



ESCOLA SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO

ORTOTANASIA: LIMITAÇÃO E SUSPENSÃO DE TERAPIAS DE SUPORTE ARTIFICIAL DE VIDA SOB A ÓTICA DOS MEMBROS DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF) E DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL (MPDFT), JUÍZES FEDERAIS E MÉDICOS

ROBERTO D'OLIVEIRA VIEIRA

2017

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO.....	4
2JUSTIFICATIVA.....	6
3OBJETIVO.....	7
4HIPÓTESES.....	8
5REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
6MÉTODO.....	12
6.1Tipo do estudo.....	12
6.2Local do estudo.....	12
6.3População do estudo.....	12
6.4Desenho do estudo.....	12
6.5Desfechos avaliados.....	12
6.6Análise estatística.....	15
7CRONOGRAMA FÍSICO.....	17
8ESTIMATIVA DE CUSTOS.....	18
9EQUIPE.....	19
10CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS.....	20
10.1Cronograma do estudo.....	20
10.2Considerações éticas.....	20
10.3Plano de publicações.....	20
10.4Financiamento.....	21
11REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
12ANEXO I.....	24

1 INTRODUÇÃO

A crescente utilização de terapias de suporte artificial de vida, que podem sustentar a vida a despeito de alterações graves das funções orgânicas (tais como ventilação mecânica invasiva; hemodiálise; drogas vasoativas etc), tem gerado dilemas éticos relacionados ao cuidado a pacientes com doenças graves e avançadas, percebidos como em fase final de vida, ou seja, com perspectiva de óbito em curto espaço de tempo (CURTIS; VINCENT, 2010).

Nos Estados Unidos da América, estima-se que em torno de um quarto dos pacientes morrem utilizando-se desses tipos de terapias de suporte (ANGUS et al., 2004). No entanto, existe uma percepção global de inadequação de parte desses cuidados (PIERS et al., 2011) em que muitos desses pacientes sofrem de mortes prolongadas, sob sofrimento, recebendo terapias invasivas muitas vezes vistas como não benéficas, ou não consistentes com os desejos e valores dos pacientes (SCHNEIDERMAN et al., 2003). Essa percepção tem levado a investigação de alternativas de cuidado mais adequadas para essa população de pacientes (STEINHAUSER et al., 2000).

Quando determinada terapêutica não é considerada como apropriada pela equipe de profissionais de saúde, em conjunto com os pacientes e familiares, muitas vezes é definido pela limitação ou suspensão da terapia em questão (SPRUNG et al., 2014), 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 da 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, provavelmente em nenhuma outra situação clínica o dilema associado à decisão de instituição, ou não, da terapêutica seja tão intenso (CURTIS; VINCENT, 2010).

A decisão de limitação ou retirada de suporte artificial de vida frequentemente precede o óbito de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI)(FERRAND et al., 2001; COOK et al., 2003; MAYR et al., 2006). No entanto, existe uma considerável variabilidade nas práticas associadas aos cuidados de fim de vida de pacientes em uso de suporte artificial de vida (MARK et al., 2015) e estima-se que parte dessa variabilidade se deva a diferenças de percepção ético-legais a respeito dessas práticas (MEISEL et al., 2000; CERMINARA, 2011; SPRUNG et al., 2014; MARK et al., 2015).

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 1.805/06 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 previsão foi reforçada pela Resolução CFM 1.995/2012, possibilitando que o paciente expresse diretivas antecipadas de vontade para o fim de predefinir cuidados e tratamentos que queira ou não submeter-se quando estiver incapacitado de expressar-se. Por fim, o Código de Ética Médica atualizado em 2009, no capítulo V, artigo 41 (parágrafo único), explicita que “é permitido 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 mera descrição de tais textos legais não permite visualizar a discussão que ainda existe no círculo jurídico a respeito da possibilidade da ortotanásia no país. No âmbito coletivo aos menos duas iniciativas foram tomadas pelo MPF por meio das ações civis públicas tombadas sob o nº 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, todos 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 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 (BRASIL, 2013). No caso julgado, o Ministério Público do Rio Grande do Sul ingressou com pedido de alvará judicial para suprimento de vontade de idoso com processo 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 visa responder ao seguinte problema: as resoluções do CFM e a permissão de ortotanásia são, de fato, compreendidas pelos profissionais vinculados ao tema? Apesar da autorização formal da ortotanásia em nosso ordenamento, os procuradores da República, os promotores de justiça, os juízes federais e os médicos conseguem identificar as situações típicas de ortotanásia e adequá-las às resoluções que tratam do tema? De modo a responder satisfatoriamente o questionamento, o trabalho apresentará quatro casos típicos de ortotanásia e os submeterá aos membros do MPF e MPDFT, juízes e médicos, permitindo visualizar o grau de eficácia da norma entre estes profissionais.

Coloca-se como hipótese que se está diante de um problema de efetivação das normas infralegais. Confirmada a hipótese, vislumbra-se o redirecionamento da atenção dos órgãos envolvidos – Ministério Público Federal, Ministério Público do Distrito Federal e Conselho Federal de Medicina – para a promoção do conhecimento entre os membros de cada carreira e da área médica, evitando-se comportamentos colidentes com o quadro normativo atual ou que conflitem com o exercício de direito legítimo de cada cidadão quando na qualidade de paciente.

2 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 é de ordem prática e teórica. Busca-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 em 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 (MEISEL et al., 2000; CERMINARA, 2011; SPRUNG et al., 2014; MARK et al., 2015).

3 OBJETIVO

Avaliar a percepção de membros do MPF e MPDFT, juízes federais e médicos a respeito da prática da ortotanásia, avaliando a existência de percepção de diferenças éticas e jurídicas entre a limitação e 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 três categorias profissionais a assimilação da prática da ortotanásia e identificar os motivos éticos e jurídicos levantados para a recusa em cada caso.

O projeto possui outros dois objetivos secundários. Primeiro, busca-se avaliar o grau de exposição e conhecimento dos membros do MPF e MPDFT, médicos e juízes 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 pretende identificar eventual diferença de percepção entre a limitação e suspensão de tratamento, segundo a concepção individual de cada entrevistado, permitindo aferir objetivamente se a fase de incidência da ortotanásia – isto é, limitação ou suspensão de determinado tratamento – é determinante para a adesão da população pesquisada.

4 HIPÓTESES

Hipótese nula (H0) = não há diferença de percepção dos membros do MPF e MPDFT, juízes federais e médicos quanto à aplicação da ortotanásia, tanto em situações de tratamentos específicos para a doença de base, quanto em situações de terapia de suporte artificial de vida.

Hipótese alternativa (H1) = membros do MPF e MPDFT, juízes federais e médicos avaliam que existem diferenças éticas e jurídicas entre a limitação e suspensão de tratamentos e entre a realização desses procedimentos em tratamentos específicos para a doença de base ou em situações de terapia de suporte artificial de vida.

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 ciências biomédicas (GARRAFA, 1997, p. 169). Segundo Adoni (2003), o termo corresponde a um neologismo, “traduzindo o sentido de expressar a ‘ética da vida’, ou o modo de ser da vida” (p. 397).

Tendo como alicerces iniciais os trabalhos de Van Renssealer 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 (COSTA, GARRAFA e OSELKA, 1998, p. 15).

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 (SANTORO, 2010, p. 103). Como desdobramento do princípio da beneficência, o princípio da não maleficência orienta o dever de não acarretar danos ao paciente (SANTORO, 2010, p. 104). 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 MUNÓZ 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” (1998, p. 57). Trata-se de conceito que reflete o princípio da dignidade da pessoa humana, à medida que reconhece o ser humano como um fim em si mesmo (MUNÓZ e FORTES, 1998, p. 58).

O princípio da autonomia relaciona-se diretamente com o direito de morrer dignamente, situação que abarca questões atinentes à eutanásia, distanásia, e 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 pode antever a inutilidade da intervenção médica.

Lembra Leonard M. Martin que a eutanásia e distanásia são conceitos próximos, mas distintos (1998, p. 173):

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 é a rejeição de serviços médicos ou a sua interrupção, em razão da inaptidão da medicina para oferecer soluções terapêuticas que, sob a ótica do paciente, impactam severamente sua qualidade de vida sem representar a cura da enfermidade que o aflige. A expressão foi cunhada por Jacques Roskam em 1950 a partir dos termos gregos *ortho* e *thamatus*, e divulgada no Congresso de Gerontologia na Bélgica (CABRAL, 2016). O ponto principal é o reconhecimento da autonomia do paciente em escolher as opções de tratamento, inclusive o não-tratamento. Nas palavras de Hildeliza Cabral (2016, p.2):

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.

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” (1998, p. 190). Nas palavras de Ronald Dworkin (2003, p. 280):

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.

No ordenamento brasileiro, a ortotanásia é expressamente admitida por

duas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM). A primeira, a Resolução CFM nº 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” (art. 1º).

A segunda, é a Resolução CFM nº 1995/2012, que prevê a possibilidade de emissão de diretivas antecipadas de vontade pelo paciente ou seu responsável. Autoriza o artigo 1º da Resolução que o paciente informe o desejo de receber ou não determinado tratamento. As normas são imbricadas com os artigos 46, 56 e 59 do Código de Ética Médica que reconhece 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 prática da ortotanásia, podendo ser classificada como homicídio doloso ou culposo” (2016, p. 6). A instabilidade no tema leva a que os profissionais não apliquem a ortotanásia de modo livre e espontâneo (MACHADO, 2016, p. 8), apresentando prejuízo ao direito de escolha do paciente. Entender a motivação dos profissionais envolvidos – médicos, juízes, promotores e procuradores da República – será o objetivo desta pesquisa, assumindo como marco teórico os autores acima indicados.

6 MÉTODO

6.1 TIPO DO ESTUDO

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

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo se dará no Brasil, através de questionários virtuais, baseados na internet, utilizando-se dos softwares de ferramentas de pesquisa online SurveyMonkey ® (<https://pt.surveymonkey.com/home/>, acessado em 05 de agosto de 2016).

6.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Todos os membros do MPF e do MPDFT serão convidados a participar do estudo. Após, o questionário será aplicado aos juízes federais e médicos. O único critério de exclusão será a não aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido disposto no anexo I.

6.4 DESENHO DO ESTUDO

O questionário será realizado por via eletrônica, utilizando-se do software SurveyMonkey®. O questionário será encaminhado por e-mail aos membros do MPF e MPDFT em três ocasiões diferentes, com intervalo de quinze dias entre cada envio. Após, o mesmo procedimento será aplicado aos juízes federais e médicos.

O questionário consistirá de três questionários específicos:

Questionário 1 tratará de questões sociodemográficas.

Questionário 2 tratará de questões relativas à exposição e conhecimento específico relativo à temática bioética de fim de vida, compreendendo os conceitos de eutanásia, ortotanásia e distanásia.

Questionário 3 apresentará 4 casos clínicos (vinhetas), solicitando a manifestação do respondedor em relação à opinião pessoal relativa à correteza da ação; opinião jurídica a respeito da legalidade da ação e grau de dificuldade de resposta.

Questionário 1

O questionário 1 solicitará a resposta a questões sóciodemográficas, compreendendo:

1. Data de nascimento
2. Sexo
3. Raça autodeclarada
4. Religião
5. Ano de graduação em Direito
6. Ramo do MPU a que integra (MPF ou MPDFT)
7. Ano de ingresso na carreira do MPU
8. Local de atuação no MPU
9. Área principal de atuação no MP

Questionário 2

O questionário 2 solicitará a resposta a questões relativas a exposição e conhecimentos específicos de bioética, compreendendo:

1. Experiência pessoal com parentes ou pessoas próximas com doenças avançadas, em final de vida. (sim/não)
2. Experiência profissional em casos envolvendo pessoas com doenças avançadas, em final de vida. (sim/não)
3. Participação em cursos ou congressos envolvendo o tema direito médico ou

bioética. (sim/não)

4. Participação em cursos ou congressos envolvendo o tema cuidados paliativos ou fim de vida. (sim/não)
5. Leitura de algum livro ou artigo sobre o tema de bioética ou fim de vida, nos últimos seis meses. (sim/não)
6. Grupo de frases com definição de eutanásia, ortotanásia e distanásia para apreciação (verdadeiro ou falso).
7. Perguntas específicas:
 - a. A prática da eutanásia é legal no Brasil? (sim/não)
 - b. A prática da ortotanásia é legal no Brasil? (sim/não)
 - c. A prática da distanásia é legal no Brasil? (sim/não)

Questionário 3

O questionário 3 compreenderá 04 vinhetas (casos clínicos).

Após cada vinheta, será solicitado ao participante que responda três questões:

1. Tomando em conta apenas seus valores éticos e a despeito de qualquer valoração jurídica, você concorda com a conduta realizada?
 - a. Concorda
 - b. Neutro
 - c. Discorda
2. A não realização do tratamento médico justifica a instauração de procedimento criminal para apurar o crime do art. 121 do Código Penal?
 - a. Justifica pois é ilegal.
 - b. Justifica mas não por este tipo penal.
 - c. Não sabe/não quer responder.
 - d. Não justifica, portanto, é legal.
3. Grau de dificuldade em responder às perguntas:
 - a. Muito fácil
 - b. Fácil
 - c. Neutro
 - d. Difícil

e. Muito difícil

Após as quatro vinhetas, os respondedores serão expostos à seguinte pergunta final:

1. Na sua opinião, existe diferença moral entre não iniciar um tratamento ou retirar uma terapia que já foi iniciada?

- a. Caixa de marcação (sim/não)
- b. Campo aberto para justificativa (não obrigatória)

As quatro vinhetas (caso clínicos) apresentados serão os seguintes:

Caso 1 tratará de um paciente com câncer incurável, com baixa probabilidade de sobrevida em 6 meses, com estado funcional ruim. Nesse caso, o oncologista assistente discute com o paciente e familiares a possibilidade de não iniciar quimioterapia, garantindo o tratamento de suporte e controle de sintomas.

Caso 2 tratará de um paciente com câncer incurável, com baixa probabilidade de sobrevida em 6 meses, com estado funcional ruim, que iniciou quimioterapia e os exames evidenciaram progressão da doença, entretanto sem efeitos colaterais graves. Nesse caso, o oncologista assistente discute com o paciente e familiares a possibilidade de suspensão da quimioterapia em uso, garantindo o tratamento de suporte e controle de sintomas.

Caso 3 tratará de um paciente com câncer incurável, com baixa probabilidade de sobrevida em 6 meses, com estado funcional ruim, que interna no hospital para tratamento de um quadro de insuficiência respiratória. Nesse caso, os médicos intensivista e oncologista discutem com o paciente e familiares a possibilidade de não encaminhamento à unidade de terapia intensiva e não instituição de ventilação mecânica invasiva, garantindo o tratamento de suporte e controle de sintomas.

Caso 4 tratará de um paciente com câncer incurável, com baixa probabilidade de sobrevida em 6 meses, com estado funcional ruim, que interna no hospital para tratamento de um quadro de insuficiência respiratória, sendo intubado e colocado em ventilação mecânica invasiva nesse processo. Após 7 dias de ventilação mecânica, não há melhora do quadro. Nesse caso, os médicos intensivista e oncologista discutem com os familiares a possibilidade de retirada da ventilação mecânica invasiva, garantindo o tratamento de suporte e controle

de sintomas.

6.5 DESFECHOS AVALIADOS

O principal desfecho avaliado será a diferença na resposta quanto a concordância entre a conduta realizada e o aspecto legal da conduta nos diferentes casos.

A análise será realizada globalmente (i.e., diferença entre os quatro casos) e em pares (caso 1 x caso 2; caso 1 x caso 3; caso 2 x caso 4 e caso 3 x caso 4).

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos serão armazenados em planilhas de dados do Microsoft Excel 2016™ (Microsoft, Estados Unidos da América) e analisados no SPSS 21.0™ (SPSS Inc., Estados Unidos da América).

Dados contínuos serão descritos como média \pm desvio padrão ou mediana (amplitude interquartil) e serão comparados utilizando teste t ou análise de variância (ANOVA) ou teste U de Mann-Whitney, quando apropriado. Proporções serão analisadas através do teste de chi-quadrado (simples ou linear) ou teste exato de Fisher, quando apropriado.

Regressão logística multivariada será utilizada para controlar para fatores de confusão, relacionados às variáveis demográficas, e testar a associação independente das variáveis selecionadas com os desfechos. Antes da realização da análise multivariada serão estudadas as possíveis interações e correlações entre as variáveis. As variáveis contínuas serão estudadas como variáveis *dummy* categóricas em diferentes estratos previamente à introdução no modelo. Serão escolhidas as variáveis associadas ao desfecho com $p < 0.1$ nas análises univariadas e as variáveis consideradas clinicamente importantes. *Goodness-of-fit* será avaliado pela estatística de Hosmer-Lemeshow. Serão consideradas como estatisticamente significativas análises bicaudais com $p < 0.05$.

8 ESTIMATIVA DE CUSTOS

DESCRIÇÃO	QTDE	VALOR UNITÁRIO R\$	VALOR TOTAL R\$	OBSERVAÇÕES
Passagens e traslados	4	R\$ 605,00	R\$ 2.420,00	Salvador - Brasília
Diárias	0	0	0	
Material de consumo / expediente (<i>descrição</i>)	0	0	0	
Material permanente	0	0	0	
Serviços–Pessoa Física e Pessoa Jurídica	1	R\$ 948,00	R\$ 948,00	
Outras despesas	Publicação em Revista Especializada	R\$ 6.864,00	R\$ 6.864,00	
TOTAL DE DESPESAS	R\$ 10.229,00			

9 EQUIPE

CAT.	NOME	TIT.	LOCAL DE TRABALHO	CARGO	QT. H. DE TRAB.	CUSTO
Orientador de Pesquisa	Humberto Jacques de Medeiros	Doutor	Sim	Subprocurador-Geral da República		
Pesquisador	Diaulas Costa Ribeiro	Doutor	Não	Desembargador do Tribunal de Justiça do Distrito Federal		
Assistente de Pesquisa	Daniel Neves Forte	Doutor	Não	Médico e Professor da Universidade São Paulo		
Assistente de Pesquisa	João Gabriel Rosa Ramos	Especialista	Não	Médico		
Assistente de Pesquisa	Roberto D'Oliveira Vieira	Grad.	Sim	Procurador da República		
Assistente de Pesquisa	André Ismael	Grad.	Sim	Promotor de Justiça		
Assistente de Pesquisa	Fernanda Correia Tourinho	Grad.	Não	Médica		

10 CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

10.1 CRONOGRAMA DO ESTUDO

O estudo tem duração proposta de 14 meses, sendo 01 mês para a validação interna dos questionários, 03 meses para o envio dos e-mails e recuperação dos dados, 06 meses para a coleta de dados e limpeza de banco de dados e 04 meses para análise dos dados e redação dos manuscritos.

10.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo será encaminhado para análise por comitê de ética em pesquisa antes do início da coleta de dados.

Trata-se de estudo observacional, sem intervenção específica, sem a necessidade de realização de qualquer exame ou procedimento adicional associado ao estudo. Não são esperados desconfortos associados ao projeto para os participantes, além do tempo utilizado para responder os questionários e possível ansiedade relacionada ao processo de resposta dos dados.

Os softwares de pesquisa online possuem protocolos de segurança aprimorada (SSL) para garantir a segurança dos dados. Todos os dados coletados serão manejados seguindo as regras de proteção à confidencialidade.

Termo de consentimento livre e esclarecido será apresentado a todos os participantes do estudo (Anexo 1).

Os benefícios esperados devem sobrepor os riscos mínimos associados com o projeto.

10.3 PLANO DE PUBLICAÇÕES

Por se tratar de trabalho transdisciplinar, espera-se que o presente trabalho gere um manuscrito com os resultados da pesquisa empírica, a ser publicado em revista indexada, de alcance internacional, nos temas de direito e medicina, ética médica, ou cuidados paliativos/medicina intensiva (como: Revista da Associação Médica Brasileira; Journal of Medical Ethics; Medical

Humanities; BMC Medical Ethics; BMJ Supportive & Palliative Care; Palliative Medicine; Intensive Care Medicine; Critical Care; Journal of Critical Care).

Espera-se, ainda, que o presente trabalho gere dois manuscritos teóricos com reflexão, à luz do direito brasileiro, referente aos temas de cuidados ao fim de vida e racionamento de tratamentos médicos, a serem publicados em revista indexada nos temas de direito e medicina ou ética médica.

10.4 FINANCIAMENTO

Espera-se os seguintes gastos associados à realização do estudo:

Assinatura anual do SurveyMonkey®, plano GOLD, pois é o único plano que permite lógica de ramificação e randomização de perguntas. Valor = R\$ 948,00.

Custos de viagens Bahia – Brasília, com o objetivo de discussão do andamento dos trabalhos e envio dos e-mails. Expectativa de 4 viagens a R\$ 605,00. Valor total = R\$ 2420,00.

Provisionamento de custo de publicação. No mercado editorial das publicações científicas em saúde, a depender da revista em que o artigo seja aceito para publicação, existe a possibilidade de custos associados à publicação de acesso livre (*open access*), que gira em torno de U\$ 2145,00 (valor BMC Medical Ethics). Valor total atual, considerando câmbio 1U\$=3,2R\$ (provisionamento) = R\$ 6864,00.

Valor total de financiamento:

Custo real = R\$ 3368,00

Custo provisionado = R\$ 6864,00 (previsão de devolução caso não haja necessidade)

Custo total = R\$ 10232,00

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADONI, André Luis. **Bioética e Biodireito: aspectos gerais sobre a eutanásia e o direito à morte digna**. Revista dos Tribunais, vol. 818/2003, dez. 2003, p. 395-423.
- ANGUS, D. C. et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study*. **Critical Care Medicine**, v. 32, n. 3, 2004, p. 638-643.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805/2006.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995/2012.
- BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. ApCiv 70054988266. 1ª Câmara Cível. J. em 20/11/2013.
- CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat. **Considerações Iniciais**. In: CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat (org.) **Ortotanásia: bioética, biodireito, medicina e direitos de personalidade**. 2ª tiragem. Del Rey Editora: Belo Horizonte, 2016.
- CERMINARA, K. L. **The law and its interaction with medical ethics in end-of-life decision making**. **Chest**, v. 140, n. 3, 2011, p. 775-780.
- COOK, D. et al. **Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit**. **N Engl J Med**, v. 349, n. 12, 2003, p. 1123-1132.
- COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. **Apresentação à Bioética**. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. **Iniciação à Bioética**. Conselho Federal de Medicina: Brasília, 1998.
- CURTIS, J. R.; VINCENTE, J.-L. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. **The Lancet**, v. 376, n. 9749, 2010, p. 1347-1353.
- DWORKIN, Ronald. **Domínio da Vida**. 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**, v. 357, n. 9249, 2011, p. 9-14.
- GARRAFA, Volnei. **Bioética: os Limites da Manipulação da Vida**. In: Revista Brasileira de Ciências Criminais, 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, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat (org.) *Ortotanásia: bioética, biodireito, medicina e direitos de personalidade*. 2ª tiragem. Del Rey Editora: Belo Horizonte, 2016.

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

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

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

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

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho. **O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido.** In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. *Iniciação à Bioética*. Conselho Federal de Medicina: Brasília, 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**, v. 306, n. 24, 2011, p. 2694-2703.

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

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

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**, v. 29, n. 6, 2014, p. 890-895.

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

12 ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **“Avaliação da percepção de membros do Ministério Público Federal (MPF) e Ministério Público do Distrito Federal (MPDFT), juízes federais e médicos a respeito da limitação e suspensão de terapias de suporte artificial de vida no Brasil.”**, desenvolvido por João Gabriel Rosa Ramos e Roberto D’Oliveira Vieira.

Trata-se de um estudo observacional com o objetivo de avaliar a percepção dos membros do MPF e MP-DFT, juízes federais e médicos a respeito da limitação e retirada de tratamentos direcionados à doença ativa e terapias de suporte artificial de vida no Brasil. Os resultados desse estudo podem ajudar a informar melhor a prática tanto dos membros do judiciário, quanto profissionais de saúde.

O estudo será realizado através da resposta a um questionário virtual, compreendendo a coleta de dados sociodemográficos e a resposta a questões relacionadas a algumas vinhetas (caso clínicos) apresentados.

Não são esperados riscos à integridade física associados a esse projeto, ou desconforto além do tempo utilizado para a resposta dos questionários e possível ansiedade relacionada ao processo de resposta dos dados. Não há benefícios diretos para o participante. Somente ao final do estudo poderemos concluir a respeito da presença de algum benefício.

A sua participação é totalmente voluntária e não há nenhum ônus associado à participação ou recusa de participação no estudo. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em qualquer etapa do estudo o senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Os investigadores principais são João Gabriel Rosa Ramos e Roberto D’Oliveira Vieira, que podem ser contactados através dos e-mails jgrr25@gmail.com e roberto.ovieira@hotmail.com. Se o senhor(a) tiver alguma

consideração ou dúvida a respeito da ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. É garantido o direito de confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante. Os softwares de pesquisa online possuem protocolos de segurança aprimorada (SSL) para garantir a segurança dos dados. Todos os dados coletados serão manejados seguindo as regras de proteção à confidencialidade.

É reiterado o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Ao continuar a responder os questionários subsequentes, declaro que li e entendi o termo de consentimento livre e esclarecido e que ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.