os grupos de idade [Internet]. 2010 [acesso 3 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3540#resultado>

53. Catecismo da Igreja Católica (Vaticano), [Internet]. [acesso 19 de dezembro de 2017]. Disponível em: http://www.vatican.va/archive/cathechism_po/index_new/p3s2cap2_2196-2557_po.html

54. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem MTR, Berti HW. A autonomia de pessoas hospitalizadas em situação pré-cirúrgica [Internet]. Vol. 13, REME rev. min. enferm. 2009 [acesso 13 de janeiro de 2018]. 84-92 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=17850&indexSearch=ID>

55. Borges RCB. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. Santos: Revista dos Tribunais; 2001.

56. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. , 13, n. 2, Brasília: Conselho Federal de Medicina, pp. 37-50, 2005. Revista Bioética 13. 2005;2(13):37-50.

57. Guinsburg PJ (traduzido por). A República. Platão [Internet]. 1o ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro; 1965. 238 p. [acesso 10 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2013/08/te1-platc3a3o-a-republica.pdf>

58. Oliveira F, Santos D, Teles NO, José De Oliveira H, De N, et al. Avaliação do conhecimento dos anestesiológicos sobre cuidados paliativos. *Rev Bioét (Impr)* [Internet]. 2014 [acesso 11 de janeiro de 2018];22(2):373–9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/20.pdf>
59. Nader G, Samir MI, Hanna A, João I, Fernandes L, Silva D. Cuidados paliativos e ortotanásia. *Diagnóstico e Tratamento* [Internet]. 2010 [acesso 20 de dezembro de 2017];15(2):58–60. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a58-60.pdf>
60. Moraes A. *Direito Constitucional*. 24o ed. Atlas, organizador. São Paulo; 2009.
61. Silva JA da. *Direito Constitucional Positivo*. 29o ed. São Paulo: Editora Malheiros; 2007.
62. Savaris, R; Belotto CC. A licitude da ortotanásia sob a ótica do ordenamento jurídico brasileiro e a validade jurídica das diretivas antecipadas do paciente. *Revista Travessias*. 2012;471–91.
63. Barroso, LR; Martel L de CV. A Morte Como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Revista Panóptica* [Internet]. 2010; [acesso 10 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.panotipa.org/panopticaedio19julho2010/19-3.pdf>.

64. Barros Jr, EA. A responsabilidade civil do médico: uma abordagem constitucional. São Paulo: Atlas; 2007.

65. Fleck MPDA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):33–8.

66. Borges RCB. Direitos de Personalidade e Autonomia Privada. 2o ed. Alvin A, organizador. São Paulo: Editora Saraiva; 2007.

67. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM N. 1931/2009 [Internet]. 2009. [acesso 6 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/cem_e_cpep.pdf

68. Cicely Saundeds Institute. Dame Cicely Saunders: A Brother's Story [Internet]. Cicely Saunders International. 2017 [acesso 21 de dezembro de 2017]. Disponível em: <https://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders-a-brothers-story/>

69. Leal, Hugo & Leite O. Relatório da Comissão de Seguridade Social e Família – Projeto de Lei n. 3.002, de 2008 [Internet]. Relatório- Projeto de Lei; 2008. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=714768&filename=EMR+1+CSSF+%3D%3E+PL+3002/2008

70. Câmara dos Deputados (Brasil). PL 3002/2008 [Internet]. Brasília. [acesso 6 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra; jsessionid=83C13B8680B346EC4F4751DDBB95A5F3.proposicoesWebExterno1?codteor=544137&filename=PL+3002/2008
71. Câmara dos Deputados (Brasil). PL 5008/2009 [Internet]. Brasília. [acesso 6 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetrmitacao ?idProposicao=429346>
72. Câmara dos Deputados (Brasil). PL 6544/2009 [Internet]. Brasília. [acesso 6 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetrmitacao?id Proposicao=462837>
73. Senado (Brasil). PL 116, de 2000 [Internet]. Brasília: Projeto de Lei; 2000 [acesso 6 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/43807>
74. Senado (Brasil). PL 6715/2009 [Internet]. Brasília [acesso 6 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetrmitacao?idProposicao=465323>
75. Ministério da Saúde(Brasil). Política Nacional de Humanização [Internet]. 2013. 16p.[acesso em 17 de abril de 2017]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

76. Santos MFO, Fernandes MGM, Oliveira HJ. Acolhimento e Humanização na Visão dos Anestesiologistas. Rev Bras Anesthesiol Revista Brasileira de Anestesiologia [Internet]. 2012 [acesso 11 de janeiro de 2018]; 62(2):199–213. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/v62n2a06.pdf>

77. Assembleia Legislativa de São Paulo. Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. 1999;

78. Assembleia Legislativa do Paraná. Prestação de serviço e ações de saúde de qualquer natureza aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências no Paraná [Internet]. Diário Oficial do Paraná n. 6632 de 23-12-2003 Curitiba; 2003. Disponível em: <http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=735&indice=1&totalRegistros=1>

79. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Lei n. 16.279, de 20 de julho de 2006. Diário Oficial de Minas Gerais 21-7-07 [Internet]. 2006; Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=16279&ano=2006>

80. Cristina M, Campos MSQ, Dantas PEC, Goldchmit M, Bechara SJ, Costa VP, et al. A humanização da medicina. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia [Internet]. dezembro de 2007 [acesso 27 de janeiro de 2018];70(6):897–897. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427492007000600001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

81. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM n. 1.805/2006. DOU,28 nov 2006, Seção I,pg169 [Internet]. 2006 [acesso 24 de maio de 2017]; Disponível em: [https:// sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805](https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805)
82. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM n. 1.995/2012 Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União. 2012;Seção I(170):269–70.
83. Fisher L. Biostatistics – A Methodology for the Health Sciences. Nova Iorque: Wiley–interscience; 1993. 991 p.
84. Altman DG. Practical Statistics for medical research. Londres: Chapman & Hall; 1996. 611 p.
85. Zar J. Bioestatistical analysis. 5o ed. Nova Jersey: Prentice – Hall; 2010. 994 p.
86. Vane MF, Posso IDP. Perception of physicians of Intensive Care Units of the Clinicas Hospital Complex about orthothanasia. Revista Dor. 2011;12(1):39–45.
87. Demo RLL. Sentença judicial em Ação Civi Pública Ministério Publico Federal. Diário Oficial – Poder Judiciário. 2010. p. 1–15.

88. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM n. 1995/2012 [Internet]. Brasília; 2012. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf

89. Moritz RD PF. Avaliação da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em UTI. Rev Bras Ter Intensiva. 2003;15(1):40–4.

90. Felix ZC, Costa SFG da, Alves AMP de M, Andrade CG de, Duarte MCS, Brito FM de. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [acesso 11 de janeiro de 2018];18(9):2733–46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a29.pdf>

91. Stolz, Camila; Gehlen, Géssica; Bonamigo, Elcio Luiz; Bortoluzzi MC. Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. Revista Bioética [Internet]. 2011 [acesso 11 de janeiro de 2018];19(3):833–45. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3615/361533257018.pdf>

92. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabela 2654: Óbitos, ocorridos no ano, por mês de ocorrência, natureza do óbito, sexo, idade, local de ocorrência e lugar de residência do falecido [Internet]. 2016 [acesso 3 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/2654#resultado>

93. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabela 367: Número de óbitos ocorridos e registrados no ano por lugar de residência do(a) falecido(a), local de ocorrência e sexo [Internet]. 2010 [acesso 3 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/367#resultado>

94. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Revista latino-americana de enfermagem = Latin American journal of nursing. [Internet]. Vol. 17, Revista Latino-Americana de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2009 [acesso 5 de agosto de 2017]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2814/281421911003/>

95. Organização Mundial de Saúde [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [acesso 16 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>

96. Academia nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. [acesso 16 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://paliativo.org.br/cfm-cria-novas-areas-de-atuacao-medica/>

97. Enoir C, Trindade P. O preceptor na residência médica em Pediatria The role of the preceptor in medical residencies in Pediatrics. *Jornal de Pediatria* [Internet]. 2000 [acesso 5 de janeiro de 2018];76. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-05-327/port.pdf>

98. Oliveira WIA AR. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2008 [acesso 12 de janeiro de 2018];191 a 198. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5580>

99. Vial P, 1a C, Ibáñez P, 1a L, Umaña A, 2b V, et al. Autoevaluación sobre formación en medicina paliativa en una cohorte de residentes Self assessment about proficiency on palliative care in a cohort of residents. [acesso 11 de janeiro de 2018]; Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n4/art06.pdf>

100. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. Critical care medicine [Internet]. agosto de 1999 [acesso 11 de janeiro de 2018];27(8): 1626–33. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10470775>

GLOSSÁRIO

ad aeternum	para sempre (latim)
caput	parte superior de um artigo de uma lei (latim)
dys	adiar(grego)
eu	boa (grego)
etc.	e outras coisas (locução latina ét cétera)
Hospice	Instituição focada nos cuidados paliativos ao paciente
link	vínculo, elo, ligação entre conteúdos na internet (inglês)
mys	infeliz (grego)
online	conectado a uma rede ou sistema de comunicação (inglês)
sine quae non	indispensável, essencial (latim)
site	sítio eletrônico (inglês)
thanatos	morte (grego)
via crucis	caminho difícil (latim)

APÊNDICE 1

TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Questionário - Anestesiologia

Termo de compromisso

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa abaixo especificada, contribuindo, com suas respostas, para o aprimoramento das condutas dos médicos anesthesiologistas frente a questões acerca da finitude da vida em pacientes terminais, acometidos de enfermidades incuráveis.

Serão convidados a participar desta pesquisa, respondendo ao questionário anexo, todos os médicos anesthesiologistas inscritos na Sociedade Brasileira de Anesthesiologia, sendo que no mínimo serão necessários 150(cento e cinquenta) anesthesiologistas, sendo 30 de cada região do país

A sua valorosa participação será pontual e consistirá na leitura e resposta de um questionário, consistente de 33 (tinta e três) questões, sendo a maioria de múltipla escolha, encaminhado e devolvido via e-mail, que te consumirá cerca de 15 minutos, sendo sua identidade mantida em sigilo e os dados obtidos trabalhados para o fim da pesquisa.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados da(o) voluntária(o) serão identificados com um código, e não com o nome. Apenas os membros da pesquisa terão conhecimento dos dados, assegurando assim sua privacidade.

Você tem liberdade de se recusar a participar da pesquisa sem qualquer prejuízo para você e sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através dos contatos do pesquisador do projeto, Rodney Segura Cavalcante, e-mail rradvogados@yahoo.com.br

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF, inexistindo riscos e desconfortos mensuráveis ou relevantes decorrentes da participação da pesquisa.

Ao participar desta pesquisa "Distanásia e Ortotanásia – Ética e Legalidade na Prática da Anesthesiologia", você não terá nenhum benefício direto. Você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela participação. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações importantes que devem acrescentar elementos relevantes à literatura e aos rumos nacionais às questões de políticas médico-legais, sociais e educacionais, com o trato das questões da finitude da vida/dignidade da pessoa humana, se comprometendo, o pesquisador, a divulgar os resultados obtidos.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa, preenchendo os itens que seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar desta pesquisa. Declaro que me é disponibilizada a íntegra eletrônica deste documento para a impressão deste termo de consentimento e autorizo a realização da pesquisa "Distanásia e Ortotanásia – Ética e Legalidade na Prática da Anesthesiologia", bem como a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Escolha uma das seguintes respostas:

Concordo

Nome (opcional)

Próximo

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Questionário - Anestesiologia

Questionario

* 1 - Idade

Apenas números podem ser usados nesse campo.

* 2 - Gênero

Feminino Masculino

* 3 - Data de Nascimento

Ex.: 01/01/1990

* 4 - Ano de conclusão da Residência em Anestesiologia

Apenas números podem ser usados nesse campo.

* 5 - Estado Civil

Escolha uma das seguintes respostas:

Solteiro(a)
 Casado(a)
 Viuvo(a)
 Divorciado(a)
 Outros:

* 6 - Cidade da atividade profissional

* 6.1 - Estado da atividade profissional

Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, seleciona... ▾

* 6.2 - Região do Brasil da atividade profissional

Escolha uma das seguintes respostas:

Por favor, seleciona... ▾

*** 7 - Grau de Escolaridade**

Escolha a(s) que mais se adequem(m)

- Mestrado
 Doutorado
 Especialização

*** 7.1 - Quais especializações?***** 8 - Raça/Cor**

Escolha uma das seguintes respostas:

- Amarela
 Branca
 Indígena
 Negra
 Parda
 Outros:

*** 9 - Qual sua orientação espiritual/religião/filosofia de vida?**

Escolha uma das seguintes respostas:

- Agnóstica
 Atéia
 Budista
 Católica Apostólica Romana
 Católica Ortodoxa
 Espírita
 Evangélica
 Judaica
 Muçulmana
 Outros:

*** 10 - Entre vida e dignidade da pessoa humana, qual direito você entende mais relevante?**

Escolha uma das seguintes respostas:

- Vida
 Dignidade

* 11 - Você sabe a diferença entre eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido?

Escolha uma das seguintes respostas:

- Sim
- Não

* 11.1 - Se a resposta foi "Sim" para a pergunta 11, como você adquiriu conhecimento sobre esse tema?

Escolha uma das seguintes respostas:

- Antes da graduação em medicina
- Aula teórica durante a graduação de medicina
- Observando exemplos profissionais
- Aula teórica durante especialização
- Aula teórica durante doutorado
- Aula teórica durante mestrado
- Fora dos meios acadêmicos

* 12 - Entre as práticas de ortotanásia e distanásia, qual você gostaria que fosse praticada no evento de um diagnóstico sem possibilidade de cura e proximamente à morte de um ente querido?

Escolha uma das seguintes respostas:

- Distanásia
- Ortotanásia
- Ambas
- Nenhuma

* 12.1 - Justifique a resposta anterior (marque quantas alternativas forem necessárias)

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

- Priorizo o conforto dele
- Quero abreviar a vida dele
- Porque é crime outra prática
- Porque é eticamente correto
- Questões de fé
- Porque é mais barato
- Outros:

* 13 - Onde você gostaria que seu ente querido estivesse no instante da ocorrência do óbito?

Escolha uma das seguintes respostas:

- Na UTI
- Em um hospital
- No local onde ele residia
- Na sua casa
- Outros:

* 14 - Se você pudesse escolher, qual seria o local ideal para a ocorrência do óbito de um paciente portador de uma enfermidade fora de possibilidade de cura?

Escolha uma das seguintes respostas:

- UTI
- Enfermaria Hospitalar
- Residência do Paciente
- Centro Cirúrgico/SRA
- Outros:

* 15 - Onde você gostaria de estar no momento de sua morte, se vitimado de uma doença terminal?

Escolha uma das seguintes respostas:

- UTI
- Enfermaria Hospitalar
- Sua Residência
- Centro Cirúrgico/SRA
- Outros:

* 16 - Entre as práticas de ortotanásia e distanásia, qual você gostaria que fosse praticada no evento de um diagnóstico sem possibilidade de cura e proximo à morte de um paciente?

Escolha uma das seguintes respostas:

- Distanásia
- Ortotanásia
- Ambas
- Nenhuma
- Outros:

* 16.1 - Justifique a resposta anterior (marque quantas alternativas necessárias)

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

- priorizo o conforto dele
- quero abreviar a vida dele
- porque é crime outra prática
- porque é eticamente correto
- questões de fé
- porque é mais barato
- porque me é mais fácil
- porque me é mais rentável

* 17 - Quais das práticas (distanásia e ortotanásia) você optaria como conduta se o doente sem prognóstico de cura fosse você?

Escolha uma das seguintes respostas:

- Distanásia
 Ortotanásia
 Outros:

* 17.1 - Justifique a resposta anterior (marque quantas alternativas forem necessárias)

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

- priorizo meu conforto
 quero abreviar minha vida
 é crime outra prática
 é eticamente correto
 questões de fé
 é mais barato
 é mais fácil
 Não quero sofrer
 Outros:

18 - O(a) senhor(a) se julga capaz de diagnosticar se um paciente está acometido de doença incurável e com prognóstico reservado?

- Sim Não

* 19 - Sua religião possui alguma orientação sobre a conduta a ser tomada no caso de pacientes terminais?

- Sim Não

* 19.1 - Se Sim, quais condutas seriam? (marcar as que se aplicam)

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

- preservar a vida a qualquer custo
 respeitar o ciclo normal da vida sem condutas invasivas ineficazes
 respeitar integralmente a autonomia de vontade do enfermo
 Outros:

* 20 - Algum paciente já conversou com você sobre seus desejos de tratamento frente a terminalidade dele?

- Sim Não

* 21 - Diante de um quadro de terminalidade de um paciente seu, você se sentiria à vontade para praticar condutas apenas de conforto?

- Sim Não

* 22 - Na sua prática como anesthesiologista você já se deparou com situação(ões) em que o procedimento cirúrgico não acrescentaria qualidade de vida e resultasse em sofrimento desnecessário ao paciente terminal?

- Sim Não

* 22.1 - Em caso afirmativo à questão 22, esclareça com que frequência este fato ocorre (em porcentagem)?

* 22.2 - Em caso afirmativo à questão 22, esclareça qual foi sua reação/sentimentos a tal realidade?

Quanto aos sentimentos:

Escolha uma das seguintes respostas:

- frustrado
 indignado
 raiva
 conformado
 indiferente
 Outros:

* 22.3 - Em caso afirmativo à questão 22, esclareça qual foi sua reação/sentimentos a tal realidade?

Quanto à reação:

Escolha uma das seguintes respostas:

- discutiu com cirurgião a conduta
 concordou com a conduta
 discordou, mas aderiu a conduta
 se recusou a realizar o procedimento
 Outros:

* 23 - Durante sua formação médico-acadêmica você acredita que o conteúdo de ética/direito te foram satisfatórios?

- Sim Não

* 24 - Durante sua graduação você teve algum treinamento formal específico de como lidar com o paciente no final da vida?

Sim Não

* 24.1 - Caso sim, quais treinamentos?

* 25 - Você conhece o teor da Resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM)?

Sim Não

* 25.1 - Caso responda sim à questão anterior, você acha que a Resolução 1805/2006 do CFM te viabiliza maior segurança para a conduta de procedimento(s) frente a finitude da vida em doenças sem prognóstico de cura?

Sim Não

Enviar

Sair e apagar o questionário