

## Impacto da Resolução CFM 1.805/06 sobre os médicos que lidam com a morte

Thiago José Querino de Vasconcelos  
Natália Ramos Imamura  
Heloísa Cesar Esteves Cerqueira Villar

**Resumo** A preservação da vida é considerada inerente à atuação médica, que pode aumentar a sobrevivência do paciente com o uso de métodos tecnológicos. Surgem, então, questionamentos acerca dos aspectos éticos do prolongamento da vida, o que fomenta a criação da Resolução CFM 1.805/06. O presente artigo decorre de pesquisa destinada a levantar o perfil dos médicos que atuam nos hospitais da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), bem como apreender suas opiniões sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia, considerando o disposto na citada resolução, além de investigar os impactos desse documento sobre seu cotidiano profissional.

**Palavras-chave:** Eutanásia. Ética médica. Atitude frente à morte. Cuidados paliativos.

**Aprovação CEP Famema nº 166/08**



**Thiago José Querino de Vasconcelos**  
Discente de Medicina da  
Faculdade de Medicina de Marília  
(Famema), Marília, São Paulo,  
Brasil

A publicação da Resolução CFM 1.805/06, por sua vasta repercussão, tem o potencial de provocar significativas repercussões tanto para a classe médica como para a sociedade. Se antes tudo o que se relacionava ao manuseio do processo de morrer era assunto tratado com grande receio, é natural que esta resolução tenha trazido mudanças de atitudes e comportamentos não só por parte dos profissionais que em seu cotidiano lidam com a morte, mas na rotina dos centros que diariamente lidam com pacientes terminais. Reconhecer o seu impacto na classe médica permite prever como em nossa sociedade as pessoas podem esperar ser tratadas nos momentos finais de vida. Afinal, existe a possibilidade de que os momentos terminais de cada um sejam assistidos por profissional que pode (ou não) aceitar e praticar as diretrizes propostas.

Esse contexto de novidade e ambiguidade reforça a importância de conhecer as opiniões, atitudes e práticas dos pro-



**Natália Ramos Imamura**

Enfermeira, formada pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema), especialista em Enfermagem em Cardiologia pelo Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP), enfermeira assistencial na unidade de internação geral do InCor, onde integra o Grupo de Cuidados Paliativos, São Paulo, Brasil



**Heloísa Cesar Esteves Cerqueira Villar**

Médica, formada pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema), doutora em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), docente do Departamento de Medicina Baseada em Evidências da Famema, Marília, São Paulo, Brasil

fissionais que cotidianamente lidam com o processo do morrer, bem como o possível impacto, em seu cotidiano profissional, da Resolução CFM 1.805/06. São justamente essas distintas visões acerca do tema que tornam relevante o assunto, que ressurgem vivamente com o atual Código de Ética Médica (CEM), que tende a tornar-se ainda mais significativo em nossa realidade por meio de novos dispositivos legais que se apresentam à sociedade.

### Contextualização histórica e simbólica

Consta no juramento de Hipócrates: *Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por comprar, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda*<sup>1</sup>.

Desde a época do pai da Medicina, os avanços no cuidado com o indivíduo terminal reforçaram essa concepção ao aumentar a sobrevivência de pacientes considerados terminais. Se no início do século XX o tempo para o advento da morte, após a constatação de doença grave, era de cinco dias, os progressos alcançados no decorrer daquele século possibilitaram que hoje esse intervalo seja dez vezes maior<sup>2</sup>. Diante disso, o discente de medicina é modelado, desde cedo, para encarar a morte como grande adversária, que deverá ser combatida e, se possível, derrotada graças à melhor ciência ou competência disponível<sup>3</sup>. Essa caracterização do profissional médico como aquele que derrota a morte é vista na própria narrativa mitopoética, no mito de Asclépio, o deus grego filho de Apolo que, em seu aprendizado com o centauro Quíron, teria adquirido o poder de tornar à vida os mortos<sup>4</sup>.

O imperativo associado a essa representação do papel médico concorre para que em sua formação o futuro profissional não receba conteúdos pedagógicos para lidar com a terminalidade humana. Segundo Hill<sup>5</sup>, apenas 4% das faculda-

des de Medicina dos Estados Unidos (EUA) se preocupam em transmitir ensinamentos sobre o processo de morte. Desse modo, quando a morte ocorre, a sensação de angústia provocada pela percepção da *derrota* é capaz de minar, em muito, a disposição do profissional; afinal, a morte provoca a sensação de frustração e expõe uma ferida narcísica na prepotência médica <sup>6</sup>.

Têm-se aqui as primeiras problemáticas: os avanços da tecnologia incutidos na medicina permitem que a vida, mesmo em casos terminais, seja arrastada por tempo considerável. Some-se a isso o fato de o médico, em sua formação, receber como dogma ser o cuidador dessa vida, que deve preservar a qualquer custo, evitando seu fim. Como, nesse contexto, encarar a autonomia do doente, se este exprime a vontade de morrer por estar confinado a uma condição dolorosa e irremediável? Até que ponto a pessoa em tal situação tem o direito de intervir, opinar e ser ouvido quando a temática em questão é sua própria morte? Ou, ainda além: até quando é ético prolongar ou abreviar uma vida? Frente a esses questionamentos tornou-se necessário aprofundar o entendimento sobre o processo de morrer e a morte em si. Surge, então, a definição das formas desse processo: eutanásia, distanásia e ortotanásia.

Eutanásia, do grego *euthanasía*, é um neologismo criado em 1623 pelo filósofo Francis Bacon. Na ocasião, tal vocábulo fora usado com o sentido de boa morte. Eutanásia, portanto, é a atitude que proporciona uma morte fácil e sem sofrimento à pessoa que sofre de

doença incurável ou muito sofrida, reduzindo-lhe o sofrimento prolongado e dando-lhe morte rápida ou indolor <sup>7</sup>. É o auxílio médico ativo à morte. Distanásia quer dizer exatamente o contrário: palavra composta pelo prefixo *dis* (sentido de contraposição) e do original grego *thanasía*, significa morte lenta, muito sofrimento. Seria o caso em que o médico faz uso de todos e quaisquer recursos disponíveis para prolongar a vida de um paciente terminal. Esse processo é também chamado de obstinação terapêutica <sup>8</sup>. Termo em ascensão de uso é ortotanásia, morte no momento correto. Seria o encarar da morte no momento adequado, sem prolongamentos ou abreviações. Incorpora ainda as noções de sensibilidade ao processo de humanização da morte e de alívio das dores usuais desse momento <sup>8</sup>.

Faz-se necessário, todavia, aprofundar a definição de eutanásia, contemplando suas diversas classificações, bem como as diferenças básicas em relação à ortotanásia, no que diz respeito ao modo de execução do agente. Na ortotanásia, não se empregam métodos para estender uma vida que naturalmente se findaria, nem mesmo para abreviá-la. A eutanásia, por sua vez, utiliza meios práticos para interromper a vida, quando esta ainda poderia se estender. Nesse aspecto, divide-se em *ativa* e *passiva*. A primeira acontece quando a morte decorre de uma conduta positiva; a segunda, quando obtida por meio de uma postura omissiva <sup>9</sup>. Um erro bastante comum é a confusão entre eutanásia passiva e ortotanásia, também conhecida como conduta médica restritiva. Aquela, assim como sua forma ativa, tem

como finalidade promover a morte e, secundariamente, acabar com o sofrimento. Na ortotanásia o desejo não é matar, mas sim evitar postergar a morte – quando da utilização, muitas vezes, de procedimentos que desonrem a dignidade humana no final da vida <sup>9</sup>.

No intuito de esclarecer a controvérsia a respeito do tema, o CFM publicou a Resolução 1.805/06, definindo que: *Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal* <sup>2</sup>.

A publicação diz ser dever do médico esclarecer ao paciente, ou ao seu representante legal, as modalidades terapêuticas adequadas para o caso em voga, indicando que uma segunda opinião médica é direito reservado e adquirido do doente ou seu representante. Por fim, resolve que o doente continuará a receber todas as medidas para alívio sintomático, a fim de evitar o sofrimento. É assegurado seu conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive com direito à alta hospitalar, caso a deseje.

A Resolução CFM 1.805/06 não foi aceita de modo unânime, setores da sociedade demonstraram desconforto e rejeição. O argumento para rejeitá-la era que extravagâncias médicas poderiam provocar mortes precipitadas. Alvo de críticas, principalmente por setores jurídi-

cos, o documento do CFM foi suspenso por liminar em 2007, fato que aumenta sua importância por indicar a incapacidade de determinados setores da sociedade em lidar com a discussão bioética de assuntos relativos à morte <sup>10</sup>.

Mas o que é necessidade pode se aquietar com o tempo, mas não silenciar para sempre. Em dezembro de 2010, após três anos de embate judicial, foi publicada decisão do juiz da 14<sup>a</sup> Vara Federal do Distrito Federal, revogando a liminar que suspendia a resolução <sup>11</sup> e julgando improcedente a ação civil pública movida pelo Ministério Público Federal contra o Conselho Federal de Medicina. Reconheceu-se que a permissão para a interrupção do tratamento a pedido do doente em estado terminal não fere a Constituição Federal, e assim a resolução tornou a vigor.

Na seara da Justiça civil, foi aprovado pelo Senado Federal o Projeto de Lei 6.715/09, que descriminaliza a prática da ortotanásia <sup>12</sup>. Nesse texto, no âmbito dos cuidados paliativos ao paciente terminal, não configura crime suspender meios desproporcionais e extraordinários, desde que a morte inevitável seja atestada por dois médicos. Aqui também se faz necessário o consentimento expresso do paciente ou, se impossibilitado, de seu representante legal <sup>13</sup>.

Por fim, o novo Código de Ética Médica (CEM) <sup>14</sup>, em vigor a partir de março de 2010, afirma no Capítulo V, art. 41, ser vedado abreviar a vida do paciente, ainda que a seu pedido. Uma repetição do que dizia o código

revogado. Inédito é o parágrafo único que dispõe que nos casos de doença incurável e terminal o médico deve oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, mas sem empreender ações diagnósticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na impossibilidade, a de seu representante legal.

Vê-se então que a ideia ressurgiu e perpetua-se. Com texto redigido de modo cauteloso, a fim de evitar confusões, o CEM traz os mesmos princípios de abdicação da obstinação terapêutica já vistos no texto da polêmica resolução. Em síntese: a diferença da Resolução CFM 1.805/06 e do CEM não é conceitual, mas sim de escrita. Em todo o CEM nota-se o princípio da humanização. Tal preocupação é perceptível ao enfatizar que os cuidados paliativos devem ser realizados ao paciente terminal. Ou seja: embora procedimentos que prolonguem a vida artificialmente possam ser suprimidos, o mesmo nunca ocorrerá com cuidados básicos, ditos paliativos, responsáveis pelo conforto em momentos finais <sup>15</sup>.

A importância dessa inclusão temática no CEM é significativa: além de pertencer ao grande norteador de condutas da boa prática médica, não mais haverá a justificativa de desconhecimento do tema ortotanásia com base no fato de que as regras pertinentes ao assunto estavam alocadas em resoluções separadas. Agora estão todas compiladas em um só (e mais importante) documento.

Percebe-se, retroativamente, a importância do documento original, resgatado na Resolução

CFM 1.805/06, que pode ser chancelada após debates acalorados sobre o tema nos meios médico, jurídico e na sociedade, para que, anos depois, a ideia de evitar sofrimento desnecessário no momento da morte ressurgisse vigorosamente, evidenciando-se como marco de respeito à dignidade humana.

## Objetivos

O objetivo geral do projeto que deu origem a este artigo foi conhecer o perfil dos médicos que lidam no cotidiano profissional com o processo de morrer em uma instituição médica universitária, levantando sua opinião quanto à prática da eutanásia, distanásia e ortotanásia. O objetivo específico foi avaliar o conhecimento, opinião e mudanças no cotidiano de trabalho de tais profissionais com o advento da Resolução CFM 1.805/06.

## Materiais e métodos

Trata-se de estudo transversal, com análise quantitativa e qualitativa realizada por meio de questionários, sem identificação dos entrevistados, aplicado aos profissionais médicos que com frequência enfrentam o processo da morte nos hospitais do complexo Famema (Hospital das Clínicas I e II).

O critério de inclusão no estudo foi ser profissional médico e atuar em uma das especialidades que mais se deparam com a morte e o processo do morrer: intensivistas, médicos que atuam no ambiente de pronto-socorro/emergência, oncologistas, neurologistas, geriatras, pediatras, ginecologistas e obstetras, bem

como generalistas alocados em áreas destinadas a pacientes terminais, além dos residentes das áreas acima citadas. Outro critério foi a concordância em relação ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo os médicos que por qualquer motivo não concordaram ou não aceitaram assinar o TCLE.

A coleta dos dados foi feita por meio de questionário, autoaplicável (anexo), com perguntas fechadas e abertas – instrumento que traz explicação objetiva e detalhada dos termos eutanásia, distanásia e ortotanásia. Indaga-se ao entrevistado, a seguir, se seu conhecimento sobre cada tema está acorde com a definição fornecida. Caso haja discordância, solicita-se na pergunta aberta que exponha de maneira dissertativa sua noção do conceito. Seguem-se então perguntas diretas, em sequência, sobre sua opinião e vivência de cada um dos termos citados.

A segunda parte do questionário procura responder ao objetivo específico da pesquisa. Para tanto, é fornecida detalhada explicação da Resolução CFM 1.805/06, seguida de indagações fechadas a respeito de: conhecimento da mesma, opinião, mudança ou não em sua prática de trabalho.

Os dados quantitativos foram analisados com o *software* Epi-Info, versão 6.02. Foram analisadas as frequências simples e a correlação entre as variáveis categóricas com o teste qui-quadrado. O nível de significância é de 5%. Os dados qualitativos foram analisados perante consultoria com os professores da disciplina de Medicina Baseada em Evidências, a partir das técnicas de análise fenomenológica e de análise de conteúdo qualitativa, especialmente sumarização.

Com o intuito de garantir a segurança e o anonimato, todas as respostas foram recebidas em urna lacrada, aberta apenas no momento da análise dos dados. Foram entrevistados 83 participantes (Tabela 1), escolhidos por amostra aleatória. Todos os indicados aceitaram participar da pesquisa e se enquadraram nos critérios de inclusão no projeto. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, CEP/Famema, conforme disposto na Resolução CNS 196/96.

## Resultados e discussão

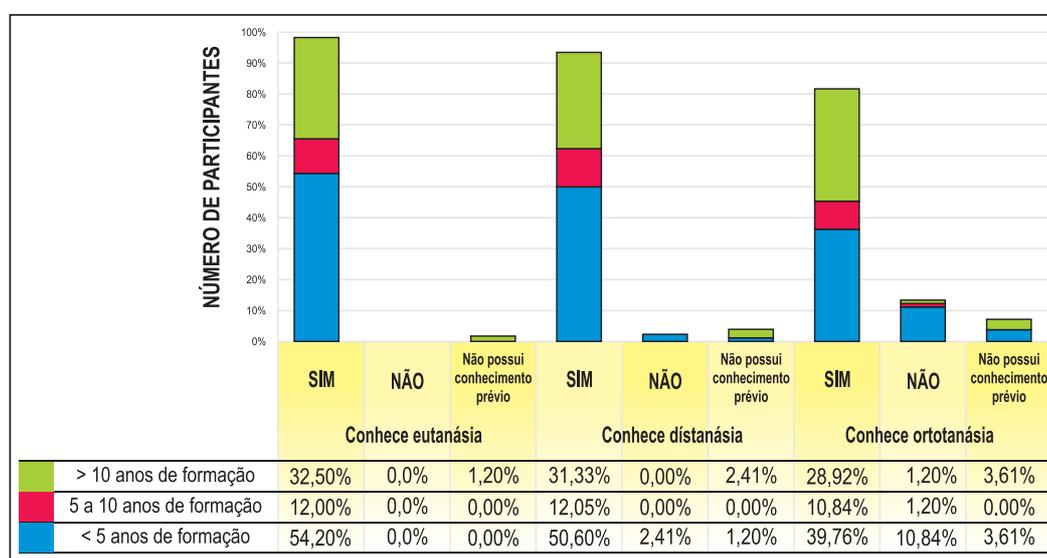
O perfil dos 83 profissionais participantes do estudo está sintetizado na tabela abaixo:

Sexo	Nº	%	Tempo de formação	Nº	%
Masculino	50	60,2	Menos de 5 anos	45	54
Feminino	33	39,8	5 a 10 anos	10	12
Total	83	100	Mais de 10 anos	28	34

Dos três termos pesquisados, eutanásia é o mais antigo e mais conhecido, mas o que provoca maior polêmica. Quase a totalidade (98,8%) da amostra afirmou possuir conhecimento adequado do mesmo. Quando questionados sobre os outros conceitos, verificaram-

se mais erros. A distanásia é corretamente conhecida por 94% dos entrevistados e a ortotanásia por 79,5%. Pode-se supor que o desconhecimento acerca dos dois últimos termos decorra de suas várias definições e imprecisões<sup>16</sup> e ao fato de serem relativamente recentes.

Gráfico 1. Conhecimento dos termos analisados x tempo de formação dos entrevistados



A análise das respostas discursivas, nos casos em que o entrevistado admitia não conhecer o conceito eutanásia, permitiu entender alguns dos obstáculos à compreensão. Um deles, por exemplo, definiu a prática como “*eutanásia é deixar o paciente evoluir naturalmente para o óbito, sem interferências*”. Nota-se a confusão entre eutanásia e ortotanásia, especificamente entre a forma passiva da primeira e as condutas médicas restritivas, pertinentes à segunda.

Pode-se também identificar falhas na compreensão quando os participantes do estudo puderam expor o que entendiam por ortotanásia, quando a explicação detalhada do conceito,

fornecida previamente pelo questionário, não era similar ao conhecimento que até então dispunham. Foi possível verificar que dentre os termos mais comuns na discussão bioética que envolve a morte e o processo de morrer, a ortotanásia é o que mais gera confusão conceitual.

A análise das respostas aponta dois núcleos de ideias, respectivamente representados nos exemplos: “*Achava que ortotanásia era suspender um tratamento que já havia sido iniciado*” e “*Achava que ortotanásia era sinônimo de cuidados paliativos*”. O desconhecimento conceitual no primeiro exemplo refere-se ao fato de que há ortotanásia apenas se o paciente está sem

prognóstico, pois no caso de paciente não terminal a retirada do tratamento seria classificada como eutanásia ativa. Cuidados paliativos, que aparecem no segundo exemplo, são cuidados fornecidos ao paciente em seus momentos terminais, com o objetivo central de melhorar a qualidade de vida, não interferindo na evolução da doença<sup>17</sup>. Em outros termos, é a prática multiprofissional que visa oferecer ao paciente terminal atendimento envolvendo os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, com o objetivo de atingir a melhor qualidade de vida possível para o mesmo e suas famílias<sup>18</sup>. São exemplos de cuidados paliativos, dentre outros: higiene, conforto, medicações sintomáticas e apoio religioso.

Quanto à concordância em relação aos três termos, a maioria da amostra é a favor da prática da eutanásia (55,4%). Mas quando o termo em voga é a distanásia, 80,7% dos entrevistados manifestam-se contrários à prática, percebendo-se que dentre os conceitos avaliados esse é o mais rejeitado pela amostra. Resultado justificável, tendo em vista a mudança de foco da medicina a partir da segunda metade do século XX, com o recuo da prática paternalista em prol do respeito à autonomia, cujo centro das atenções é o doente. Para este, muitas vezes, não importa prolongar seu tempo de vida se isso será feito à custa de sofrimentos inúteis. Assim, as respostas dos profissionais que participaram do estudo parecem estar em consonância com essa tendência da medicina, baseada no respeito ao doente.

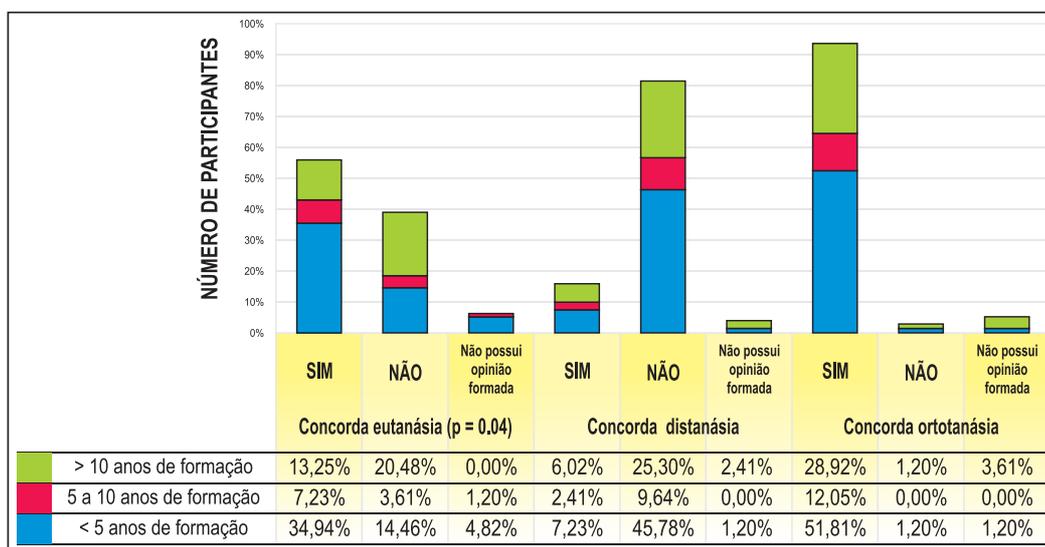
Ainda na perspectiva dessa mudança de comportamento, verificou-se a aceitabilidade da

ortotanásia em 92,8% dos entrevistados, observando-se, assim, que os profissionais consideram incontestemente a aceitação da morte no tempo de cada um, buscando evitar sofrimentos, abreviações ou prolongamentos desnecessários<sup>19</sup>. A análise da porcentagem revela tendência em adotar terapêuticas que possibilitem a diminuição do sofrimento desses pacientes, incluindo até a eutanásia. Em suma, a linguagem universal é de repúdio à obstinação terapêutica.

Essa aversão à distanásia e postura favorável à ortotanásia e até à eutanásia ocorre porque a população estudada entende a dinâmica da beneficência e não maleficência ao longo do curso da existência de um indivíduo. Em condições nas quais o tratamento e a cura são possíveis, a beneficência deve sobrepor-se a não maleficência. Em termos práticos: medidas salvadoras (diálise, ventilação mecânica, amputações, transplantes) devem ser aplicadas, mesmo que tragam consigo algum grau de sofrimento. Em outro extremo, quando a morte é inevitável, a cura já não é mais possível e deve prevalecer o princípio da não maleficência. Se condutas heroicas forem instituídas nessa fase haverá apenas postergação temporária e inútil do evento morte, à custa de sofrimento.

O entendimento e aceitação dos demais princípios éticos também podem ser aferidos. Para que o doente decida e opine como será sua terminalidade, seu princípio de autonomia deve reinar. Ainda, tem-se que o princípio de justiça também é respeitado: entende-se que recursos com obstinação terapêutica devam ser reservados aos indivíduos com prognóstico favorável.

Gráfico 2. Opinião sobre os termos analisados x tempo de formação dos entrevistados



Quanto à prática, na população avaliada 8,4% havia realizado a eutanásia. Número considerado elevado frente à realidade das leis brasileiras, que a caracteriza como crime. Ao inquirir sobre quais práticas realizadas caracterizariam a eutanásia (nesse caso praticada ou observada), verificaram-se 29 tipos de respostas. Ao organizá-las, dois núcleos de ideias puderam ser identificados. O primeiro abrange respostas tais como: “uso de medicações indutoras da parada respiratória”, “sedação em altas doses”, “administração de um coquetel de drogas com efeito sedativo e depressor respiratório”, “M1 em grande escala”, “uso de M1 e M2”.

Esse conjunto de respostas versa sobre o uso de drogas para acelerar a morte do paciente. São intituladas M1 as drogas sedativas administradas em doses significativas, com potencial para induzir depressão respiratória. Em M2 dobra-se a dose, já que a quantidade menor utilizada previamente não foi capaz de produzir a seda-

ção ou a morte, dependendo da intenção de sua aplicação. Adentra-se, então, em mais uma classificação de eutanásia, dessa vez centrada na intenção do sujeito que a pratica, dividindo-a em direta e indireta (ou de duplo efeito).

A primeira, direta, ocorre quando o objetivo central é o adiantamento da morte; a segunda, indireta, quando a vida é encurtada, embora o objetivo central seja promover conforto ao paciente – essa circunstância acontece quando a dose das medicações utilizadas no intuito de minimizar sofrimentos do paciente termina por adiantar o óbito, embora a intenção fosse apenas minorar ou suprimir o sofrimento<sup>9</sup>. É conhecida a capacidade de alguns analgésicos e sedativos, como a morfina, promoverem efeito depressor respiratório se fornecidos em altas doses. Para abolir dores e angústias insuportáveis, drogas como essa são ministradas em quantidade elevada, ainda que se tenha a morte como efeito adverso. Os dados parecem

revelar que é justamente por se caracterizar como ação caridosa, com o intuito de minimizar a dor e o sofrimento excruciante, que a prática é aceita com certa tranquilidade.

Embora a Igreja Católica posicione-se ideologicamente de forma contrária à eutanásia e a toda forma de abreviação da vida, lacunas nessa forma de pensar são encontradas em seus arquivos quando se refere a esse tipo particular de eutanásia, a indireta. No *Discurso do Santo Padre Pio XXII sobre as implicações morais e religiosas da analgesia* vê-se posicionamento favorável à prática da eutanásia indireta. Nesse documento, afirma o pontífice que *se a administração dos narcóticos causa por si mesma, dois efeitos distintos, a saber, de um lado, o alívio das dores e, do outro, a abreviação da vida, é lícita* <sup>20,21</sup>. O dilema parece ser resolvido em prol do conforto do doente em seus momentos finais, quando ante a ponderação entre a certeza do sofrimento e o risco da aceleração da morte já certa, opta-se pela segunda alternativa <sup>22</sup>.

Apesar de a prática da eutanásia de duplo efeito ser justificável nas situações e intenções descritas, não se pode considerar todo e qualquer uso de medicações sedativas e analgésicas como isentas de dolo ético. Como visto, não é o uso da droga que tornará aceitável a ação em termos bioéticos, mas sim a intenção que a motiva. Ao analisar as respostas obtidas na amostra pesquisada, quando versavam sobre a prática de eutanásia, verificou-se que o uso de fármacos foi o mais usual. Deve-se ressaltar, entretanto, que a intenção central não parece ter sido a de aliviar dores e ocasionalmente causar a morte, mas sim promover a morte

para secundariamente cessar a dor, o que caracteriza a eutanásia direta.

O outro núcleo de ideias que se pode retirar das respostas ao questionário é bem representado por esses exemplos: *“analgesia mais sedação sem alimentação ou hidratação suplementar que não seja para infundir medicação”*; *“não realização de intubação orotraqueal”*; *“não tratamento com antibiótico de infecção presumida”*. Houve ainda relato de conduta em que se optou por não introduzir drogas vasoativas quando essas melhorariam as condições clínicas do paciente. Todas essas atitudes podem ser identificadas como omissão ou suspensão do suporte vital, comumente caracterizado pelo desligamento ou não introdução de ventilação mecânica, omissão ou interrupção das drogas vasoativas, ordem de não reanimação, não introdução de antibióticos, suspensão da nutrição e hidratação <sup>9</sup>. Em resumo, tratam-se de medidas que, uma vez omitidas, irão levar o paciente à morte, inexoravelmente.

Embora consideradas vitais, a adoção de tais medidas nem sempre pode ser relacionada à eutanásia, uma vez que a omissão de tais suportes pode se processar em paciente já sem prognóstico. Ainda assim, a Pontifícia Academia das Ciências recomenda que a hidratação e a nutrição façam parte dos cuidados paliativos e que, em condição alguma, sejam retiradas. A suspensão dos outros mecanismos artificiais pode provocar diretamente o óbito, ainda que seja mais provável que este ocorra pela doença que requereu o auxílio artificial omitido. Do contrário, quando se deixa de alimentar e hidra-

tar, essas ações passam a ser, em aliança com a patologia de base, as causas diretas da morte.

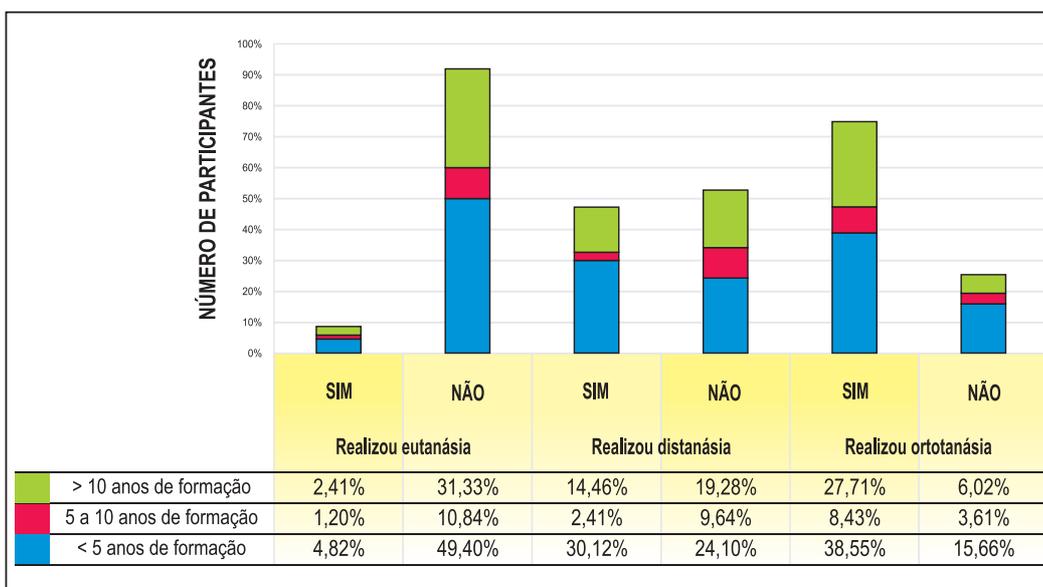
Ao questionar sobre a distanásia, 47 % dos entrevistados afirmam já a ter realizado. Contudo, dos que a fizeram, 66,7% não concordam com a prática – números que vão de encontro ao observado na literatura médica<sup>23,24</sup>. As causas para a discrepância entre aceitação/realização da distanásia centram-se na falta de entendimento entre equipe de saúde e família; na comunicação inadequada dos profissionais cuidadores e no comportamento pouco profissional por parte destes, segundo registra a literatura<sup>25</sup>. São situações que levam o médico a insistir na manutenção da vida mesmo quando não mais viável.

Esse tipo de perseverança ocorre devido ao mau relacionamento entre o profissional de

saúde e a família, dificultando o entendimento de que tudo já se fez para tentar salvar o doente e que o melhor seria encarar a morte com dignidade e menos sofrimento – ou ainda decorre de pressões legais, temidas pelos médicos. Outras causas estudadas são também o pedido do próprio paciente e a incerteza quanto ao diagnóstico e prognóstico<sup>24</sup>.

Por fim, a comparação entre as três práticas, no que concerne à realização, mostra que a ortotanásia é a mais praticada. Dentre os pesquisados, 74,7% já a realizaram, o que, mais uma vez, indica ser este procedimento um ideal da classe médica, no que diz respeito ao atendimento digno e humano ao paciente terminal. Ressalte-se que, neste caso, não foram encontrados conflitos entre a aceitação e realização, como os detectados em relação à eutanásia e distanásia.

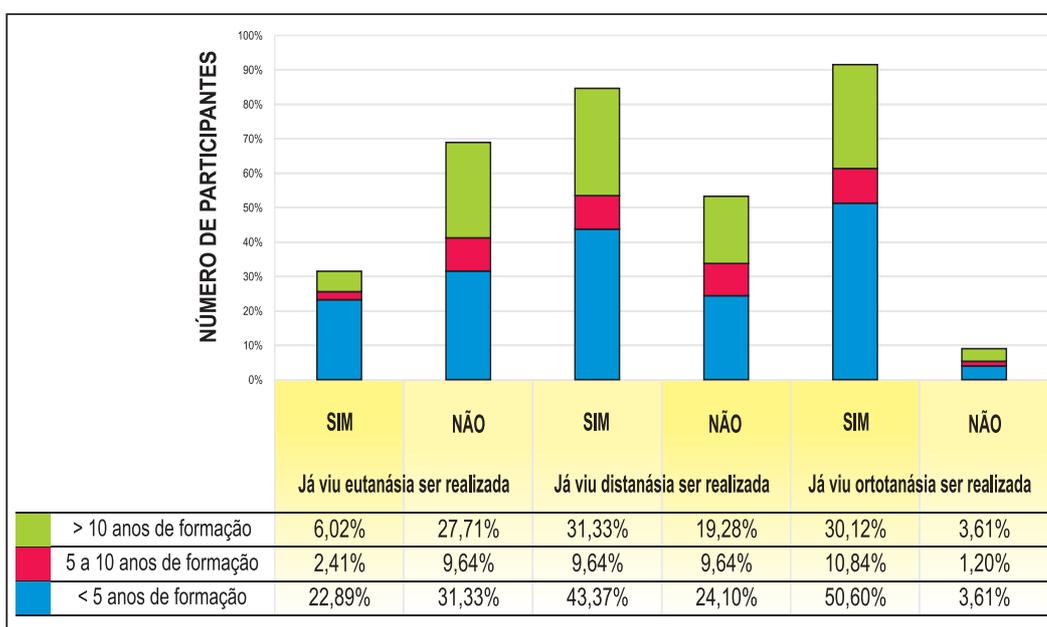
Gráfico 3. Prática dos termos analisados x tempo de formação dos entrevistados



Quando indagados se haviam presenciado como observadores (e não como agentes) qualquer das três práticas, o número de ocorrências foi significativamente maior, o que fornece indícios para crer que, por tratar-se de tema polêmico, discutido ainda defensivamente,

haja resistência em admitir a prática ativa, principalmente da eutanásia e distanásia, tópicos abordados com relativo temor por não serem aceitos pela moralidade vigente em nossa sociedade e tampouco, no caso da eutanásia, na dimensão legal.

Gráfico 4. Observação dos termos analisados x tempo de formação dos entrevistados



Buscou-se ainda correlacionar o tempo de formação do entrevistado para uma série de variáveis. Concluiu-se que não há influência ( $p > 0,05$ ) do tempo de formação no conhecimento do que seja eutanásia nem em ter presenciado (ou não) a mesma. Também não há correlação significativa entre tempo e conhecer, concordar, realizar, ter presenciado ou ter conhecimento que terceiros realizaram distanásia e ortotanásia. Conhecer ou não a resolução CFM 1.805/06, concordar com a mesma e ter o cotidiano e o ambiente de tra-

balho alterados por ela também não sofreram alteração significativa de acordo com os anos de profissão dos médicos participantes.

Ainda na análise das correlações possíveis com o tempo de formação, este se revelou determinante para concordar ou não com a eutanásia ( $p = 0,04$ ). Verificou-se que aqueles com menor tempo de formação concordam mais com o procedimento quando comparados com os de maior tempo. Quando desagregados os dados relativos aos participantes que são favoráveis a

essa prática, observa-se que 77% deles possuem menos de dez anos de atividade profissional, sendo que 63% têm menos de cinco anos de carreira. No mesmo sentido, dos que possuem menos de dez anos de trabalho, 63,6% concordam com a prática; dos com mais de dez anos de vivência profissional, 39,3% são a favor da realização da eutanásia.

Observa-se, então, que esses resultados refletem a mudança do foco instituído na medicina. Com formação mais recente, torna-se mais fácil para os recém-chegados na profissão aceitarem que até a eutanásia pode ser instituída para o bem-estar do paciente, perspectiva vista com certo preconceito pelos mais experientes que, muitas vezes, podem ter menor facilidade para aceitar essas transformações. Percebe-se que, embora ainda formados com base em uma medicina idealista, que abomina a morte como possível resultado do exercício médico, os novos profissionais começam a considerar tal desfecho não como um fracasso, mas como um destino natural que, por vezes, nenhuma tecnologia e conhecimento é capaz de mudar. Outro dado corrobora tal afirmativa: 71% dos que realizaram eutanásia tinham menos de 10 anos de formação.

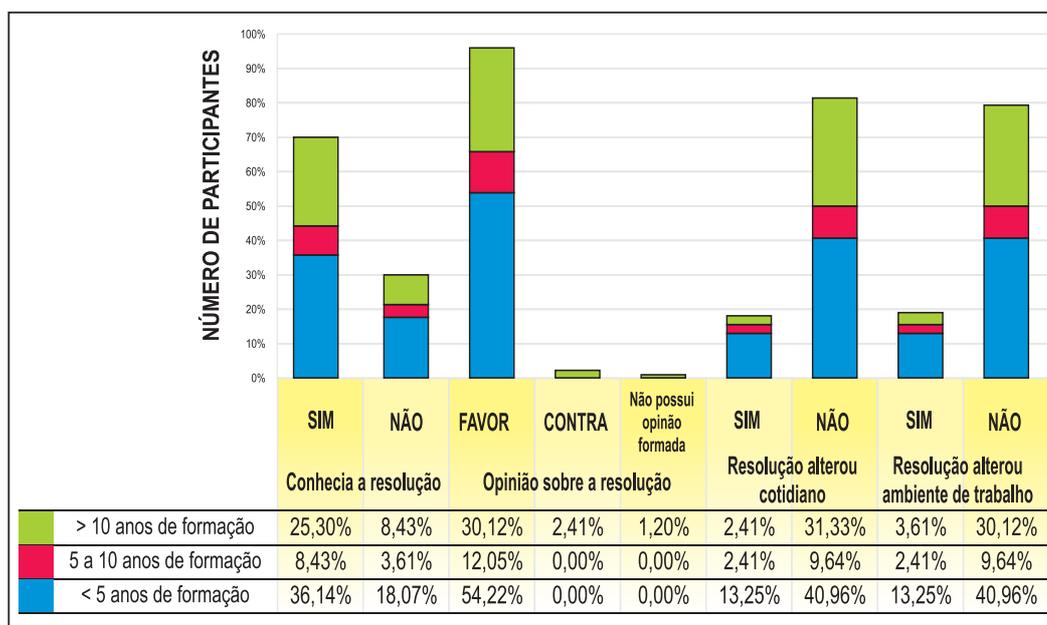
Ao analisar a resolução CFM 1.805/06 (Gráfico 5), tem-se que 30,1% da amostra não a conhecia. Conclui-se, então, que embora a maioria possuísse ciência de sua existência, o seu uso como forma alternativa de promover conhecimento e despertar a população médica para os assuntos bioéticos relativos à morte ainda não alcançou êxito universal, tendo em

vista a porcentagem citada de desconhecidos do documento.

Importante ressaltar a significância do impacto na mídia com o advento e suspensão da Resolução 1.805/06, o que pode colaborar para que a maioria dos participantes do estudo conhecesse o documento e a temática tratada. Disso se pode inferir que projetos que versem sobre assuntos correlatos, mas sem importância nos meios de comunicação – a maioria deles –, continuem sem atingir sua função principal: gerar debates, influenciar condutas e promover maior qualidade de vida em momentos terminais.

Embora os dados permitam supor tal problemática, a mensagem da resolução é bem aceita pela maioria, pois 96,4% manifestam-se de forma favorável a seu conteúdo. Até os que não a conheciam ao lerem a apresentação do texto no questionário declararam-se, de maneira geral, favoráveis. Pensando que o tema central do documento é a ortotanásia, entende-se tal peculiaridade, dada a aceitação desse tópico bioético. O impacto da resolução no ambiente e cotidiano dos entrevistados é motivo de debate. Para 18,1% dos participantes seu local de trabalho sofreu alguma mudança e para 19,3% o próprio dia a dia se alterou por força do texto do CFM. Esses entrevistados não correspondem à maioria da amostra, apesar de não representarem quantidade desprezível. Isso se nota, principalmente, quando se interroga a prática da ortotanásia mesmo antes da resolução e quando se tem em mente a dificuldade de que documentos, considerados por alguns como meros papéis, proporcionem mudanças efetivas na vida de cada um.

Gráfico 5. Aspectos da Resolução CFM 1.805/06

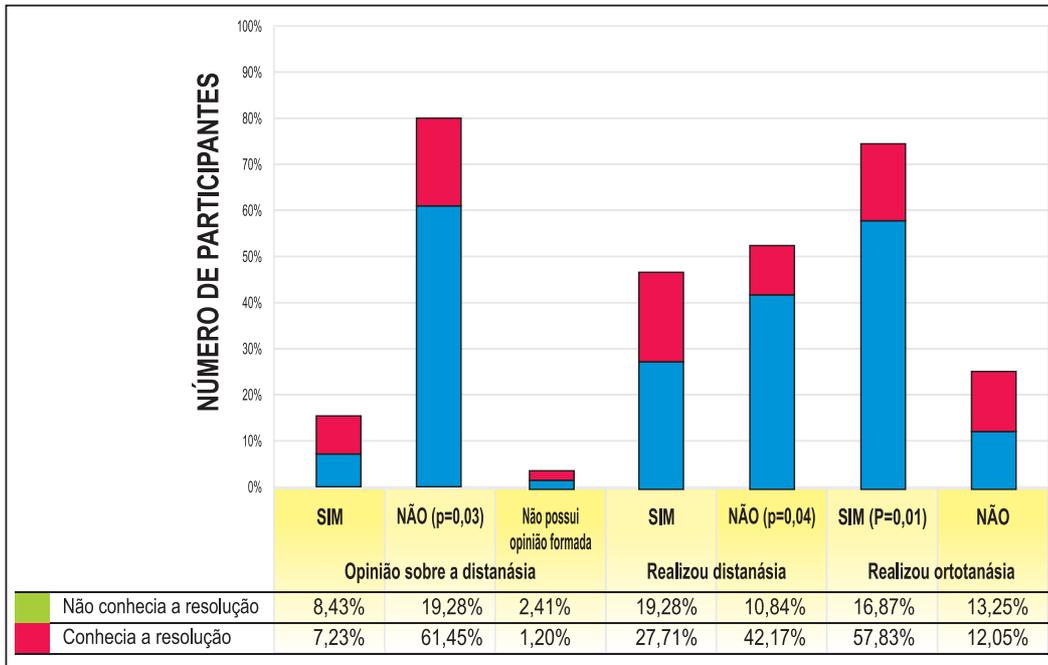


Destaca-se em prol da prática corriqueira da ortotanásia, mesmo antes do advento da resolução do CFM, o fato de que 56% dos que não conheciam o documento já praticavam a ortotanásia. Tal situação pode decorrer não apenas por ser considerada um ideal de boa prática médica, no tocante à terminalidade da vida, mas também porque não foi essa resolução a pioneira em tratar a temática, havendo várias publicações prévias que consagram o direito do paciente às condutas médicas restritivas ou que, pelo menos, buscaram poupar o doente de ser exposto a situações que não fossem de seu desejo. Como exemplos, pode-se citar a Cartilha dos Direitos do Paciente<sup>26</sup>, o art. 15 do Código Civil de 2002<sup>27</sup> e o Estatuto do Idoso<sup>28</sup>.

Esmiuçando as respostas relativas à resolução, encontra-se que conhecê-la é fator relaciona-

do com a não aceitação ( $p=0,03$ ) e não realização de distanásia ( $p=0,04$ ). Pode-se interpretar esse dado considerando que a resolução é – ainda que de modo não ideal – uma forma de educar, de levar conhecimento à classe médica. Assim, o seu conhecimento implicaria em estar a par da citada mudança de foco nas práticas relativas ao fim da vida, que por estímulo da bioética passaram a orientar a práxis médica a partir da metade do século XX. Como consequência do conhecimento e reflexão sobre esse processo, muitos profissionais tornaram-se mais críticos e contrários à prática da distanásia. Por fim, observou-se que conhecer a resolução está diretamente relacionado à prática da ortotanásia ( $p=0,01$ ). Dos que a conheciam, 82,8% a haviam praticado e dos que a desconheciam, 56% a realizaram.

Gráfico 6. Impacto da Resolução CFM 1.805/06



### Considerações finais

Em resumo, quanto a conhecer, praticar, observar, concordar ou discordar dos termos estudados nesta pesquisa tem-se uma tríade mal sustentada pela incompatibilidade de seus pilares. Dispomos de tecnologias para manter a vida além de um limite aceitável, considerando as situações em que sua manutenção acarreta mais danos que a suspensão, ao mesmo tempo em que, atualmente, também contamos com a mentalidade que reconhece a soberania da autonomia do doente. Falta-nos, entretanto, aprofundar a reflexão entre a classe médica sobre o quanto é ético influenciar a terminalidade de uma vida e, nas circunstâncias em que isso se revelar medida genuinamente beneficente, como fazê-lo de modo a respeitar a autonomia,

beneficência, não maleficência e manter o princípio de justiça.

Para estimular tal reflexão, seria natural iniciar o ensino dessa temática por onde também se sustenta o aprendizado médico, mas Hill<sup>5</sup> já demonstrou em seus estudos que, por ora, isso não ocorre. Entretanto, a inegável ausência de discussão sobre a morte e a temática que a envolve, em faculdades e universidades, não deve justificar a inércia de debates.

Deve-se, sim, iniciar reformas que possibilitem o ingresso do assunto no âmbito acadêmico. Porém, enquanto isso não ocorre, urgente se faz a abordagem da temática por outras vertentes. Frente a tal quadro bastante complexo, e consciente da impossibilidade de adiar uma discussão de tamanha pertinência,

entidades representativas da sociedade passaram a se posicionar a respeito de tais tópicos. Incontestemente é o uso cada vez mais corriqueiro dos termos citados. Nota-se, porém, que os mesmos ainda são desconhecidos por expressiva parte da população, e pior: há médicos que ainda se confundem ao defini-los.

Depreende-se, daí, a urgente necessidade de promover e aprofundar essa discussão, bem

como divulgar os assuntos a ela correlacionados. Por esse motivo, pode-se defender, sem sombra de dúvida, a Resolução CFM 1.805/06, cujo impacto se faz sentir no meio médico e na sociedade. Conhecer o seu teor trouxe efetivas mudanças de comportamento para os profissionais estudados, que se expressaram na prática de seu cotidiano profissional, tornando-o mais ético e consonante aos valores humanitários.

## Resumen

---

### **Impacto de la Resolución CFM 1.805/06 en Brasil acerca de los médicos que tratan de la muerte**

La preservación de la vida es considerada inherente a la actuación médica, que puede aumentar la supervivencia del paciente con la utilización de métodos tecnológicos. Eso plantea cuestionamientos sobre los aspectos éticos de la prolongación de la vida, lo que favorece la creación de la Resolución CFM 1.805/06. El presente artículo se deriva de la investigación destinada a levantar el perfil de los médicos que trabajan en los hospitales de la Facultad de Medicina de Marília (Famema) así como aprender sus opiniones sobre eutanasia, distanasia e ortotanasia, teniendo en cuenta lo dispuesto en la resolución, además de investigar los impactos de ese documento sobre su cotidiano profesional.

**Palabras-clave:** Eutanasia. Ética médica. Actitud frente a la muerte. Cuidados paliativos.

## Abstract

---

### **Brazil's CFM Resolution 1.805/06 impact on physicians dealing with death**

The preservation of life is considered inherent to medical performance, which may increase patient's survival through the usage of technological methods. This raises questions concerning the ethical aspects of prolonging life, which fosters the creation of CFM Resolution 1,805/06. This paper derives from (was created as a result of a) research aimed at raising physicians' profile

working at Marília Medical School hospitals (Famema), as well as seizing their opinion about euthanasia, dysthanasia and orthotanasia, regarding the provisions of resolution, and investigating the impact of such document over their professional routine.

**Key words:** Euthanasia. Ethics medical. Attitude to death. Hospice care.

## Referências

---

1. Juramento de Hipócrates. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Internet]. 2001 [atualizado 2011; acesso 27 abril 2011]. Disponível: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Diário Oficial da União. 2006 Nov 28:seção I, p.169.
3. Cedrola JPV, Carvalho GA, Bezerra TS, Siqueira-Batista R. Asclépio, mito e medicina. Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis. 2003;5(supl):47.
4. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1):31-41.
5. Hill TP. Treating the dying patient. Arch Int Med. 1995;12:1265-96.
6. Schramm FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. Rev Bras Cancerol. 2002;48(1):17-20.
7. Paciornik R. Dicionário médico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1975. Eutanásia; p. 244.
8. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? Bioética [Internet]. 1996 [acesso 4 jul 2011];4(1):31-43. Disponível: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394/357](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357).
9. Villas-Bôas ME. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. Rev Bioética. 2008;1(16):61-83.
10. Villas-Bôas ME. A ortotanásia é legal (ou da Resolução CFM nº 1.805/06 numa visão para juristas). Evocati Revista [Internet]. 2007 [postado em 14 jan 2007; acesso 12 jan 2011];(13). Disponível: [http://www.evocati.com.br/evocati/interna.wsp?tmp\\_page=interna&tmp\\_codigo=97&tmp\\_secao=23&tmp\\_topico=biodireito](http://www.evocati.com.br/evocati/interna.wsp?tmp_page=interna&tmp_codigo=97&tmp_secao=23&tmp_topico=biodireito).
11. Brasil. Justiça Federal. Seção Judiciária do Distrito Federal. Ação civil pública nº 2007.34.00.014809-3, de 1 de dezembro de 2010. Dispõe sobre nova liminar, concedida por juiz federal, que suspende a anterior, conferindo legitimidade à Resolução CFM 1.805/06. JFDF [Internet]. 2011 [acesso 4 jul 2011]. Relator: Roberto Luis Luchi Demo.

- Disponível: [http://www.jfdf.jus.br/destaques/14%20VARA\\_01%2012%202010.pdf](http://www.jfdf.jus.br/destaques/14%20VARA_01%2012%202010.pdf).
12. Brasil. Congresso Nacional. Senado Federal. Projeto de Lei nº 6.715/09. Dispõe sobre a regulamentação da ortotanásia no Brasil. Câmara dos Deputados [Internet]. [acesso 8 mar 2011]. Disponível: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/827792.pdf>.
  13. Gramuglia E. A ortotanásia. *Revista DR!*. 2010 Jan-Fev;60:42.
  14. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931/09. Brasília: CFM; 2009.
  15. Amorim, RHP. O novo código de ética médica e o direito à morte digna. *Jurisway* [Internet]. 2010 [acesso 5 julho 2011]. Disponível: [http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=4521](http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=4521).
  16. Pessini L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* 2ª ed. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2006.
  17. Torreão L. Aspectos éticos na abordagem do paciente terminal em unidade de terapia intensiva pediátrica [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.
  18. Reiriz AB, Scatola RP, Buffon VR. Cuidados paliativos, a terceira via entre eutanásia e distanásia: ortotanásia. *Prática Hospitalar*. 2006;48:77-82.
  19. Pessini L. *Eutanásia: por que abreviar a vida?* São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.
  20. Horta MP. Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. *Bioética*. 1999;7(1):27-34.
  21. Pío XII. Discurso del santo padre Pío XII sobre las implicaciones religiosas y morales de la analgesia [Internet]. Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 1957 [acesso 3 julho 2011]. Disponível: [http://www.vatican.va/holy\\_father/pius\\_xii/speeches/1957/documents/hf\\_p-xii\\_spe\\_19570224\\_anestesiologia\\_sp.html](http://www.vatican.va/holy_father/pius_xii/speeches/1957/documents/hf_p-xii_spe_19570224_anestesiologia_sp.html).
  22. Anjos Filho RN. Anotações sobre a existência de uma excludente constitucional de antijuridicidade. *Revista dos Mestrados em Direito Econômico da UFBA*. 2001 jan/dez;(9):367-78.
  23. Pessini L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. *Bioética*. 2004; 12(1):39-60.
  24. Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG. Futile care: do we provide it? Why? A semistructured, Canada – wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *J Crit Care*. 2005;20(3):207-13.
  25. Abbott KH, Sago JG, Breen CM, Abernethy AP, Tulsy JA. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med*. 2001;29(1):197-201.
  26. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 5ª ed. São Paulo: Loyola/ Centro Universitário São Camilo; 2000. p. 417.
  27. Brasil. Código Civil Brasileiro de 2002. São Paulo: Saraiva; 2002.

28. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Presidência da República [Internet]. [acesso 8 fev 2011]. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003?L10.741.htm>.

Recebido 15.3.11

Aprovado 1.7.11

Aprovação final 6.7.11

### **Contatos**

---

Thiago José Querino de Vasconcelos - [thivasc@gmail.com](mailto:thivasc@gmail.com)

Natália Ramos Imamura - [natalia.imamura@incor.usp.br](mailto:natalia.imamura@incor.usp.br)

Heloísa Cesar Esteves Cerqueira Villar - [hvillar@famema.br](mailto:hvillar@famema.br)

Thiago José Querino de Vasconcelos – Rua Dona Adma Jafet, 173 aptº 51 Bela Vista CEP 01308-050. São Paulo/SP, Brasil.

### **Participação dos autores no artigo**

---

Thiago Vasconcelos é responsável pela idealização, levantamento de literatura, realização do projeto de pesquisa, aplicação do questionário piloto, aplicação do questionário definitivo, análise de dados qualitativos e quantitativos e redação da versão final. Natália Imamura trabalhou no levantamento de literatura, aplicação do questionário definitivo, análise dos dados qualitativos e quantitativos e supervisão da redação da versão final. Heloísa Villar é responsável pela orientação geral, análise e supervisão de todas as etapas da elaboração da pesquisa.



## Questionário

### Impacto da Resolução CFM nº 1.805/06 sobre médicos que lidam com a morte

- 1) A eutanásia é a atitude que proporciona uma morte fácil e sem sofrimento à pessoa que sofre de uma doença incurável ou muito sofrida, reduzindo-lhe o sofrimento prolongado, dando-lhe morte rápida e indolor. É o auxílio médico ativo à morte. Conceitualmente, necessita da prática de alguma ação, da qual resultará a morte.
- ( ) Sim  
( ) Não  
( ) Não possuía nenhum conhecimento prévio sobre distanásia
- Se seu conhecimento prévio não era correto, o que entendia por distanásia?
- A) Você tinha conhecimento prévio correto sobre o que era a eutanásia?  
( ) Sim  
( ) Não  
( ) Não possuía nenhum conhecimento prévio sobre eutanásia
- B) Se seu conhecimento prévio não era correto, o que entendia por eutanásia?
- ( ) Sim  
( ) Não
- C) Você concorda com a prática da eutanásia?  
( ) Sim  
( ) Não  
( ) Não possui opinião formada
- D) Você, em seu exercício profissional, já realizou a eutanásia?  
( ) Sim  
( ) Não
- E) Se você respondeu que já realizou a eutanásia, o que fez para praticá-la? (não responda caso na questão anterior tenha dito que nunca realizou a eutanásia)
- F) Você já tomou conhecimento de colegas de profissão que realizaram ou presenciaram a eutanásia?  
( ) Sim  
( ) Não
- Se você respondeu que sim (já presenciou colegas de profissão que praticaram a eutanásia), qual foi a prática por eles realizada que resultou na eutanásia?
- 2) A distanásia, conhecida como sinônimo de obstinação terapêutica, seria quando o médico faz uso de todos e quaisquer recursos disponíveis para prolongar a vida de um paciente terminal. É o contrário da eutanásia.
- A) Você tinha um conhecimento prévio correto sobre o que era a distanásia?  
( ) Sim  
( ) Não  
( ) Não possuía nenhum conhecimento prévio sobre ortotanásia
- Se seu conhecimento prévio não era correto, o que entendia por ortotanásia?
- B) Você concorda com a prática da ortotanásia?
- 3) A ortotanásia, também conhecida como eutanásia passiva, é o encarar da morte em um momento adequado, sem prolongamentos ou abreviações. Sinônimo de morte natural. Nela, não ocorre a prática de medidas que visam o encurtar da vida, mesmo em um paciente terminal ou com doença que acarrete muito sofrimento. Do contrário, também não ocorrem atitudes médicas que visam estender a vida além de um limite aceitável.
- A) Você tinha um conhecimento prévio correto sobre o que era a ortotanásia?  
( ) Sim  
( ) Não  
( ) Não possuía nenhum conhecimento prévio sobre ortotanásia
- Se seu conhecimento prévio não era correto, o que entendia por ortotanásia?
- B) Você concorda com a prática da ortotanásia?



- Sim
- Não
- Não possuo opinião formada

C) Você, em seu exercício profissional, já realizou a ortotanásia?

- Sim
- Não

D) Você já observou a prática de ortotanásia em seu ambiente de trabalho?

- Sim
- Não

E) Você já tomou conhecimento de colegas de profissão que realizaram ou presenciaram a ortotanásia?

- Sim
- Não

4) Em novembro de 2006, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM 1.805/06 (DOU, 28 nov. 2006, Seção I, p. 169), instituindo que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam

ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. A resolução dispõe, ainda, que seja assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

A) Você tinha conhecimento desta resolução do CFM?

- Sim
- Não

B) Qual é a sua opinião sobre a Resolução CFM nº 1.805/06?

- A favor
- Contra
- Não possuo opinião formada

C) A Resolução CFM 1.805/06 alterou seu cotidiano de trabalho?

- Sim
- Não

D) A Resolução CFM 1.805/06 afetou de algum modo seu ambiente de trabalho?

- Sim
- Não