

ARTIGO CIENTÍFICO

O anestesiologista frente à terminalidade: estudo observacional baseado em questionário



Rodney Segura Cavalcante ^{a,*}, Guilherme Antonio Moreira de Barros^{a,b}
e Eliana Marisa Ganem^{a,c}

^a Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Departamento de Anestesiologia, Campus de Botucatu, Botucatu, SP, Brazil

^b Comissão de Medicina Paliativa da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Botucatu, SP, Brazil

^c Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Botucatu, SP, Brazil

Recebido em 17 de fevereiro de 2019; aceito em 22 de março de 2020

Disponível na Internet em 6 junho 2020

PALAVRAS-CHAVE

Distanásia;
Anestesiologia;
Bioética;
Legalidade (Direito)

Resumo

Justificativa e objetivos: Os avanços da medicina, incluindo a anestesiologia e reanimação, têm tornado cada vez mais rara a ocorrência da morte natural. Como consequência, as práticas de distanásia se tornaram habituais em uma realidade que não mais se justifica. Este estudo objetiva avaliar o conhecimento de anestesiológicos brasileiros dos institutos da distanásia e ortotanásia. Para tal, investigamos as preferências de condutas desses profissionais, dentre aquelas práticas, bem como a contribuição da graduação médica na abordagem das questões relacionadas à morte.

Método: Coorte prospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, com a inclusão de 150 anestesiológicos inscritos na Sociedade Brasileira de Anestesiologia e que foram convidados a participar por mensagem de e-mail. Aplicou-se questionário online, contendo 38 questões, elaborado pelos pesquisadores. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa instrucional.

Resultados: Os anestesiológicos, embora afirmem conhecer a distanásia e a ortotanásia, em sua maioria adquiriram esse conhecimento fora da graduação. Diante da terminalidade do próprio entrevistado, do seu paciente ou de um ente querido, prefere a ortotanásia, a morte em casa, priorizando a dignidade. Entretanto, esses especialistas afirmam já terem praticado, contrariados, a distanásia, mesmo quando a ortotanásia era a melhor conduta, o que lhes gerou sentimentos negativos. Quase a integralidade dos entrevistados afirmou não ter tido, na graduação, treinamento prático de conduta frente à terminalidade, embora se sintam capazes de identificá-la. A maioria não conhece a Resolução do Conselho Federal de Medicina 1.805/06 que viabiliza a prática da ortotanásia. Não há influência da religião e da região político-administrativa de residência do anestesiológico sobre as suas preferências.

* Autor para correspondência.

E-mail: rradvogados@yahoo.com.br (R.S. Cavalcante).

KEYWORDS

Dysthanasia;
Anesthesiology;
Bioethics;
Legality (Law)

Conclusões: Os anesthesiologistas afirmam ter conhecimento sobre distanásia e ortotanásia e preferem, diante da terminalidade, praticar a ortotanásia, embora a distanásia seja habitual, o que resulta em frustração e indignação. O ensino da graduação médica é deficitário em questões relacionadas à morte.

© 2020 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The anesthesiologist facing terminality: a survey-based observational study

Abstract

Background and objectives: Advances in medicine, including anesthesiology and resuscitation, have made natural death increasingly rare. As a consequence, dysthanasia has become usual in a scenario for which there is not rationale. The present study aimed to assess the level of knowledge of Brazilian anesthesiologists on the principles of dysthanasia and orthothanasia. Thence, we studied the management preferences of these professionals, *vis-à-vis* those practices, as well as how medical school contributed to addressing death-related issues.

Method: Quantitative approach, prospective and descriptive cohort that included 150 anesthesiologists, members of the Brazilian Society of Anesthesiology, and who were invited to participate by email. An online questionnaire containing 38 questions was prepared by the authors. The study was approved by the Instructional Research Ethics Committee.

Results: Anesthesiologists, although claiming to know dysthanasia and orthothanasia, mostly acquired knowledge outside medical school. If faced with their own end of care, or of a patient or a loved one, they prefer orthothanasia, to die at home, prioritizing dignity. However, the specialists claimed to have already practiced dysthanasia, even when orthothanasia was the choice management, which caused them negative feelings. Almost all respondents stated that they did not have practical training in undergraduate school on how to face end-of-life issues, although they felt capable of identifying it. Most were not aware of Federal Council of Medicine Resolution 1.805/06 that makes practicing orthothanasia feasible. Anesthesiologists' religion or the political-administrative region of residence had no effect on their preferences.

Conclusions: Anesthesiologists claim to have knowledge on dysthanasia and orthothanasia, but prefer, in the face of a terminally ill patient, to practice orthothanasia, although dysthanasia is usual, and results in frustration and indignation. The medical school curriculum is unsatisfactory in addressing death-related issues.

© 2020 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A Medicina, aliada à tecnologia, tem alcançado notórios avanços, sobretudo nas áreas de diagnóstico, de cirurgia, de anestesiologia e de reanimação, proporcionando significativa manutenção da saúde, com o controle e cura de enfermidades, tornando cada vez mais rara a morte natural.¹ Como resultado, observa-se busca irracional do prolongamento da vida, o que pode transformar os hospitais em “modernas catedrais do sofrimento humano”.² Para muitos, na contramão da realidade humana, a morte ainda se mostra como a situação que coroa o fracasso da medicina e a sua negação justificaria qualquer empenho,³ ainda que às custas de elevado sofrimento. A tentativa de cura favorece a realização de procedimentos invasivos, onerosos, dolorosos e, em casos de adoecimentos avançados, já ineficazes e muitas vezes não pretendidos pelo paciente, o que caracteriza a distanásia.⁴

A distanásia, portanto, viabiliza a morte depois do seu termo natural, objetivando o prolongar da vida biológica de portadores de enfermidade sem expectativa de cura, em fase terminal, relegando, a segundo plano, a dignidade e o conforto do enfermo.² É materializada pela obstinação terapêutica que acarreta significantes consequências sociais com reflexo na economia, previdência social e na saúde, dentre outros setores.⁵ Já o oposto a essa prática recebe a denominação de ortotanásia, ou seja, morte humanizada, brinde à vida digna e em contraposição ao penoso e oneroso movimento de adiamento e ocultação da finitude vivenciado nas últimas décadas.⁶ Faz-se imperativo, também, conhecer as diferenças entre eutanásia e suicídio médico assistido. A eutanásia, prática ilegal⁷ e antiética,⁸ se caracteriza pela intenção do agente (dolo), médico ou não, em querer o desfecho morte de outrem, em realidade que não precisa ser de paciente vitimado por enfermidade incurável e em fase terminal, sendo irrelevante a vontade da vítima. Aqui a morte

ocorre antes do seu tempo natural e por ato de terceiro, geralmente motivado pela piedade.

Já o suicídio médico assistido é a morte decorrente de ato praticado pelo próprio enfermo que é orientado por médico. O médico tem função apenas orientadora, indicando qual botão apertar, os fármacos e como ministrá-los etc.^{6,9} Este ato também é crime e antiético.^{7,8}

Diante da morte que se avizinha, é preciso dar ênfase ao paradigma de cuidar e não curar, assegurando qualidade de vida e buscando, prioritariamente, aliviar o sofrimento de quem está partindo. Assim, o médico, incluindo-se o anestesiológista, deve possuir preparo clínico, além de discernimento para lidar com a finitude humana. Deve respeitar os direitos do paciente e agir em harmonia com a ética profissional decidindo, com segurança, o momento de tutelar a vida ou a dignidade da pessoa humana, optando-se ou não pela prática da ortotanásia. Justifica-se a realização desta pesquisa diante do exposto e pela existência de quadro precário do Sistema Único de Saúde em atender os ditames constitucionais do acesso amplo e irrestrito à saúde a exigir, cada vez mais, a priorização do despender das verbas orçamentárias.⁵ O anestesiológista é profissional que, embora muito assoberbado pela própria prática médica de excelência, durante esta prática, tem interface com situações potenciais da ocorrência de distanásia. Não há, entretanto, dados concretos sobre a atuação, assim como as preferências, desses especialistas ao se depararem com a terminalidade do paciente sob o seu cuidado. Assim, este estudo objetiva avaliar o conhecimento de anestesiológistas brasileiros dos institutos da distanásia e ortotanásia. Para tal, investigamos as preferências e as práticas desses profissionais entre aquelas práticas, bem como a contribuição da graduação médica na abordagem das questões relacionadas à morte.

Método

Trata-se de pesquisa do tipo investigativa, coorte prospectiva, descritiva, abordagem quantitativa. Foram incluídos somente os 150 anestesiológistas (30 por região do território nacional) inscritos na Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e que primeiro responderam integralmente ao questionário fechado contendo 38 questões: 18 de múltipla escolha, sete discursivas e 13 mistas. Dessas questões, doze eram de caracterização sociodemográfica e as demais se referiam ao mérito do objeto da pesquisa.

O questionário foi desenvolvido pelos pesquisadores e disponibilizado em plataforma digital (www.LimeSurvey.com). O estudo foi, previamente à sua execução, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional (CAAE: 47165115.2.0000.5411).

O convite à participação na pesquisa foi encaminhado pela SBA, via correio eletrônico, para todos os seus 8.275 associados. Nesta mensagem foi disponibilizado *link* da plataforma digital que direcionava o sujeito da pesquisa ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, caso houvesse concordância com o conteúdo deste, clicando a opção "concordo", obtiveram acesso ao questionário. O estudo foi realizado no período de 04/08/2015 a 29/06/2016, quando o número total de sujeitos foi alcançado.

Foram apenas incluídos anestesiológistas associados à SBA e foram excluídos os questionários incompletos. A navegação pelo questionário não sofreu restrição de tempo, nem de releitura e revisão de respostas, até que o sujeito desse por encerrada a participação.

O tamanho amostral foi determinado utilizando-se a fórmula:

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

sendo $n_0 = \frac{Z_{\alpha/2pq}^2}{d^2}$ e Z , a abscissa curva de frequência normal, que define uma área α ; "p" é a proporção estimada em estudos anteriores, $q = 1 - p$ e d é o grau de precisão e N é o tamanho da população que, no caso, ficou em 150 anestesiológistas, optando-se por 30 participantes para cada região do Brasil com a finalidade de que essas regiões fossem igualmente representadas.

Para estudo da associação entre todas as variáveis estudadas,¹⁰⁻¹² utilizou-se do teste do Qui-Quadrado, considerando-se o nível de significância de 5%.

Resultados

Foram obtidas respostas de 1.159 questionários parcialmente respondidos e 343 respondidos na integralidade, sendo que apenas foram considerados os primeiros 30 de cada região político-administrativa brasileira. As características sociodemográficas e de grau de instrução da população estudada estão demonstradas na [tabela 1](#).

Constatou-se que 86% ($n = 129$) dos entrevistados referem conhecer as diferenças entre distanásia, eutanásia, ortotanásia e suicídio médico assistido. Este resultado não foi influenciado pela idade ou sexo do anestesiológista (dados não apresentados). No entanto, na sua maioria, o conhecimento foi adquirido fora do meio acadêmico (42%, $n = 63$) e apenas 25% ($n = 38$) o adquiriram durante a graduação médica ([tabela 2](#)).

Preocupantemente, 139 entrevistados (92,7%) afirmam não terem recebido treinamento formal específico de como lidar com paciente no final da vida durante a graduação e 112 indivíduos (74,7%) acreditam que a abordagem das questões de ética e direito no currículo médico da graduação não lhes foi satisfatório.

Como resultado dessa lacuna acadêmica, 60% dos entrevistados afirmaram desconhecimento do teor da Resolução 1805/2006, do Conselho Federal de Medicina, sobre a ortotanásia. Entretanto, esse desconhecimento é mais acentuado entre os mais jovens, como expresso na [tabela 3](#). Não houve influência do sexo sobre este quesito (dado não apresentado).

Não obstante a deficiência na formação do médico, observou-se que 69,3% ($n = 104$) dos entrevistados se julgam capaz de diagnosticar se um paciente apresenta doença incurável, com prognóstico reservado, independentemente de sexo e idade (dados não apresentados).

Observou-se, ainda, que 92% ($n = 138$) dos entrevistados afirmam que já se depararam com situação(ões) em que o procedimento cirúrgico, em que atuaram como anestesiológistas, produziu sofrimento desnecessário e não acrescentou qualidade de vida ao paciente. Esta realidade os provou, notadamente, sentimento de indignação e frustração ([tabela 4](#)). Como consequência prática, apesar de haver

Tabela 1 Caracterização geral da população estudada de acordo com dados demográficos gerais e o grau de instrução

Dado demográfico	Características	n	%	
Sexo	Masculino	93	62,0	
	Feminino	57	38,0	
Faixa etária	< 40 anos	72	48,0	
	40 a 59 anos	58	38,0	
	≥ 60 anos	20	14,0	
Estado civil	Casado	115	76,7	
	Solteiro	16	10,7	
	Divorciado	13	8,6	
	Outros	4	2,7	
	Viúvo	2	1,3	
Cor da pele	Branca	109	72,6	
	Parda	36	24,0	
	Amarela	4	2,7	
	Negra	1	0,7	
Religião	Católica	83	55,3	
	Espírita	21	14,0	
	Agnóstica	20	13,2	
	Ateia	10	6,7	
	Evangélica	10	6,7	
	Judaica	2	1,3	
	Budista	1	0,7	
	Cristã	1	0,7	
	Luterana	1	0,7	
	Outros	1	0,7	
	Grau de titulação	Especialização	Sim	131
Não			19	12,7
Mestrado		Sim	130	88,0
		Não	18	12,0
Doutorado		Sim	140	93,3
		Não	10	6,7
Total	150	100		

n, número de sujeitos entrevistados; %, Percentagem.

Tabela 2 Local em que o conhecimento acerca dos institutos da distanásia, eutanásia, ortotanásia e do suicídio médico assistido foi adquirido

Conhecimento dos institutos ^a	Local de aprendizagem	n	%
Conhece	Fora do meio acadêmico	63	42,0
	Graduação	38	25,0
	Especialização	14	9,3
	Observação de outros profissionais	13	9,0
	Não se recorda	3	12,0
	Antes da graduação	2	1,3
	Mestrado	1	0,7
	Doutorado	1	0,7
	Subtotal	129	100,0 ^b
Não conhece		21	14,0
Total		150	100

n, número de sujeitos entrevistados; %, Percentagem.

^a Segundo a autoavaliação do entrevistado.

^b Percentagem considerando os que afirmam conhecer os institutos.

Tabela 3 Conhecimento do teor da Resolução 1805/2006 Conselho Federal de Medicina, de acordo com a faixa etária do anestesiologista

Faixa etária	Conhece		Total
	Não	Sim	
< 40 anos	53 73,6% ^a	19 26,4%	72 48%
40 a 59 anos	27 46,6% ^b	31 53,4%	58 38,6%
≥ 60 anos	10 50,0% ^b	10 50,0%	20 13,3%
Total	n 90 60,0%	60 40,0%	150 100,0%

Conhece	Faixa etária			Total
	< 40 anos	40 a 59 anos	≥ 60 anos	
Sim	53 (73,6%)	27 (46,6%)	10 (50,0%)	90 (60,0%)
Não	19 (26,4%)	31 (53,4%)	10 (50,0%)	60 (40,0%)
Total	72	58	20	150

n, número de sujeitos entrevistados; %, percentagem.
Letras expressam comparação entre sexos, com $p = 0,004$.

Tabela 4 Sentimento experimentado ao se deparar com situações em que o procedimento cirúrgico produziu sofrimento desnecessário e não acrescentou qualidade de vida ao paciente

Sentimento	n	%
Frustração	57	38,0
Indignação	54	36,0
Resignação	15	10,0
Dúvida sobre os sentimentos	9	6,0
Tristeza e desconforto	8	5,3
Raiva	4	2,7
Indiferença	3	2,0
Total	150	100

n, Número de sujeitos entrevistados; %, Percentagem.

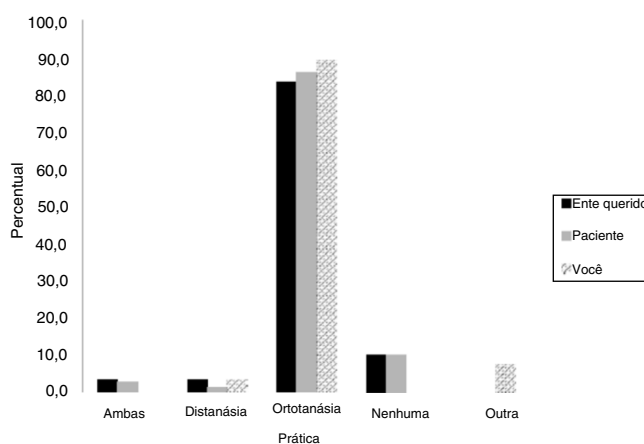
discordância em sua maioria, o anestesiologista acabou por aderir ao procedimento imposto pelo cirurgião (46%, $n = 69$).

Entre os bens jurídicos, vida e dignidade, há concordância entre os anestesiologistas em se tutelar a dignidade (73,3%; $n = 110$). Entretanto, são as anestesiologistas as que priorizam a dignidade com maior ênfase ($p = 0,04$ entre os sexos) (tabela 5). Esta escolha se reflete na preferência pela ortotanásia como prática de cuidado, no final da vida, do próprio anestesiologista, seus familiares e seus pacientes (fig. 1), sendo a residência o local preferencial para morrer (fig. 2).

Não se observou influência da religião e da região político-administrativa de residência do anestesiologista sobre os resultados acima apresentados.

Discussão

Pouco tem sido descrito sobre Bioética aplicada à Anestesiologia. Nesta área, destaca-se o estudo: "Contribuições da Bioética para o anestesiologista; uma visão teórica".⁴ Não

**Figura 1** Distribuição da preferência do médico entre distanásia/ortotanásia quando aplicadas a ele mesmo, no paciente e no ente querido. Resultados expressos em percentagem ($p > 0,05$).

é do nosso conhecimento que haja publicação, na literatura médica-jurídica, que tenha absoluta similitude com o objeto desta pesquisa.

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

Diferentemente dos resultados do último censo brasileiro, no qual os homens são minoria da população (48,62%), na amostra da pesquisa houve predominância do sexo masculino entre os anestesiologistas brasileiros, tal qual resultados da Demografia Médica no Brasil, 2018.¹³

Também há predominância de indivíduos jovens, com idades inferiores a 40 anos, talvez refletindo a maior habilidade do uso do tipo de instrumento eleito para a pesquisa (questi-

Tabela 5 Preferência entre a vida ou a dignidade da pessoa humana segundo o sexo do anestesiológico

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

Direito	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Dignidade	47 (82,5%)	63 (67,7%)	110 (73,3)
Vida	10 (17,5%)	30 (32,3%)	40 (26,7%)
Total	57 (38,0%)	93 (62,0%)	150,0 (100,0%)

n, Número de sujeitos entrevistados; %, Percentagem.
Letras expressam comparação entre sexos, com $p = 0,04$.

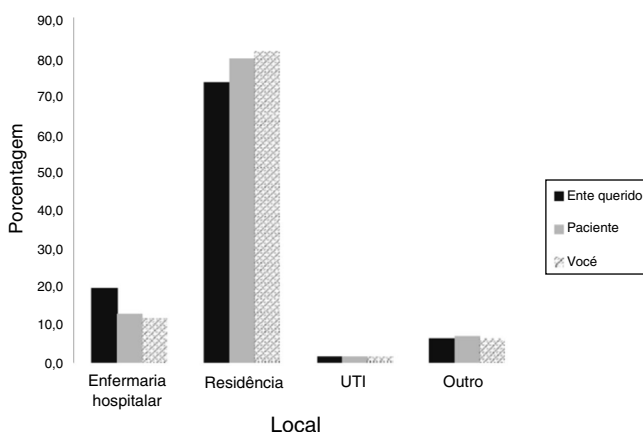


Figura 2 Distribuição da preferência do médico, quanto ao local da ocorrência do óbito, com relação a ele próprio, ao ente querido e ao paciente. Resultados expressos em porcentagem ($p > 0,05$).

onário on-line). Esses resultados são discretamente distintos do que acontece entre os médicos especialistas brasileiros, em que os menores de 40 anos de idade representam 35,79% e, os maiores de 60 anos, 20,77%. A média de idade do anestesiológico brasileiro é de $49,2 \pm 12,5$.¹³ A titulação máxima observada entre os anestesiológicos da amostra foi a especialização, o que parece refletir a realidade brasileira. É importante frisar que 44% dos entrevistados afirmam já terem sido abordados por pacientes para conversar sobre o que desejavam quanto à terminalidade, o que reforça o acerto na escolha da especialidade para compor os sujeitos desta pesquisa.

Constatou-se que a distanásia, embora não desejada pela maioria dos anestesiológicos, é prática corrente. A realidade mostra que o ser humano, tendo experimentado o tecnicismo exacerbado do século XX, no qual a tecnologia e as ciências experimentais sobrepuseram-se às ciências humanas, ora busca reequilíbrio de valores com a humanização da relações interpessoais.⁴ Assim, a realidade anterior de quase imortalidade oferecida pela medicina, às

custas do consumo da fortuna e da dignidade, agora não mais se mostra vantajosa e, por isso, indesejada. Os anestesiológicos, em sua grande maioria, aceitam a morte como evento integrante da vida e optam pela proteção do direito à dignidade da pessoa humana em detrimento do prolongamento da existência.

Mas o desejo pela ortotanásia não é anseio exclusivo dos anestesiológicos. Em artigo científico intitulado "Reflexões legais e éticas sobre o final da vida"; 83,3% dos familiares de pacientes internados nas unidades de terapia intensiva, em estágio terminal, são favoráveis à ortotanásia.¹⁴ Portanto, a ortotanásia não é predileção exclusiva de uma elite científica e sem vínculos pessoais com o paciente terminal. É o anseio, inclusive, de familiares que estão a vivenciar, diretamente, o morrer. Em pacientes terminais internados em unidades de terapia intensiva, que recusaram tratamento ou solicitaram a sua suspensão, verificou-se, como motivação para tais escolhas, a percepção de ser fútil o tratamento proposto, ou seja, este representaria distanásia.¹⁵

Revisão integrativa da literatura, incluindo 25 artigos relacionados aos temas eutanásia e/ou distanásia e/ou ortotanásia, mostrou que a distanásia ainda é frequente no Brasil.¹⁶ O médico, muitas das vezes inseguro em praticar a ortotanásia, acaba por praticar a distanásia que, em via reflexa, incrementa os índices de mistanásia, morte miserável decorrente da negativa às pessoas ao acesso às novas tecnologias e cuidados médicos.¹⁷ A maioria dos anestesiológicos afirma entender que vida humana só é interessante se for com dignidade. Por via de consequência, é inegável que, para essa população, a prática de distanásia não é a mais adequada, já que a idolatria à vida seria uma obstinação inarredável.

Nesta pesquisa, a maioria dos entrevistados afirmaram que o conteúdo de ética e direito, no que se refere à abordagem das questões adidas à terminalidade e aos cuidados paliativos, não lhes foram satisfatórios na graduação. Talvez sejam estas algumas das causas da insegurança médica para defender a prática de atos de ortotanásia: desconhecimento das resoluções vigentes. A deficiência no ensino de uma medicina mais voltada ao ser, sem o endeusamento da

técnica, já foi relatada em editorial do *Jornal de Pediatria*, da Sociedade Brasileira de Pediatria, que afirma a perda da qualidade de ensino/treinamento durante a graduação, decorre do crescimento desordenado das escolas médicas e do avolumar de novos conhecimentos e tecnologias.¹⁸

A influência nociva no negligenciar da formação dos profissionais de saúde culmina com equívocos recorrentes no que diz respeito à eutanásia passiva e ortotanásia, considerados sinônimos em vários artigos científicos publicados sobre o tema, muitos deles escritos por médicos.¹⁹ Admitir a sinonímia é desconhecer a legislação brasileira e a ética médica, pois trata-se de institutos diversos, com objetivos muito diferentes. Na eutanásia passiva, observa-se o abandono de qualquer terapêutica, com fins de abreviar a vida; enquanto na ortotanásia, ao contrário, garante-se integral cuidado ao paciente e à família para assegurar, ao doente terminal, o alívio de sintomas que o levem ao sofrimento, preservando a sua dignidade e deixando que a morte ocorra no seu termo natural. Portanto, enquanto naquela a omissão total objetiva a morte, nesta, a ação plena e multidisciplinar objetiva uma vida digna frente à terminalidade, respeitando-se sempre a autonomia de vontade do paciente ou, na sua impossibilidade, do seu responsável. Enquanto uma é crime, a outra é conduta lícita e ética. Tal equívoco desfaz-se com a análise das Resoluções CFM nº 1.805/06, 1.931/09 e do Código Penal.^{7,8,20}

Os anesthesiologistas recrutados no estudo relatam já ter se deparado com situação(ões) em que o procedimento cirúrgico resultou em distanásia. Diante de tal situação, muitos anesthesiologistas praticam a distanásia em coautoria, ainda que a contragosto, o que lhes gera frustração, indignação, entre outros sentimentos negativos. Em pesquisa realizada com enfermeiros intensivistas, se observou que a distanásia praticada pela equipe médica lhes causa "sofrimento, frustração e inquietação".¹⁵ O que se pode constatar é que a persistência dessa realidade impõe sofrimento aos enfermos, mas também pode comprometer a saúde da equipe que os assiste.

Anesthesiologistas optam pela ortotanásia, independentemente do sujeito, se seu paciente é um ente querido ou ele mesmo. Entretanto, ainda pequena parcela desses especialistas prefere praticar a distanásia quando se trata de seu familiar querido ou de seu paciente. Em pesquisa sobre as preferências de médicos intensivistas brasileiros sobre as duas práticas, 100% destes acreditam ser a ortotanásia a prática adequada, mas somente 93% afirmam ser possível colocá-la em efetividade.²¹

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

Assim, dados do IBGE de 2016 acerca de onde têm morrido os brasileiros, informam-nos que 73,07% das mortes ocorrem em hospitais.^{22,23} Ou seja, a distanásia, lamentavelmente, parece ser uma grande realidade. Esta pesquisa mostra que o local preferido pelos entrevistados para o momento da morte é a própria casa, tanto para eles mesmos, como para o paciente e o ente querido.

No que se refere à legalidade, no Brasil, há escassez de legislação a cuidar da ortotanásia. O Poder Legislativo Federal, até a presente data, não disciplina a matéria de forma direta, mas indireta, como, por exemplo, a Lei nº 10.406/2002 (Código Civil)²⁴ que, em seu art. 15, autoriza o paciente a recusar determinados procedimentos médicos, e a Lei 8.080/90 (disciplina o SUS),²⁵ que em seu art. 7º, III, reconhece o direito de autonomia para o paciente.

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

A ortotanásia viabiliza ao paciente, muitas vezes, a oportunidade de realizar seus últimos desejos, despedir-se dos queridos, perdoar os desafetos, programar seus últimos passos etc. Inegável que, para promover mudanças de paradigmas tão arraigados em nossa sociedade, na qual a obstinação terapêutica ainda se mostra ocorrente, devemos lutar por legislação eficaz e comprometida com a educação que distancie a insegurança nas condutas frente à terminalidade.

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

Como limitações desta pesquisa, podem ser apontados a ausência da explicação do teor da Resolução CFM 1.805/06; a não aferição, entre os participantes, do real conhecimento dos institutos objetos desta pesquisa; o tipo de instrumento eleito possui viés próprio da forma de recrutamento; e o viés de motivação decorrente da quantidade de perguntas do questionário.

Concluimos, pelos resultados obtidos, que o anesthesiologista refere conhecer os institutos da distanásia e ortotanásia, sendo que a sua preferência recaía sobre a última. Há uma lacuna a ser preenchida na educação médica no que tange à terminalidade. A prática da distanásia resulta, nesses profissionais, sentimentos negativos, como a frustração e a indignação.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Pessini L, Bertachini L. Humanização e Cuidados Paliativos. In: 3ª Ed. São Paulo: EDUNISC - Editora do Centro Universitário São Camilo; 2006. p. 316.
2. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Revista Bioética* [revisa em Internet]. 1996;4:31-43 [acesso 24 de maio de 2017]. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357 Pacheco S. VI Seminário do Conselho

- Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros de Portugal. Ordem dos Enfermeiros. 20ª Ed, Ponta Delgada, 200682.
3. Santos MF, Oliveira HJ, Oliveira OR, Mello MV, Melo GP, Queiroz FS. Contribuições da Bioética para o anesthesiologista: uma visão teórica. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 2013;11:60–70.
 4. Santos IN. Mistanásia Ativa e Passiva [publicação on line]; 2017 [acesso em 9 de ago de 2017]. Disponível em: <https://advogadaingrid.jusbrasil.com.br/artigos/453525917/mistanasia-ativa-e-passiva?ref=topic.feed>.
 5. Cunha ID. O direito à morte digna: fazer viver ou deixar morrer, eis a questão. *Ciência & Saúde Coletiva* [revista em Internet]. 2013 [acesso 24 de novembro de 2017];24. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=e8855b3528cb03d1>.
 6. Brasil. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. 31 dez 1940.
 7. Brasil. Resolução n(1.931, de 17 de setembro de 2009 - Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 17 set 2009.
 8. Melo AGCC. *Discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009.
 9. Fisher L. *Biostatistics ? A Methodology for the Health Sciences*. Nova Iorque: Wiley-interscience. 1993:991.
 10. Altman DG. *Practical Statistics for medical research*. Londres: Chapman & Hall. 1996:611.
 11. Zar J. *Bioestatistical analysis*. 5ª ed. Nova Jersey: Prentice – Hall. 2010:994.
 12. Fiocruz. *Demografia Médica*. 2018.[base de dados online].Rio de Janeiro. [acesso em 10 de fevereiro de 2019]. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf).
 13. Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA, de, Souza LL, de, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Revista Bioética* [revista em Internet]. 2010;18:275–88. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista.bioetica/article/viewFile/564/537>.
 14. Silva FS, da, Pachemshy LR, Rodrigues IG. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [revista em Internet]. 2009;21:148–54. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0103-507X2009000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.
 15. Felix ZC, Costa SFG, da, Alves AMP, de M, Andrade CG, de, Duarte MCS, Brito FM. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [revista em Internet]. 2013;18:2733–46 [acesso 11 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a29.pdf>.
 16. Vilhena RRVSM ? Cuidados paliativos e obstinação terapêutica: decisões em fim de vida. Dissertação. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa. 2013.
 17. Enoir C, Trindade P. O preceptor na residência médica em Pediatria. *Jornal de Pediatria* [jornal em Internet]. 2000. 2000 [acesso 5 de janeiro de 2018];76. Acesso em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-05-327/port.pdf>.
 18. Bomtempo TV. Análise constitucional da ortotanásia: O direito de morrer com dignidade - Biodireito - Âmbito Jurídico [revista em Internet]. Vol. 9. *Revista Internacional de Direito e Cidadania*. 2011:169–82 [citado 5 de agosto de 2017]. Disponível em: <http://www.tex.pro.br/artigos/305-artigos-mai-2015/7121-a-ortotan-asia-e-o-direito-de-morrer-com-dignidade-umaanaliseconstitucional>.
 19. Brasil. Resolução n° 1.805/2006, de 28 de novembro de 2006. Conselho Federal de Medicina. 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. 28 nov 2006.
 20. Brasil. Resolução n. 1.931/2009, de 24 de setembro de 2009. Conselho Federal de Medicina. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 24 set 2009.
 21. Vane MF, Posso IDP. Perception of physicians of Intensive Care Units of the Clinicas Hospital Complex about orthothanasia. *Revista Dor*. 2011;12:39–45.
 22. Instituto Brasileiro de Geografia. Tabela 367: Número de óbitos ocorridos e registrados no ano por lugar de residência do(a) falecido(a), local de ocorrência e sexo. 2010 [acesso em 3 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/367#resultado>.
 23. Instituto Brasileiro de Geografia. Tabela 2654: Óbitos, ocorridos no ano, por mês de ocorrência, natureza do óbito, sexo, idade, local de ocorrência e lugar de residência do falecido. 2016 [acesso em 3 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/2654#resultado>.
 24. Brasil. Lei 10.406/02, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Diário Oficial da União. 10 jan 2002.
 25. Brasil. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 set 1990.