

Ortotanásia: limitação e suspensão de terapias de suporte artificial de vida sob a ótica dos membros do MPF e do MPDFT e de médicos

Roberto D'Oliveira Vieira

Membro do Ministério Público Federal. Mestre em Direito.

João Gabriel Rosa Ramos

Médico. Integrante da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital São Rafael, da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital São Rafael e do Hospital e Clínica de Reabilitação Clínica Florence. Doutor em Medicina.

Fernanda Correa Tourinho

Médica. Integrante da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital São Rafael e do Hospital e Clínica de Reabilitação Clínica Florence e de Terapia Intensiva do Hospital São Rafael.

André Ismael

Membro do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Mestre em Direito.

Diaulas Costa Ribeiro

Desembargador do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Doutor em Direito.

Humberto Jacques de Medeiros

Subprocurador-Geral da República. Doutor em Direito.

Daniel Neves Forte

Médico. Integrante do Programa de Cuidados Paliativos do Hospital Sírio-Libanês. Doutor em Medicina.

Resumo: Decisões a respeito da limitação do tratamento médico antes do óbito apresentam diversas consequências legais. Este artigo analisa pesquisa aplicada a intensivistas, oncologistas e membros do Ministério Público da União, de fevereiro a maio de 2018. Os principais resultados para o propósito deste artigo são a discordância da retirada de ventilação mecânica e a intenção de requisição de investigação criminal para esclarecer o óbito narrado nos casos apresentados na pesquisa.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Limitações do tratamento médico. Ortotanásia.

Abstract: Decisions of limitation of medical treatment before death have several legal concerns. This article analyses a survey to intensivists, oncologists and prosecutors of the Public Prosecution Service, from February 2018 to May 2018. The main outcomes of the survey are the disagreement regarding the withdrawal of mechanical ventilation and the intention to initiate a criminal investigation to clarify the death narrated in the cases presented in the research.

Keywords: Palliative care. Limitations of medical treatment. Orthothanasia.

Sumário: 1 Introdução. 2 Apresentação do tema e do problema. 3 Objetivos. 4 Justificativa. 5 Referencial teórico. 6 Metodologia. 7 Resultado e discussão. 8 Conclusão.

1 Introdução

A ortotanásia desperta discussões em qualquer sociedade que se tenha debruçado sobre o tema. No Brasil, a ortotanásia é auto-

rizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) com base em duas resoluções que extraem fundamento da legislação ordinária e da Constituição Federal. Apesar da autorização normativa, a consolidação da prática encontra barreiras que merecem ser estudadas.

Este artigo analisa pesquisa aplicada a intensivistas, oncologistas e promotores e procuradores da República integrantes do Ministério Público da União referente a quatro casos de ortotanásia e foi elaborado para atender a Resolução n. 1004 do Conselho Administrativo da Escola Superior do Ministério Público da União, de 15 de setembro de 2017. O resultado da pesquisa foi apresentado em outros dois artigos submetidos aos periódicos *Critical Care* e *Journal of Pain and Symptom Management*, motivo pelo qual o presente estudo reproduz parcialmente as conclusões apresentadas nesses dois artigos.

A próxima seção apresenta o tema e o problema da pesquisa. A seção 3 descreve os objetivos, e as seções 4 e 5 apresentam a justificativa e o referencial teórico, respectivamente. A metodologia e a discussão da pesquisa são apresentadas nas seções 6 e 7.

A pesquisa objeto deste artigo foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital São Rafael e financiada pela Escola Superior do Ministério Público da União.

2 Apresentação do tema e do problema

A crescente utilização de terapias de suporte artificial de vida (tais como ventilação mecânica invasiva, hemodiálise, drogas vasoativas etc), que podem prolongar a existência a despeito de alterações graves das funções orgânicas, tem gerado dilemas éticos relacionados ao cuidado de pacientes com doenças graves e avançadas, percebidos como em fase final de vida, ou seja, com perspectiva de óbito em curto espaço de tempo.¹

Nos Estados Unidos da América, estima-se que em torno de um quarto dos pacientes morrem utilizando-se desses tipos de terapias de

1 CURTIS, J. R.; VINCENT, J. L. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The Lancet*, London, v. 376, n. 9749, p. 1347-1353, 2010.

suporte.² No entanto, existe uma percepção global de inadequação de parte desses cuidados,³ visto que muitos desses pacientes têm morte prolongada, sob sofrimento, recebendo terapias invasivas muitas vezes vistas como não benéficas ou não consistentes com os desejos e valores dos pacientes.⁴ Essa percepção tem levado à investigação de alternativas de cuidado mais adequadas para essa população de pacientes.⁵

Quando determinada terapêutica não é considerada como apropriada pela equipe de profissionais de saúde em conjunto com os pacientes e familiares, muitas vezes define-se pela limitação ou suspensão da terapia em questão,⁶ com a transição do cuidado para um objetivo primário de controle de sintomas físicos, psíquicos e sociais. A limitação de suporte artificial de vida é definida como a não introdução, ou limitação do escalonamento, de uma terapia de suporte artificial de vida. Por outro lado, a suspensão de suporte artificial de vida é definida como a retirada de uma terapia de suporte artificial de vida já previamente iniciada.

Apesar de a discussão a respeito do benefício de tratamentos ultrapassar a questão da terapia de suporte artificial de vida em situações agudas com risco de vida imediato, permeando decisões a respeito de condutas preventivas e de tratamentos específicos das doenças de base,

-
- 2 ANGUS DC, Barnato AE; Linde-Zwirble WT, *et al.*: Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Critical Care Medicine*, Philadelphia, v. 32, n. 3, p. 638-643, 2004.
 - 3 PIERS, R. D. *et al.* Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA*, Chicago, v. 306, n. 24, p. 2694-2703, 2011.
 - 4 SCHNEIDERMAN, L. J. *et al.* Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, Chicago, v. 290, n. 9, p. 1166-1172, 2003.
 - 5 STEINHAUSER, K. E. *et al.* Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, Chicago, v. 284, n. 19, p. 2476-2482, 2000.
 - 6 SPRUNG, C. L. *et al.* The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Report: I. Differences between withholding and withdrawing life-sustaining treatments. *J Crit Care*, Amsterdam, v. 29, n. 6, p. 890-895, 2014.

provavelmente em nenhuma outra situação clínica o dilema associado à decisão de instituição, ou não, da terapêutica seja tão intenso.⁷

A decisão de limitação ou retirada de suporte artificial de vida frequentemente precede o óbito de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI).⁸⁻⁹⁻¹⁰ Por sua vez, existe uma considerável variabilidade nas práticas associadas aos cuidados de fim de vida de pacientes em uso de suporte artificial de vida¹¹ e estima-se que parte dessa variabilidade se deva a diferenças de percepção ético-legais a respeito dessas práticas.¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵

A Constituição Federal de 1988 e o Código Penal não tratam diretamente da matéria. O Conselho Federal de Medicina (CFM) aborda o assunto em duas resoluções e no Código de Ética Médica. A Resolução CFM n. 1.805/2006 permite ao médico limitar ou suspender “procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”. A

7 CURTIS; VINCENT, 2010.

8 FERRAND, E. R. *et al.* Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *The Lancet*, London, v. 357, n. 9249, p. 9-14, 2001.

9 COOK, D. *et al.* Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 349, n. 12, p. 1123-1132, 2003.

10 MAYR, V. D. *et al.* Causes of death and determinants of outcome in critically ill patients. *Crit Care*, Amsterdam, v. 10, n. 6, p. R154, 2006.

11 MARK, N. *et al.* Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med*, Brussels, v. 41, n. 9, p. 1572-1585, 2015.

12 MEISEL, A. *et al.* Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities and grains of truth. *JAMA*, Chicago, v. 284, n. 19, p. 1495-2501, 2000.

13 CERMINARA, K. L. The law and its interaction with medical ethics in end-of-life decision making. *Chest*, Illinois, v. 140, n. 3, p. 775-780, 2011.

14 SPRUNG *et al.*, 2014.

15 MARK *et al.*, 2015.

previsão foi reforçada pela Resolução CFM n. 1.995/2012, possibilitando que o paciente expresse diretivas antecipadas de vontade com o fim de predefinir cuidados e tratamentos a que queira ou não se submeter quando estiver incapacitado de expressar-se. Por fim, o Código de Ética Médica foi atualizado em 2009 para inserir no capítulo V, art. 41, parágrafo único, 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.

A versão anterior do Código de Ética não abordava o tema.

A mera descrição de tais textos legais não permite compreender a complexidade da discussão que ainda existe no meio jurídico a respeito da possibilidade da ortotanásia no País. No âmbito cível, ao menos duas iniciativas foram tomadas pelo MPF por meio das Ações Cíveis Públicas tombadas sob os n. 2007.34.00.014809-3 e 1039-86.2013.4.01.3500, ambas com os pedidos julgados improcedentes.

A despeito do julgamento definitivo da lide coletiva, a atuação de cada membro do Ministério Público e do Poder Judiciário pode reforçar ou inibir a aplicação do ato infralegal pelos responsáveis pela ortotanásia. No caso individual, a conduta do representante legal do paciente e do médico pode subsidiar investigação penal por homicídio (art. 121 combinado com art. 13, § 2º, ambos do Código Penal). Os efeitos danosos de qualquer investigação criminal e a insegurança jurídica gerada pelo entendimento contrário à aplicação da ortotanásia são fatores reconhecidamente inibidores da eficácia da norma.

A restrição poderá ser refletida também no aspecto cível. O julgamento da Apelação Cível n. 70054988266 pela 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul é exemplar de como o entendimento acerca da matéria ainda não está consolidado na carreira do Ministério Público.¹⁶ No caso julgado, o Ministério Público

16 BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. ApCiv n. 70054988266. 1ª Câmara Cível. J. em 20.11.2013.

do Rio Grande do Sul ingressou com pedido de alvará judicial para suprimento de vontade de idoso com processo de necrose no pé esquerdo e risco de morte em razão do avançado processo infeccioso. Apoiando-se na circunstância de o paciente ter apresentado testamento vital, o tribunal afastou a pretensão ministerial sob o argumento de que o paciente tem a opção de recusar-se ao tratamento, ainda que tal opção ofereça risco a sua vida.

Diante de tais considerações, a pesquisa visou responder ao seguinte problema: as resoluções do CFM e a permissão de ortotanásia são, de fato, compreendidas pelos profissionais vinculados ao tema? Os procuradores da República, os promotores de Justiça e os médicos conseguem identificar as situações típicas de ortotanásia e adequá-las às resoluções que tratam do tema? De modo a responder satisfatoriamente ao questionamento, o trabalho apresentou quatro casos típicos de ortotanásia e os submeteu a membros do MPF e do MPDFT e a médicos, permitindo visualizar o grau de eficácia da norma entre esses profissionais.

3 Objetivos

A pesquisa teve como objetivo avaliar a concepção de membros do MPF e do MPDFT e de médicos a respeito da prática da ortotanásia, avaliando a existência de percepção de diferenças éticas e jurídicas entre a limitação e a suspensão de tratamentos, tanto em situações de tratamentos específicos para a doença de base quanto em situações de terapia de suporte artificial de vida. Pretende-se, assim, verificar entre as duas categorias profissionais a assimilação da prática da ortotanásia e identificar os motivos éticos e jurídicos levantados para a recusa em cada caso.

O projeto possuiu outros dois objetivos secundários. Primeiro, buscou-se avaliar o grau de exposição e de conhecimento dos membros do MPF, do MPDFT e de médicos a respeito de conceitos relativos ao tema de bioética e fim de vida. A experiência de cada entrevistado e o campo de atuação – atuação exclusiva em demandas de saúde, por exemplo – influenciam sobremaneira a percepção a respeito da ortotanásia. Segundo,

o estudo pretendeu identificar eventual diferença de percepção entre a limitação e a suspensão de tratamento, de acordo com a concepção individual de cada entrevistado, permitindo aferir objetivamente se a fase de incidência da ortotanásia – isto é, limitação ou suspensão de certo tratamento – é determinante para a adesão da população pesquisada.

4 Justificativa

Dentro do conceito da ortotanásia, os cuidados prestados aos pacientes em fase final de vida podem incluir a limitação ou a suspensão de determinadas terapêuticas. Entretanto, argumentos morais, éticos ou jurídicos podem surgir como barreiras para os profissionais de saúde e operadores do direito que lidam com essas situações em sua prática.

A justificativa da pesquisa foi de ordem prática e teórica. Buscou-se aferir a adequada eficácia das resoluções do CFM e da autorização do ordenamento para a prática da ortotanásia entre os profissionais que são potencialmente mais vinculados à temática e que, ao mesmo tempo, são indutores de comportamento, podendo reprimir ou estimular a consolidação de tal prática médica na sociedade.

Realizado o devido corte metodológico, a justificativa da pesquisa repousa sob a necessidade de verificar a efetiva aceitação da autorização da ortotanásia na sociedade brasileira, representada na pesquisa por operadores do direito e profissionais de saúde, e aferir as diferentes percepções ético-legais que potencialmente impeçam a sua utilização pelos profissionais entrevistados.¹⁷

5 Referencial teórico

A Bioética é um ramo autônomo do Direito que tem por objeto específico de estudo os limites e os rumos eticamente aceitáveis das

¹⁷ MEISEL, *et al.*, 2000; CERMINARA, 2011; SPRUNG *et al.*, 2014; MARK *et al.*, 2015.

ciências biomédicas.¹⁸ Segundo Adoni, o termo corresponde a um neologismo, “traduzindo o sentido de expressar a ‘ética da vida’, ou o modo de ser da vida”.¹⁹

Tendo como alicerces iniciais os trabalhos de Van Rensselaer Potter e de Beachamp e Childress, a Bioética desenvolve-se ao redor de quatro princípios: a não maleficência, a beneficência, a justiça e a autonomia.²⁰

O princípio da beneficência tem como finalidade ampliar os benefícios de determinado ato através da pesquisa ou da atividade médica, impondo que os profissionais de saúde devam atuar no sentido de não causarem dano e maximizarem os benefícios.²¹ Como desdobramento do princípio da beneficência, o princípio da não maleficência orienta o dever de não acarretar danos ao paciente.²² O princípio da justiça, por sua vez, ampara-se na distribuição igualitária e não discriminatória de pesquisas e de práticas médicas.

De importância mais destacada para o projeto de pesquisa, o princípio da autonomia reconhece que cada pessoa deve ser capaz de agir conforme sua própria determinação. Nas palavras de Muñoz e Fortes, a autonomia “significa autogoverno, autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais”.²³ Trata-se de conceito

18 GARRAFA, Volnei. Bioética: os limites da manipulação da vida. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v. 17, jan./mar. 1997. p. 169.

19 ADONI, André Luis. Bioética e biodireito: aspectos gerais sobre a eutanásia e o direito à morte digna. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 818, dez. 2003. p. 397.

20 COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. Apresentando a bioética. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 15.

21 SANTORO, Luciano de Freitas. *Morte digna: o direito do paciente terminal*. Curitiba: Juruá, 2010. p. 103.

22 SANTORO, 2010, p. 104.

23 MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira;

que reflete o princípio da dignidade da pessoa humana, na medida em que reconhece o ser humano como um fim em si mesmo.²⁴

O princípio da autonomia relaciona-se diretamente com o direito de morrer dignamente, situação que abarca questões atinentes à eutanásia, à distanásia e à ortotanásia e que devem ser bem diferenciadas para a delimitação do referencial teórico do projeto.

A eutanásia relaciona-se com a antecipação da morte através da provocação de evento que acarretará o óbito do paciente, ainda que ele padeça de outra enfermidade que seria capaz de levá-lo ao mesmo desfecho em outra circunstância de tempo. A distanásia é o prolongamento artificial da vida mediante a neutralização do processo de falecimento através da obstinação terapêutica, mesmo que se possa antever a inutilidade da intervenção médica.

Lembra Leonard M. Martin que a eutanásia e distanásia são conceitos próximos, mas distintos:²⁵

A eutanásia e a distanásia, como procedimentos médicos, têm em comum a preocupação com a morte do ser humano e a maneira mais adequada de lidar com isso. Enquanto a eutanásia se preocupa prioritariamente com a qualidade da vida humana na sua fase final – eliminando o sofrimento –, a distanásia se dedica a prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo.

A ortotanásia, por sua vez, é a rejeição de serviços médicos ou a sua interrupção em razão da inaptidão da medicina para oferecer soluções terapêuticas. Sob a ótica do paciente, esses tratamentos impactam severamente sua qualidade de vida, sem representar

OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 57.

24 MUÑOZ; FORTES, 1998, p. 58.

25 MARTIN, M. Leonard. Eutanásia e distanásia. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 173.

a cura da enfermidade que o aflige. Segundo Hildeliza Cabral,²⁶ a expressão foi cunhada por Jacques Roskam em 1950 a partir dos termos gregos *ortho* e *thanatos* e divulgada no Congresso de Gerontologia na Bélgica. O ponto principal é o reconhecimento da autonomia do paciente em escolher as opções de tratamento, inclusive o não tratamento. Afirma a autora:

Nesse contexto, a Ortotanásia surge como uma preocupação interdisciplinar, do Direito e da Medicina, ambas as ciências direcionadas ao cumprimento da proteção à pessoa e sua dignidade, axioma que passa a valorizar mais a vontade da pessoa enferma, a cuidar da fase final da vida de forma mais humanizada e efetiva, promovendo uma morte digna através da Ortotanásia, “no tempo certo”, sem antecipar, nem postergar o momento final da existência humana.²⁷

Leonard M. Martin reforça que a ortotanásia é a arte de bem morrer, permitindo ao paciente identificar que “a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida”.²⁸ Afirma Ronald Dworkin:

A morte domina porque não é apenas o começo do nada, mas o fim de tudo, e o modo como pensamos e falamos sobre a morte – a ênfase que colocamos no “morrer com dignidade” – mostra como é importante que a vida termine *apropriadamente*, que a morte seja um reflexo do modo como desejamos ter vivido. (Grifo no original).²⁹

No ordenamento brasileiro, a ortotanásia é expressamente admitida por duas resoluções do Conselho Federal de Medicina. A primeira, a Resolução CFM n. 1.805/2006, permite “ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que

26 CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. Considerações iniciais. In: CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat (org.). *Ortotanásia: bioética, biodireito, medicina e direitos de personalidade*. Belo Horizonte: Del Rey, 2016.

27 CABRAL, 2016, p. 2.

28 MARTIN, 1998, p. 190.

29 DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p. 280.

prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável” (art. 1º).

A segunda é a Resolução CFM n. 1995/2012, que prevê a possibilidade de emissão de diretivas antecipadas de vontade pelo paciente ou seu responsável. Autoriza o art. 1º da resolução que o paciente informe o desejo de receber ou não determinado tratamento. As normas são imbricadas com os arts. 22, 26 e 31 do Código de Ética Médica, que reconhecem ao paciente o direito à informação e o direito a decidir livremente sobre práticas terapêuticas.

Emerge de tal quadro questão central relativa aos profissionais envolvidos na ortotanásia. Aponta Leandro Bastos Machado que o receio dos médicos “vem da possibilidade de serem acusados, no que tange à prática da ortotanásia, podendo ser classificada como homicídio doloso ou culposo”.³⁰ A instabilidade do tema leva a que os profissionais não apliquem a ortotanásia de modo livre e espontâneo,³¹ apresentando prejuízo ao direito de escolha do paciente. Entender a motivação dos profissionais envolvidos – médicos, juízes, promotores e procuradores da República – é o objetivo desta pesquisa, que tem como marco teórico os autores acima indicados.

6 Metodologia

Foi adotado como método de pesquisa o empírico-indutivo, partindo-se de casos particulares para se chegar a uma generalização. A técnica de coleta se baseou na utilização de questionários eletrônicos a serem respondidos pelos participantes da pesquisa (população do estudo).

O estudo foi feito no Brasil por meio de questionários virtuais aplicados na AMIBnet e na rede oficial de *e-mail* do MPU,

30 MACHADO, Leandro Bastos. Importância dos estudos sobre a ortotanásia e reflexos na academia e na sociedade. In: CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat (org.). *Ortotanásia: bioética, biodireito, medicina e direitos de personalidade*. Belo Horizonte: Del Rey, 2016.

31 MACHADO, 2016, p. 8.

utilizando-se dos *softwares* de ferramentas de pesquisa *online* SurveyMonkey® (<https://pt.surveymonkey.com/home/>, acessado em 5 de agosto de 2016).

O questionário foi dividido em perguntas a respeito de condições de trabalho e exposição a cuidados paliativos e bioética. A pesquisa também descreveu quatro casos envolvendo a manutenção ou a retirada de terapias, sobre os quais os candidatos eram convidados a responder se concordavam ou discordavam da solução encontrada, expressando sua resposta numa escala de 0 a 10.

Todos os casos descreveram um idoso diagnosticado com metástase de câncer de pulmão. Também foi descrito que os médicos do paciente acreditavam que a condição clínica do paciente era irreversível.

O caso 1 descreveu uma situação de limitação de tratamento de câncer em que o paciente e seu médico discutem a evolução da doença e, respeitando os valores e os desejos do paciente, os dois concordam em não prosseguir na quimioterapia. O paciente falece algumas semanas mais tarde sob a atenção de cuidados paliativos.

O caso 2 descreveu uma situação de limitação de intervenção de ventilação mecânica, com a aquiescência do representante legal, em que o paciente e seu médico não têm a oportunidade de definir critérios para cuidados paliativos. É indicado que o paciente, com problemas respiratórios, se dirija a emergência de hospital, sendo então admitido na UTI. Os problemas respiratórios são consequência da evolução do câncer, e oncologistas e intensivistas concordam que a condição clínica é terminal e irreversível. Em razão da inconsciência do paciente, os médicos e seu representante legal definem que os cuidados devem seguir o objetivo de aliviar a dor do paciente, o que levou a que ele não fosse intubado. O paciente falece algumas horas mais tarde.

O caso 3 descreveu uma situação de retirada de ventilação mecânica, com a manifestação expressa do paciente. O paciente e seu médico não têm a oportunidade de definir critérios para cuidados paliativos. É indicado que o paciente, com problemas respiratórios, se dirija a emergência de hospital, sendo admitido na UTI,

onde é sedado e intubado. Em razão da inconsciência do paciente, os médicos e seu representante legal definem que os cuidados deveriam seguir o objetivo de aliviar os sintomas da doença, o que levou a que o paciente fosse extubado, morrendo algumas horas mais tarde.

O caso 4 descreveu uma situação de retirada de ventilação mecânica sem o consentimento do paciente. O paciente e seu médico não têm a oportunidade de definir critérios para cuidados paliativos. É indicado que o paciente, com problemas respiratórios, se dirija a emergência de hospital, sendo admitido na UTI, onde é sedado e intubado. Os problemas respiratórios são consequência da evolução do câncer, e oncologistas e intensivistas concordam que a condição clínica é terminal e irreversível. Os médicos, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, definem que os cuidados devem seguir o objetivo de aliviar a dor do paciente, o que leva a que ele fosse extubado. O paciente faleceu algumas horas mais tarde.

7 Resultado e discussão

Nesse período de estudo, 773 participantes acessaram a pesquisa *online* e 748 (96,8%) responderam ao menos uma questão. Nesse grupo de 748 participantes havia 522 (69,8%) intensivistas, 106 (14,2%) oncologistas e 120 (16%) promotores e procuradores.

A maioria dos participantes (98,7%) concordou parcial ou totalmente com a condução do caso 1, enquanto que 95,7% e 84,8% concordaram com a dos casos 2 e 3, respectivamente. A maioria (78,4%) discordou da condução do caso 4.

Promotores e procuradores se mostraram menos dispostos a concordar com a condução dos casos 1 e 2 quando comparados com intensivistas e oncologistas. Para o caso 1, 95,7% dos promotores e procuradores concordaram com o consentimento do paciente, em comparação com o percentual de 99,2% e 100% dos intensivistas e oncologistas, respectivamente. Para o caso 2, 82,4% dos promotores e procuradores concordaram com a condução do tratamento, em comparação com 98,3% e 97,9% dos intensivistas e oncologistas. Para

o caso 3, não existiu diferença significativa entre a manifestação de promotores e procuradores, intensivistas e oncologistas.

Para o caso 4, a maioria dos participantes discordou totalmente ou parcialmente da condução do tratamento. Promotores e procuradores se mostraram mais dispostos a concordar com a condução do caso (24,4%), quando comparados com intensivistas (16,8%) e oncologistas (7,5%).

A maioria dos participantes não encontrou elementos que justificassem a instauração de investigação nos casos 1, 2 e 3 (Tabela 2). No entanto, promotores e procuradores se mostraram mais dispostos a concordar com algum nível de investigação nos casos 1 e 2. No caso 4, a maioria dos participantes concorda com algum nível de investigação. Mais uma vez os promotores e procuradores integraram o grupo mais disposto a esse comportamento.

A pesquisa encontrou diferença relevante na percepção dos entrevistados quando a ortotanásia correspondia à limitação do tratamento do câncer (caso 1) com a limitação da ventilação mecânica (caso 2). O caso 1 recebeu um maior número de aprovação (98,8%) do que o caso 2 (95,7%), conforme Figura 1A. No grupo dos promotores e procuradores, a diferença ficou mais acentuada, com a aprovação de 95,7% e 82,5% em cada caso. Para os médicos, os dois casos não apresentaram distinção. Dos intensivistas, 99,2% e 98,4% concordaram com os casos 1 e 2, respectivamente, enquanto que 100% dos oncologistas concordaram com o caso 1 e 97,9%, com o caso 2.

Diferença relevante apareceu também na percepção dos entrevistados quando a ortotanásia correspondia à limitação da ventilação mecânica (caso 2) e à retirada da ventilação mecânica (caso 3) (Figura 1B). A limitação da ventilação mecânica recebeu mais aderentes (95,7%) do que a retirada da ventilação mecânica (84,8%).

Apresentados os principais resultados da pesquisa, cumpre destacar aspectos de interesse para o público imediato da Escola Superior do Ministério Público da União. A aplicação do ques-

tionário demonstrou a necessidade de diálogo entre os médicos e os membros do Ministério Público da União para buscar uma fiel aplicação da norma infralegal e evitar a influência de desvio de interpretação das situações submetidas aos profissionais do Direito.

Um dos primeiros pontos de destaque do resultado da pesquisa é a diferença de adesão dos membros do MPU ao resultado nos casos 1 e 2 em comparação com o percentual de intensivistas e oncologistas que concordam com a resolução dos casos. A menor disposição para a aquiescência pelos membros do MPU sugere que a proximidade com o tema pode influenciar a avaliação subjetiva do profissional, constatação que é reforçada pelo fato de que apenas 25% dos entrevistados disseram ter algum nível de experiência profissional com o tema (Tabela 1). Outro ponto de destaque é a mudança de comportamento do participante da pesquisa quando confrontado com uma situação de ortotanásia praticada sem o consentimento expresso do paciente ou do seu representante legal. Enquanto que os casos com o consentimento apresentaram a aprovação de mais de 80% dos participantes, a exclusão da autorização levou à desaprovção do procedimento pela maioria dos grupos pesquisados (caso 4). A mudança de comportamento não encontra amparo na norma infralegal, pois o art. 2º, § 5º, da Resolução CFM n. 1.995/2012 prevê expressamente a possibilidade de ortotanásia por decisão médica, prescindindo, portanto, de autorização formal do paciente ou do seu representante legal. A pesquisa também captou a percepção dos entrevistados a respeito da instauração de investigação criminal. A despeito de a maioria dos promotores e procuradores declarar a ausência de justa causa para a investigação, o percentual relevante de 10% reconheceu que o óbito do paciente mereceria ser esclarecido através de apuração criminal formal. O perfil de resposta pode ser justificado pela necessidade de mais esclarecimentos para detalhes do caso, não havendo necessariamente inclinação prévia para o reconhecimento da tipicidade formal do crime de homicídio ou de omissão de socorro. A despeito da limitação da narrativa, o percentual de 10% pode ter sido influenciado pelo reconhecimento de que apenas um quarto de promotores e procuradores tiveram algum nível de experiência profissional com pacientes terminais, o

que indica que a inserção da ortotanásia pode auxiliar a aprimorar a atividade fim de promotores e procuradores da República.

A pesquisa sugere um amplo espaço para que a Escola Superior do Ministério Público da União desenvolva atividades didáticas destinadas a aproximar do conhecimento e da experiência médica os membros do Ministério Público da União.

8 Conclusão

O artigo propositivo apresentou conclusões específicas de pesquisa aplicada a intensivistas, oncologistas e promotores e procuradores. De relevância para a Escola Superior do Ministério Público da União, a pesquisa encontrou divergência entre o texto legal da Resolução CFM n. 1.995/2012 e a opinião dos membros do MPU quanto à necessidade de autorização do paciente ou de seu representante legal para a prática da ortotanásia e os efeitos penais da previsão normativa da prática médica.

Referências

ADONI, André Luis. Bioética e biodireito: aspectos gerais sobre a eutanásia e o direito à morte digna. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 818, p. 395-423, dez. 2003.

ANGUS DC, Barnato AE; Linde-Zwirble WT, *et al.*: Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Critical Care Medicine*, Philadelphia, v. 32, n. 3, p. 638-643, 2004.

CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat. Considerações iniciais. *In: CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat (org.). Ortotanásia: bioética, biodireito, medicina e direitos de personalidade*. Belo Horizonte: Del Rey, 2016.

CERMINARA, K. L. The law and its interaction with medical ethics in end-of-life decision making. *Chest*, Illinois, v. 140, n. 3, p. 775-780, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Resolução CFM n. 2.217/2018. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.805, de 9 de novembro de 2006. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília, DF, p. 169, 28 nov. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília, DF, p. 269-270, 31 ago. 2012.

COOK, D. *et al.* Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 349, n. 12, p. 1123-1132, 2003.

COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. Apresentando a bioética. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

CURTIS, J. R.; VINCENT, J. L. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The Lancet*, London, v. 376, n. 9749, p. 1347-1353, 2010.

DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

FERRAND, E. R. *et al.* Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *The Lancet*, London, v. 357, n. 9249, p. 9-14, 2001.

GARRAFA, Volnei. Bioética: os limites da manipulação da vida. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v. 17, p. 167-171, jan./mar. 1997.

MACHADO, Leandro Bastos. Importância dos estudos sobre a ortotanásia e reflexos na academia e na sociedade. *In: CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat (org.). Ortotanásia: bioética, biodireito, medicina e direitos de personalidade*. Belo Horizonte: Del Rey, 2016.

MARK, N. *et al.* Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med*, Brussels, v. 41, n. 9, p. 1572-1585, 2015.

MARTIN, M. Leonard. Eutanásia e distanásia. *In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 171-193.

MAYR, V. D. *et al.* Causes of death and determinants of outcome in critically ill patients. *Crit Care*, Amsterdam, v. 10, n. 6, p. R154, 2006.

MEISEL, A. *et al.* Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities and grains of truth. *Jama*, Chicago, v. 284, n. 19, p. 1495-2501, 2000.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. *In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA,*

Volnei. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-71.

PIERS, R. D. *et al.* Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *Jama*, Chicago, v. 306, n. 24, p. 2694-2703, 2011.

RIBEIRO, Diaulas Costa. The right to die: the end-of-life stage in Brazil, Argentina and Colombia. *RVMD*, Brasília, 2015, p. 1-20.

SANTORO, Luciano de Freitas. *Morte digna: o direito do paciente terminal*. Curitiba: Juruá, 2010.

SCHNEIDERMAN, L. J. *et al.* Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *Jama*, Chicago, v. 290, n. 9, p. 1166-1172, 2003.

SPRUNG, C. L. *et al.* The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Report: I. Differences between withholding and withdrawing life-sustaining treatments. *J Crit Care*, Amsterdam, v. 29, n. 6, p. 890-895, 2014.

STEINHAUSER, K. E. *et al.* Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Jama*, Chicago, v. 284, n. 19, p. 2476-2482, 2000.

Anexos

Table 1. Characteristics of the respondents

Characteristic	ICU (N=522)	Onco (N=106)	MPU (N=120)	P
Male gender, N(%)	274 (54.8)	48 (46.6)	85 (72)	<0.001
Age (years), median (IQR)	41 (35-48)	38 (34-42)	41 (35-47.5)	0.048
Believes in God, N(%)	405 (81)	87 (84.5)	84 (71.2)	<0.001
Years from university graduation, median (IQR)	15 (10-24)	13.5 (9-18.5)	18 (12-24.5)	0.011
Post graduated (MSc or PhD), N(%)	132 (25.4)	31 (29.5)	43 (35.8)	0.064
Personal experience with terminally ill patients, N(%)	445 (85.4)	82 (77.4)	86 (71.7)	0.001
Professional experience with terminally ill patients, N(%)	514 (98.8)	106 (100)	30 (25)	<0.001
Participated in bioethics or medical law courses, N(%)	349 (66.9)	72 (67.9)	35 (29.2)	<0.001
Participated in end-of-life or palliative care courses, N(%)	416 (79.8)	90 (84.9)	13 (10.8)	<0.001
Has read papers or books on bioethics in the last six months, N(%)	365 (70.1)	60 (56.6)	31 (25.8)	<0.001

ICU: intensivists; Onco: oncologists; MPU: MPU prosecutors.

Fonte: Tabela elaborada pelos autores com o resultado compilado da pesquisa.

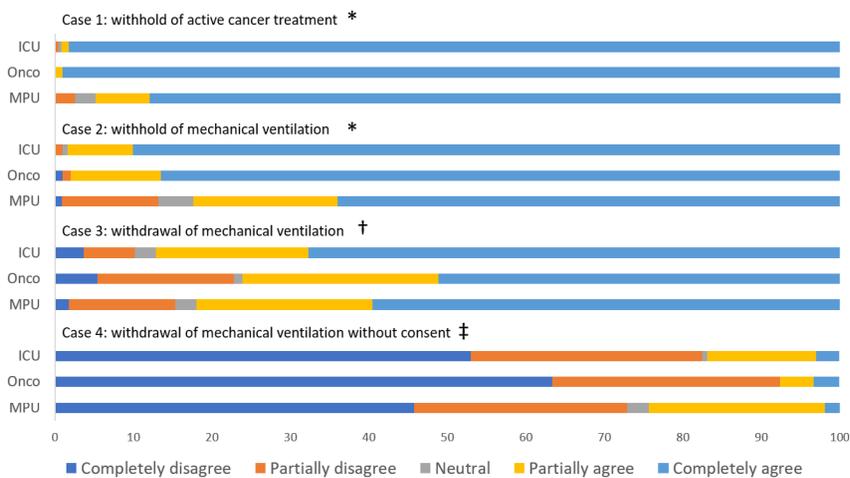
Table 2. Perception of legal risk (ground for criminal investigation) and difficulty in answering each case vignette, stratified by groups of respondents

	ICU (N=522)	Onco (N=106)	MPU (N=120)	P
Case 1: withhold of cancer treatment with consent				
There is ground for criminal investigation in this case, N(%)	0 (0)	0 (0)	2 (1.8)	0.005
Difficulty (1-5) in answering the case vignette, median (IQR)	1 (1-2)	1 (1-2)	2 (1-2)	<0.001
Case 2: withhold of mechanical ventilation with consent				
There is ground for criminal investigation in this case, N(%)	3 (0.6)	0 (0)	13 (11.5)	<0.001
Difficulty (1-5) in answering the case vignette, median (IQR)	1 (1-2)	1 (1-2)	2 (2-3)	<0.001
Case 3: withdrawal of mechanical ventilation with consent				
There is ground for criminal investigation in this case, N(%)	43 (8.8)	11 (11.8)	15 (13.5)	0.26
Difficulty (1-5) in answering the case vignette, median (IQR)	2 (1-3)	2 (2-4)	3 (2-4)	<0.001
Case 4: withdrawal of mechanical ventilation without consent				
There is ground for criminal investigation in this case, N(%)	237 (49.4)	48 (51.6)	72 (67.3)	0.004
Difficulty (1-5) in answering the case vignette, median (IQR)	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	0.035

ICU: intensivists; Onco: oncologists; MPU: MPU prosecutors.

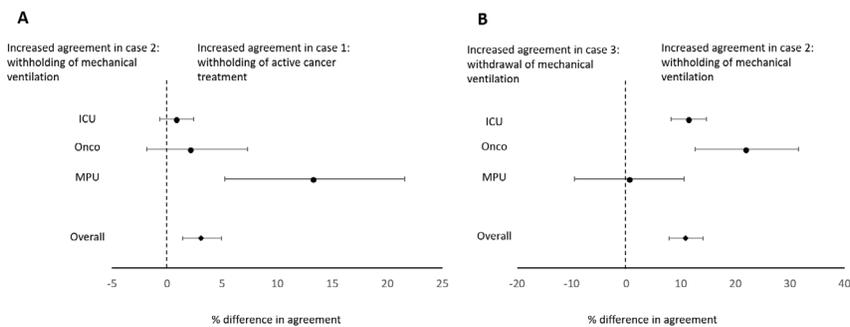
Fonte: Tabela elaborada pelos autores com o resultado compilado da pesquisa.

Figura 1A



Fonte: Tabela elaborada pelos autores com o resultado compilado da pesquisa.

Figura 1B



Fonte: Tabela elaborada pelos autores com o resultado compilado da pesquisa.