

Recuperando o tempo quase perdido por meio da extubação paliativa: análise dos argumentos do parecer 37/2020 do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais

Ana Sarah Vilela de Oliveira¹

Gustavo Pereira Leite Ribeiro²

RESUMO: A extubação paliativa consiste na retirada da ventilação mecânica de pacientes em estado terminal, quando esta terapia não alcança os benefícios almejados. Nesse contexto, o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM/MG) foi indagado se a prática pode ser considerada cuidado paliativo e, por consequência, um ato de ortotanásia. Assim, emitiu o parecer 37/2020 que concluiu não ser o procedimento recomendável e ético, mas sim imprudente. Em vista disso, o presente trabalho tem como objetivo analisar os três principais argumentos do documento: i) a extubação paliativa é danosa, pois é uma ação precipitante da morte do paciente; ii) o procedimento é um ato imprudente, vez que a intubação foi instituída com a intenção de dar suporte à vida; iii) a extubação paliativa causa a morte do paciente, por isso não pode ser compreendida como cuidado paliativo. Para tanto, foi realizada uma investigação bibliográfica e jurídico-dogmática com enfoque qualitativo. Chega-se à conclusão, então, da incoerência das afirmações em razão da extubação paliativa somente ocorrer frente à decisão errônea de inserir a ventilação mecânica e restarem esgotadas outras opções terapêuticas, de modo que a morte já era esperada, o que não caracteriza uma ação precipitante ou um ato de matar. O objetivo do procedimento é assegurar o controle dos sintomas até a chegada da morte, por meio de uma assistência integralizada às necessidades do enfermo, caracterizando-se como uma prática de cuidado paliativo.

PALAVRAS-CHAVE: Extubação paliativa; paciente terminal; cuidado paliativo; ortotanásia; parecer 37/2020 CRM/MG.

SUMÁRIO: Introdução; 1. Consulta ao CRM/MG – a extubação paliativa pode ser considerada cuidado paliativo?; 2. A retirada da ventilação mecânica em pacientes com doenças terminais: compreensão da extubação paliativa; 2.1 Afinal, o que é a extubação

¹ Graduanda em Direito pela Universidade Federal de Lavras. Bolsista do Programa de Bolsa de Iniciação Científica da Universidade Federal de Lavras (PIBIC/UFLA). Integrante do Laboratório de Bioética e Direito (LABB/CNPq).

² Mestre (2004) e Doutor (2010) em Direito Privado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas). Professor Adjunto de Direito Civil na Universidade Federal de Lavras (UFLA). Líder do grupo de pesquisa Laboratório de Bioética e Direito (LABB/CNPq) e do Programa de Educação Tutorial Institucional da Universidade Federal de Lavras (PETI/UFLA).

paliativa?; 2.2 Pacientes destinados à extubação paliativa; 2.3 Abordagem da extubação paliativa; 3. Esclarecendo os cuidados paliativos e a ortotanásia sob os fundamentos da resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina; 4. A miscelânea de conceitos em argumentos vazios: análise do parecer nº 37/2020 do CRM-MG; 4.1 Argumento I - A precipitação da morte e o dano; 4.2 Argumento II: A imprudência na retirada do suporte de vida; 4.3 Argumento III: Extubação paliativa como um ato de matar; Considerações Finais; Referências Bibliográficas.

TITLE: RECOVERING ALMOST LOST TIME THROUGH PALLIATIVE EXTUBATION: ANALYSIS OF THE ARGUMENTS OF OPINION 37/2020 OF THE REGIONAL COUNCIL OF MEDICINE OF MINAS GERAIS

ABSTRACT: Palliative extubation consists of withdrawing mechanical ventilation from terminally ill patients, when this therapy does not achieve the desired benefits. In this context, the Regional Council of Medicine of Minas Gerais (CRM/MG) was asked if the practice could be considered palliative care and, consequently, an act of orthothanasia. Thus, it issued opinion 37/2020, which concluded that the procedure was not recommendable and ethical, but imprudent. In view of this, the present work aims to analyze the three main arguments of the document: i) palliative extubation is harmful, as it is an action that causes the patient's death; ii) the procedure is an imprudent act, since intubation was instituted with the intention of supporting life; iii) palliative extubation causes the death of the patient, so it cannot be understood as palliative care. Therefore, a bibliographic and legal-dogmatic investigation was carried out with a qualitative approach. It is concluded, then, that the statements are incoherent because palliative extubation only occurs in the face of the wrong decision to insert mechanical ventilation and other therapeutic options are exhausted, so that death was already expected, which does not characterize an action, precipitant or an act of killing. The objective of palliative extubation is to ensure the control of symptoms until the arrival of death, through comprehensive care to the needs of the sick, characterized as a practice of palliative care.

KEYWORDS: Palliative extubation; terminal patient; palliative care; orthothanasia; opinion 37/2020 CRM/MG.

CONTENTS: Introduction; 1. Consultation with CRM/MG – can palliative extubation be considered palliative care?; 2. Withdrawal of mechanical ventilation in terminally ill patients: understanding palliative extubation; 2.1 After all, what is palliative extubation?;

2.2 Patients destined for palliative extubation; 2.3 Palliative extubation approach; 3. Clarifying palliative care and orthothanasia based on Resolution 1805/2006 of the Federal Council of Medicine; 4. The miscellany of concepts in empty arguments: analysis of opinion nº 37/2020 of CRM-MG; 4.1 Argument I - The precipitation of death and damage; 4.2 Argument II: Recklessness in withdrawing life support; 4.3 Argument III: Palliative extubation as an act of killing; Final considerations; Bibliographic references.

INTRODUÇÃO

*A discussão que se faz necessária não é sobre o morrer,
mas sobre como continuar vivendo até lá.*
(Ana Michele Soares - paciente de cuidados paliativos)³

Com o avanço da tecnologia nos cuidados de saúde, pacientes gravemente doentes e sem perspectiva de cura, passaram a ser submetidos ao uso invasivo de suporte de vida. Nesses casos, a terapêutica apenas prolonga o sofrimento e o processo de morte, sem qualquer benefício para o enfermo, vez que o suporte não possui finalidade curativa.

Em vista disso, a extubação paliativa tem sido considerada uma alternativa para essa ocorrência. A prática consiste na retirada da ventilação mecânica e do tubo endotraqueal de pacientes em estado terminal, para os quais a morte já é esperada e as opções curativas acabaram.⁴ Devido a essa condição, o procedimento apenas ocorre se houver uma assistência integralizada às necessidades do enfermo, de modo a controlar a dor e o sofrimento até a chegada da morte.⁵

No entanto, a retirada de tal suporte tem sido alvo de dúvidas. Por esta razão, foi enviado ao Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM/MG) uma consulta que requereu o parecer da autarquia sobre o procedimento da extubação paliativa, indagando se esta é considerada uma prática de cuidado paliativo e, por consequência, ortotanásia. Porém, concluiu de forma incoerente que a medida não é prudente, recomendável e nem ética.

³ G1 BEM ESTAR. Cuidados paliativos não são apenas para quem está à beira da morte. *Femama*, Porto Alegre, 31 de agosto de 2018. Disponível em: <https://bit.ly/30VT7FS>. Acesso em: 03 abr. 2022.

⁴ PEIXOTO, Mariana Fernandes, et al. Os benefícios da extubação paliativa na qualidade de morte. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, São Paulo, v. 8, n. 2, 2020.

⁵ SILVA, Josimário; LIMA, Andressa. Extubação paliativa: uma análise bioética. *Migalhas*, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3adrJHC>. Acesso em: 03 abr. 2022.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como principal objetivo avaliar os argumentos expostos no documento, quais sejam: a) a extubação paliativa é danosa, pois é uma ação precipitante da morte do paciente; b) o procedimento é um ato imprudente, vez que a intubação foi instituída com a intenção de dar suporte à vida; c) a extubação paliativa causa a morte, por isso não pode ser compreendida como ortotanásia e, por consequência, uma prática de cuidado paliativo.

Atento à escassez legal, doutrinária e jurisprudencial do tema no Brasil, o artigo pretende apresentar os fundamentos tecnocientíficos, principiológicos e as resoluções, que de forma tímida, orientam a temática por meio da seguinte estrutura:

Inicialmente, é feita uma breve exposição sobre a consulta, bem como os entornos da extubação paliativa. Assim, é realizada uma descrição sobre o que consiste a prática, a quem é destinada e como é executada. Disserta-se na sequência sobre a forma como a Resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina compreende a conduta da ortotanásia e os cuidados paliativos, culminando na análise da estrutura do parecer 37/2020 emitido pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais. Ao longo da última sessão são avaliados os argumentos ressaltados pelo Conselho.

1. CONSULTA AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MINAS GERAIS – EXTUBAÇÃO PALIATIVA PODE SER CONSIDERADA CUIDADO PALIATIVO?

Os Conselhos Regionais de Medicina são autarquias que têm como objetivo assegurar o desempenho ético dos médicos ao disciplinar o exercício da medicina e julgar casos de infrações éticas.⁶ Em vista disso, os Conselhos emitem pareceres a fim de esclarecer questionamentos e dúvidas dos referidos profissionais.⁷

No dia 10 de fevereiro de 2020, o Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais (CRM/MG) emitiu o parecer nº 37/2020, objeto do presente trabalho, em resposta ao processo consulta nº 12/2020. Este solicitava o parecer do CRM/MG sobre a extubação paliativa ser considerada uma prática de cuidado paliativo e, por consequência, um ato de ortotanásia, com fundamento na Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina.

⁶QUEM somos. CRM-MG, Belo Horizonte, [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/3J6Nola>. Acesso em: 03 abr. 2022.

⁷BRASIL. Resolução CFM n. 2.070/2014. Estabelece normas para emissão de Pareceres do Conselho Federal de Medicina. Brasília, DF. Disponível em: <https://bit.ly/38zpGQV>. Acesso em: 03 abr. 2022.

Antes de analisar o supracitado documento e os seus argumentos, é necessário compreender a prática da extubação paliativa, o que são os cuidados paliativos e a conduta da ortotanásia.

2. A RETIRADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES COM DOENÇAS TERMINAIS: COMPREENSÃO DA EXTUBAÇÃO PALIATIVA

“Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre”.⁸ Este famoso aforismo de Hipócrates define o compromisso do médico para com os doentes ao ressaltar os objetivos da medicina. Percebe-se que não foi dada ênfase à cura, pois o médico grego, considerado como o pai da medicina, acreditava que para alcançá-la dependia das forças da natureza, pois as doenças seguiam o seu curso natural e cabia ao médico auxiliá-la para obter a cura.⁹

Com base nesta máxima, Joffre Marcondes de Rezende analisa a tradução feita por Littré e Jones das obras de Hipócrates que determina o principal objetivo da medicina da seguinte maneira:

Quanto à medicina, tal como eu a concebo, penso que o seu objetivo, em termos gerais, é de afastar os sofrimentos do doente e diminuir a violência das suas doenças, abstendo-se de tratar os doentes graves para os quais a medicina não dispõe de recursos.¹⁰

A preocupação se centrava, portanto, na pessoa do doente, no alívio da dor e do seu sofrimento. Porém, com o desenvolvimento da medicina, tornou-se possível alcançar a cura em situações que antes eram inimagináveis, o que afastou, com o tempo, o objetivo categórico da prática médica, ou seja, invertendo o supracitado aforismo.

É fato que a tecnologia tem ocupado um espaço necessário nos procedimentos de saúde. As novas metodologias criadas para averiguar e controlar as variáveis vitais permitiram aos profissionais a possibilidade de prolongar a vida por certo tempo.¹¹ Os benefícios

⁸ REZENDE, Joffre Marcondes de. *À sombra do Plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2009. p. 55.

⁹ REZENDE, Joffre Marcondes de. *À sombra do Plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2009.

¹⁰ REZENDE, Joffre Marcondes de. *À sombra do Plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2009. p. 56.

¹¹ BRASIL. *Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006*. Brasília, DF: CFM, [2006]. Disponível em: <https://bit.ly/3ox4Kox>. Acesso em: 03 abr. 2022.

auferidos com esse novo cenário são incontáveis e têm garantido esperança e certezas que não eram possíveis em outras ocasiões.

Nesse contexto, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) assumem um importante papel, ao ter como propósito dar suporte, preservar e restaurar as funções vitais do paciente, enquanto ele se recupera de sua enfermidade.¹² No entanto, esses setores não são indicados para enfermos que se encontram em situação de terminalidade,¹³ pois nessas circunstâncias o objetivo do tratamento passa a ser o cuidado e a promoção da qualidade de vida até a chegada da morte, a qual já é esperada.¹⁴

Contrariando essa orientação, muitas das admissões nas UTI's não justificam o alto nível de tecnologia que é empregado para manter o indivíduo vivo a todo custo. Como consequência, o paciente acaba por vivenciar situações inadequadas para o seu estado, como prolongamento do processo de morte, dor, sofrimento, dependência aos suportes artificiais e inversão da prioridade de cuidados que passa a se pautar em medidas intrusivas.

Rhona Flin e colaboradores, ao avaliar os fatores humanos envolvidos nas complicações decorrentes do manejo das vias aéreas, indicam que esses resultados decorrem de procedimentos anestésicos que não foram realizados corretamente, decisão errada de intubar e falhas na detecção do problema.¹⁵ Estes ocorrem, em 56% dos casos, devido a julgamentos equivocados e 14% em razão do trabalho em equipe inadequado.¹⁶ É notório, portanto, que a falta de uma comunicação prévia acerca dos objetivos do tratamento, bem como a resistência dos profissionais envolvidos para assegurar que a morte ocorra de forma natural, afetam diretamente o sucesso da terapêutica proposta.

¹² COOK, Deborah, et al. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, Toronto, v. 34, n 11, 2006.

¹³ A sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos elenca algumas características do paciente em situação de enfermidade terminal, quais sejam: i) presença de enfermidade avançada, progressiva e incurável; ii) falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento científico; iii) presença de numerosos problemas ou sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais; iv) grande impacto emocional no paciente, família e equipe terapêutica, muito relacionada com a presença, explícita ou não, da morte; v) prognóstico de vida inferior a 6 meses. GUIA de Cuidados Paliativos. *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, Madrid, [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/3EP2R6c>. Acesso em: 03 abr. 2022.

¹⁴ COOK, Deborah, et al. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, Toronto, v. 34, n 11, 2006.

¹⁵ FLIN, Rhona, et al. Human factors in the development of complications of airway management: preliminary evaluation of an interview tool. *Anaesthesia*, Aberdeen, v. 68, 2013.

¹⁶ FLIN, Rhona, et al. Human factors in the development of complications of airway management: preliminary evaluation of an interview tool. *Anaesthesia*, Aberdeen, v. 68, 2013.

Em vista disso, se faz necessário que a equipe reconheça quais são os desejos e preferências do indivíduo, vez que os cuidados médicos devem se ater ao bem estar do enfermo, por isso, a sua autonomia deve ser exercida e respeitada. No entanto, por vezes, não são ao menos conhecidos, o que dificulta as discussões sobre a retirada do suporte de vida.¹⁷

Nestas intervenções inapropriadas, os suportes avançados de vida, que têm como objetivo estabilizar as funções vitais do paciente enquanto as medidas curativas continuam a ser fornecidas, passam a ser considerados como forma de prolongar uma morte agonizante.¹⁸ Essa realidade exige da equipe médica a avaliação sobre a possibilidade da retirada de terapias consideradas fúteis.¹⁹

2.1 Afinal, o que é a extubação paliativa?

Antes de adentrar ao mérito da pergunta que norteia o presente tópico, é preciso compreender o que é o processo de intubação. Este procedimento, também conhecido como intubação traqueal, orotraqueal ou endotraqueal, consiste na inserção de um tubo, ligado a um respirador, na boca do paciente até a sua traqueia, de modo a manter uma via aérea aberta até o pulmão, sem finalidade curativa.²⁰ Assim, visa preservar a respiração do indivíduo, sendo, portanto, um suporte avançado de vida.²¹

É indicado para aqueles pacientes que necessitam de suporte ventilatório, o qual pode ter caráter eletivo ou de urgência.²² Quanto ao primeiro, a decisão de intubar é da equipe e refere-se a casos cirúrgicos.²³ Já o caráter de urgência é recomendado quando há

¹⁷ COOK, Deborah, et al. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, Toronto, v. 34, n 11, 2006.

¹⁸ KOK, Victor C. Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. *Clinical Interventions in Aging*, Taiwan, v. 10, 2015.

¹⁹ A palavra futilidade vem de um termo grego que significa inútil, ou seja, um objetivo que não pode ser alcançado. SZALADOS, James Emery. Discontinuation of Mechanical Ventilation at End-of-Life: The Ethical and Legal Boundaries of Physician Conduct in Termination of Life Support. *Science Direct*, Elsevier, v. 23, i. 2, 2007.

²⁰ MATSUMOTO, Toshio; CARVALHO, Werther Brunow. Intubação traqueal. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 833, n. 2, 2007.

²¹ MATSUMOTO, Toshio; CARVALHO, Werther Brunow. Intubação traqueal. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 833, n. 2, 2007.

²² MATSUMOTO, Toshio; CARVALHO, Werther Brunow. Intubação traqueal. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 833, n. 2, 2007.

²³ MATSUMOTO, Toshio; CARVALHO, Werther Brunow. Intubação traqueal. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 833, n. 2, 2007.

ocorrências como parada cardiorrespiratória, insuficiência respiratória, hipoventilação, choque, coma, pós-operatório e politraumatismo.²⁴

A prática é considerada invasiva e as complicações possuem incidência que variam de 0% a 18%.²⁵ Logo na introdução da cânula, uma média de 63% dos pacientes sofrem lesões agudas da laringe, que costumam ser reversíveis em 30 dias.²⁶ Quando o uso do suporte se torna prolongado, superior a 24 ou 48 horas,²⁷ 62% dos enfermos passam a apresentar baixa qualidade de vida e problemas de consciência.²⁸ A partir do décimo dia da intubação aumenta de 10% a 19% a ocorrência de estenose traqueal, que consiste na obstrução da traqueia, impedindo a passagem do ar pela via.²⁹

Desse modo, a intubação orotraqueal somente é desejável quando há chances de reversibilidade do quadro.³⁰ Contrariando o disposto, é comum que enfermos sem possibilidades terapêuticas atuais de cura sejam intubados, fator que prolonga a sua dor e sofrimento e torna-os dependentes do suporte ventilatório.

Nesse contexto, a extubação paliativa consiste justamente na retirada do tubo endotraqueal e da ventilação mecânica. É indicada quando tal suporte artificial passa a não cumprir com o propósito de preservar a respiração enquanto outras terapias curativas continuam a ser aplicadas. A prática se faz devida, pois não há opções terapêuticas que possam reverter o quadro do paciente, por isso espera-se que a morte ocorra em um curto espaço de tempo.³¹

Segundo Josimário Silva e Andressa Lima, o objetivo não é provocar o óbito, que por vezes nem é o desfecho, mas sim proporcionar o controle dos sintomas e proteger de

²⁴ MATSUMOTO, Toshio; CARVALHO, Werther Brunow. Intubação traqueal. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 833, n. 2, 2007.

²⁵ MOTA, Luiz Alerto Alves; CARVALHO, Glauber Barbosa de; BRITO, Valeska Almeida Brito. Complicações laríngeas por intubação orotraqueal: revisão de literatura. *International Archives of Otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2012.

²⁶ MOTA, Luiz Alerto Alves; CARVALHO, Glauber Barbosa de; BRITO, Valeska Almeida Brito. Complicações laríngeas por intubação orotraqueal: revisão de literatura. *International Archives of Otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2012.

²⁷ MOTA, Luiz Alerto Alves; CARVALHO, Glauber Barbosa de; BRITO, Valeska Almeida Brito. Complicações laríngeas por intubação orotraqueal: revisão de literatura. *International Archives of Otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2012.

²⁸ CHEN, Yu-Chih; et al. Determinants of receiving palliative care and ventilator withdrawal among patients with prolonged mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, Toronto, v. 45, n. 10, 2017.

²⁹ CARDOSO, Lemon, et al. Intubação orotraqueal prolongada e a indicação de traqueostomia. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, Sorocaba, v. 16, n. 4, 2014.

³⁰ DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. 5 ed. São Paulo: Foco, 2020.

³¹ PEIXOTO, Mariana Fernandes, et al. Os benefícios da extubação paliativa na qualidade de morte. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, São Paulo, v. 8, n. 2, 2020.

intervenções que promovam desconforto e prolonguem uma morte agonizante. Com efeito, se o falecimento vier a ocorrer, é devido à condição do estágio da doença e não pela retirada do suporte avançado de vida.³²

2.2 Pacientes destinados à extubação paliativa

Em um estudo observacional para examinar os determinantes da extubação paliativa, Deborah Cook e colaboradores acompanharam 851 adultos gravemente enfermos, em quinze UTI's, durante 72 horas.³³ Os pesquisadores identificaram que os três preditores mais fortes para determinar a extubação paliativa foram as previsões do médico: i) de função cognitiva prejudicada; ii) de 10% de probabilidade de sobrevivência; iii) das preferências do paciente para limitar o suporte de vida.³⁴

Alguns outros critérios também são comumente considerados, como a idade avançada, possibilidade de maior comprometimento da qualidade de vida com a continuidade do procedimento e pontuação em escalas amplamente utilizadas e recomendadas cientificamente.³⁵ Por exemplo, caso a pontuação do paciente no escore *Karnofsky Performance Status*, que mede a expectativa de recuperação, seja baixa aliado com a alta do escore *Simplified Acute Physiology State*, que dispõe sobre o risco de mortalidade,³⁶ o enfermo será eleito à extubação paliativa.

A extubação paliativa é, portanto, um procedimento destinado aqueles indivíduos que apresentam diagnósticos irreversíveis, encontram-se em estado de irresponsividade³⁷ ao tratamento e que se tornaram dependentes do suporte ventilatório, sem o qual a morte já era esperada devido ao estágio da doença que o acomete.³⁸

³² SILVA, Josimário; LIMA, Andressa. Extubação paliativa: uma análise bioética. *Migalhas*, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3adrJHC>. Acesso em: 03 abr. 2022.

³³ COOK, Deborah, et al. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, Toronto, v. 34, n 11, 2006.

³⁴ COOK, Deborah, et al. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, Toronto, v. 34, n 11, 2006.

³⁵ NATIVIDADE, Taiane do Socorro Silva; COELHO, Paula Yasmin Camilo; AGUIAR, Danilo Rocha de; SILVA, Gabriela Ladeia da; SILVA, Rodrigo Batista da; SOEIRO, Ana Cristina Vidigal. Extubação paliativa: reflexões bioéticas sobre cuidados em fim de vida. *Revista Bioética*, Brasília, v. 29, n. 3, 2021.

³⁶ METNITZ, Philipp GH; MORENO, Rui P.; ALMEIDA, Eduardo; JORDAN, Barbara; BAUER, Peter; CAMPOS, Ricardo Abizanda; LAPICHINO, Gaetano; EDBROOKE, David; CAPUZZO, Maurizia; LE GALL, Jean-Roger. SAPS III: Simplified acute physiology score 3. *Evidencio Medical Decision Support*, Haaksbergen, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3JipJot>. Acesso em: 03 abr. 2022.

³⁷ A palavra irresponsividade remete ao paciente que não responde ao tratamento, ou seja, que não reage.

³⁸ AFFONSECA, Carolina de Araújo; CARVALHO, Luís Fernando Andrade de; QUINET, Renata de Pinho Barroso; GUIMARÃES, Maíla Cristina da Cunha; CURY, Verônica Ferreira; ROTTA, Alexandre Tellechea Rotta. Palliative extubation: five year experience in a pediatric hospital. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 95, n. 5, 2020.

2.3 Abordagem da extubação paliativa

A prática requer uma abordagem individualizada por meio de uma equipe especializada. Cristina Coelho e James Yankaskas expõem algumas medidas imprescindíveis para realizá-la que deverão ser adequadas à realidade de cada paciente, quais sejam:

1. Preparo da equipe de profissionais de saúde:
 - a. Revisão detalhada dos procedimentos a serem realizados com a equipe ao redor do paciente.
 - b. Todas as ações devem ser em benefício da dignidade do paciente.
2. Preparo do paciente e da família:
 - a. Melhorar a flexibilidade das visitas de familiares ao paciente.
 - b. Descontinuar os monitoramentos (como monitor cardíaco e oximetria de pulso), tratamentos e medicamentos desnecessários.
 - c. Assegurar que o paciente esteja calmo e sem dor.³⁹

Desse modo, deve ser realizada de maneira transparente, por isso é necessário que haja uma efetiva comunicação entre a equipe, o paciente, caso esteja consciente, e os familiares.⁴⁰ É preciso abordar o que esperar e como será o processo de controle dos sintomas, de forma a acolher o enfermo.⁴¹

O protocolo de extubação paliativa, feito pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP,⁴² é uma forma de exemplificar como a prática é orientada na Instituição. Dispõe que deverá ser de modo consensual, sendo uma opção e não obrigação, vez que o propósito é atingir a integralidade do cuidado. Para isso, todos os profissionais devem estar em consonância acerca da irreversibilidade do quadro e da terminalidade da doença. A partir de então, deve ser apresentada a possibilidade de retirada do tubo endotraqueal para o paciente e, na sua impossibilidade, para a sua

³⁹ COELHO, Cristina Bueno Terzi; YANKASKAS, James. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, North Carolina, v. 29, n. 2, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/33IfWPZ>. Acesso em: 03 abr. 2022.

⁴⁰ É necessário compreender que o papel da família não visa a tomada de decisão no lugar do indivíduo, exceto se algum integrante for nomeado como procurador de saúde. Na realidade, a atuação da equipe no que tange aos familiares está limitada a promover o acolhimento destes, vez que estão envolvidos na relação e merecem o devido respeito e atenção ao que estão vivenciando.

⁴¹ COELHO, Cristina Bueno Terzi; YANKASKAS, James. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, North Carolina, v. 29, n. 2, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/33IfWPZ>. Acesso em: 03 abr. 2022.

⁴² Fundado em 1960 por um grupo de médicos, o instituto é uma entidade filantrópica, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Voltado para o atendimento da população carente pernambucana, o Complexo Hospitalar do IMIP é reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do País, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas. QUEM SOMOS. *IMIP*, Recife. [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/3rBqdFW>. Acesso em: 03 abr. 2022.

família. O objetivo, portanto, é assegurar a autonomia e os desejos do enfermo, ao respeitar a sua história de vida em um momento que necessita de sensibilidade e respeito.⁴³

No que se refere aos sintomas recorrentes relacionados à retirada da ventilação mecânica estão agitação, falta de ar e ansiedade que podem ser controlados por meio de opioides e cuidados paliativos.⁴⁴ O processo completo leva cerca de 20 a 60 minutos e o paciente pode manter a respiração natural por horas ou dias.⁴⁵

Alguns estudos observaram uma média de 61 minutos e 7 segundos que o enfermo manteve a respiração até o óbito,⁴⁶ outros reportaram que os pacientes extubados morreram após o a 165 horas.⁴⁷ Portanto, os dados possuem variáveis e não é possível delimitar com precisão tal informação, vez que o tempo médio da extubação até o falecimento varia de acordo com a doença que acomete o indivíduo, como relatado por Victor C. Kok.⁴⁸

Em vista do exposto, percebe-se que a extubação paliativa visa anular qualquer prolongamento da morte, remover o desconforto decorrente da intubação endotraqueal e fornecer controle especializado completo dos sintomas até o óbito, de modo a permitir a evolução natural da doença.⁴⁹ Exposta a prática, para uma efetiva análise dos argumentos utilizados pelo parecer 37/2020 do CRM/MG, se mostra pertinente identificar como a Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina compreende a conduta da ortotanásia e dos cuidados paliativos, no contexto da retirada e suspensão de terapias desproporcionais em pacientes em fim de vida.

⁴³ OLSEN, Livia de Kássia Leal Int eraminense; et al. *Protocolo institucional de extubação paliativa do IMIP*. Recife: Instituto de medicina integral prof. Fernando Figueira, 2018.

⁴⁴ EFSTATHIOU, Nikolaus; et al. Terminal withdrawal of mechanical ventilation in adult intensive care units: A systematic review and narrative synthesis of perceptions, experiences and practices. *Palliative medicine*, Birmingham, v. 34, n. 9, 2020.

⁴⁵ EFSTATHIOU, Nikolaus; et al. Terminal withdrawal of mechanical ventilation in adult intensive care units: A systematic review and narrative synthesis of perceptions, experiences and practices. *Palliative medicine*, Birmingham, v. 34, n. 9, 2020.

⁴⁶ EFSTATHIOU, Nikolaus; et al. Terminal withdrawal of mechanical ventilation in adult intensive care units: A systematic review and narrative synthesis of perceptions, experiences and practices. *Palliative medicine*, Birmingham, v. 34, n. 9, 2020.

⁴⁷ KOK, Victor C. Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. *Clinical Interventions in Aging*, Taiwan, v. 10, 2015.

⁴⁸ KOK, Victor C. Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. *Clinical Interventions in Aging*, Taiwan, v. 10, 2015.

⁴⁹ KOK, Victor C. Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. *Clinical Interventions in Aging*, Taiwan, v. 10, 2015.

3. ESCLARECENDO OS CUIDADOS PALIATIVOS E A ORTOTANÁSIA SOB OS FUNDAMENTOS DA RESOLUÇÃO 1.805/2006 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

No Brasil, o ato de não prolongar a vida a todo custo de um paciente em estado terminal pode parecer inadequado *prima facie*, pois aparenta entrar em conflito com o direito fundamental à vida. Porém, o conteúdo deste não se limita ao direito de permanecer existente, mas engloba a qualidade de vida digna.⁵⁰ A palavra dignidade, contudo, guarda um necessário aspecto subjetivo, vez que depende do respeito ao que o indivíduo considera digno para si, nesta ocasião, a forma como ele deseja terminar a sua vida.⁵¹

O fato de um paciente estar fora de possibilidades terapêuticas não significa que ele não possua uma história, desejos e valores. Nas palavras de Helena Pereira de Melo “o doente terminal é, antes de mais nada, um indivíduo que não pode ter os seus direitos cessados arbitrariamente, apenas por estar doente”.⁵²

No entanto, os pacientes em fim de vida se concentram cada vez mais no ambiente das UTI's, local em que é empregado grande acervo tecnológico e métodos invasivos, fato que inverte a ordem de cuidados necessários nesta fase. Como bem justifica a Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina, cresceu consideravelmente o poder de intervenção do médico sem que ocorresse simultaneamente um diálogo acerca do impacto dessa nova realidade na vida dos enfermos.⁵³

A questão é que não se trata de ignorar os avanços tecnológicos ou uma desvalorização do empenho da equipe para assegurar a vida do paciente, mas buscar o equilíbrio entre essa nova realidade e a humanização dos atos médicos. O desejo do indivíduo pode não ser lutar contra a morte, obstinada e sem limites, atitude esta que não deve nem mesmo ser considerada como um dever dos médicos, dado que o falecimento é inevitável.⁵⁴

Assim, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1.805/2006 que permite aos médicos limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida

⁵⁰ TAVARES, André Ramos. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2022.

⁵¹ TAVARES, André Ramos. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2022.

⁵² MELO, Helena Pereira. O direito a morrer com dignidade. *Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Coimbra, ano 3, n. 6, 2006. p. 72.

⁵³ BRASIL. *Resolução CFM nº 1.805 de 2006*. Brasília, DF: CFM, [2006]. Disponível em: <https://bit.ly/3ox4Kox>. Acesso em: 03 abr. 2022.

⁵⁴ COOK, Deborah; ROCKER Graeme. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 370, 2014.

do doente quando este se encontra em fase terminal, desde que haja o devido cuidado paliativo. O ato é considerado como uma conduta da ortotanásia que é compreendida como a morte no tempo certo.⁵⁵

Pela Resolução é possível depreender que a ortotanásia se concretiza quando ocorre o respeito à condição humana do paciente de um ser mortal e vulnerável, ao abster de alternativas sem finalidades curativas e fortalecendo o cuidado integralizado. Infere-se, portanto, que o Conselho Federal de Medicina compreende que o momento certo da morte é aquele em que não existem mais terapias curativas. Desse modo, a equipe deve respeitar a vontade do indivíduo sobre a forma como ele quer vivenciar o seu fim de vida, em razão disso destacam a possibilidade da alta hospitalar, como disposto no art. 2º.

Suspender procedimentos que prolongam a vida de um paciente terminal não é, portanto, uma ação precipitante da morte, mas sim uma inversão da prioridade de cuidados. A atenção passa a ser voltada para as necessidades psíquicas, socioemocionais e espirituais do enfermo, bem como o seu conforto físico, como determina o dispositivo supracitado.

Luciana Dadalto explica em seus estudos a compreensão do pesquisador Oscar E. Garay que “a ortotanásia se concretiza com a abstenção, supressão ou limitação de todo tratamento fútil, extraordinário ou desproporcional diante da iminência da morte”.⁵⁶ Isso porque o óbito não é almejado, tampouco provocado, pois caso ocorra é em decorrência da própria doença, o que se pretende é humanizar o processo de morrer.

Nesse contexto, se apresentam os cuidados paliativos. A Organização Mundial da Saúde os define como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes que estão enfrentando um agravo que ameaça a continuidade da vida, bem como o cuidado com seus familiares. Ocorre por meio da prevenção, alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.⁵⁷

⁵⁵ DADALTO, Luciana. Morte digna para quem? O direito fundamental de escolher seu próprio fim. *Pensar Revista de Ciências Jurídicas*, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, 2019.

⁵⁶ GARAY, Oscar E. *Derechos fundamentales de los pacientes*. Buenos Aires: Ad-Hoc, 2003 apud DADALTO, Luciana. Morte digna para quem? O direito fundamental de escolher seu próprio fim. *Pensar Revista de Ciências Jurídicas*, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, 2019. p. 5

⁵⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. *World Health Organization*, Genebra. Disponível em: <https://bit.ly/37ny82e>. Acesso em: 03 abr. 2022.

Idealmente, devem ser iniciados no momento do diagnóstico e fornecidos em conjunto com todos os outros tratamentos curativos. Se estendem mesmo após a morte do doente, vez que também se atentam aos cuidados com os familiares e no processo de luto. São indicados para todos os indivíduos que vivenciam uma doença ameaçadora à vida, independentemente da idade e prognóstico, além de poderem ser introduzidos a qualquer momento do agravo.⁵⁸

Centrados na biografia e no respeito à autonomia, são utilizadas habilidades de comunicação para estabelecer metas de cuidado e ajudar a combinar as terapêuticas com os valores e histórico de cada pessoa.⁵⁹ A transmissão da informação se dá de forma contínua e adequada, vez que é necessário que o destinatário a receba e a compreenda.⁶⁰

Henrique Morais Prata afirma que a melhora da qualidade de vida dos pacientes submetidos à prática paliativa se torna explícita ao longo do tratamento, a qual é atingida quando a vontade do indivíduo é alcançada pela situação atual.⁶¹ Isso se torna possível, pois são cuidados interdisciplinares focados justamente em proporcionar um ambiente compatível com as necessidades do enfermo.

Desse modo, os cuidados paliativos não se baseiam em protocolos, mas em princípios, quais sejam:

- i) Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; ii) Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; iii) Não acelerar e nem adiar a morte; iv) Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente; v) Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da morte; vi) Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; vii) Garantir abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; viii) Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; ix) Iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas terapêuticas.⁶²

⁵⁸ COMISSÃO Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF. *Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI*. Distrito Federal, 2018.

⁵⁹ COMISSÃO Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF. *Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI*. Distrito Federal, 2018.

⁶⁰ PRATA, Henrique Morais. *Cuidados paliativos e direitos do paciente terminal*. Barueri: Manole, 2017.

⁶¹ PRATA, Henrique Morais. *Cuidados paliativos e direitos do paciente terminal*. Barueri: Manole, 2017.

⁶² COMISSÃO Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF. *Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI*. Distrito Federal, 2018. p. 8

A extubação paliativa tem sido considerada, portanto, como uma técnica de cuidados paliativos.⁶³ O argumento que corrobora para essa afirmação é que a prática busca proporcionar o controle da dor e do sofrimento, de forma a permitir o seguimento da história natural daquela doença, atingindo a integralidade do cuidado, visando a morte digna e o acolhimento do paciente e de seus familiares.⁶⁴

Em vista de todo o exposto, se mostra pertinente avaliar os argumentos trazidos pelo Conselho Regional de Minas Gerais, por meio do parecer nº 37/2020.

4. A MISCELÂNEA DE CONCEITOS EM ARGUMENTOS VAZIOS: ANÁLISE DO PARECER Nº 37/2020 DO CRM-MG

O parecer caracterizou a extubação paliativa como uma ação voluntária e consensual, que não se configura prudente, recomendável e nem ética. Para alcançar essa conclusão, o parecerista ressaltou alguns princípios fundamentais do Código de Ética Médica⁶⁵ e conceituou as terminologias: “cuidados ao final da vida”, “futilidade terapêutica” e “cuidados paliativos”.

Em seguida, elencou questionamentos que foram respondidos tendo como base a percepção do parecerista acerca dos princípios bioéticos.⁶⁶ Novamente expôs conceitos,

⁶³ SANTOS, André Filipe Junqueira dos, et al. Carta Aberta sobre Parecer CRM-MG n.º 37/2020 – Processo-Consulta n.º 12/2020. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. São Paulo, 14 mar. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2TzoShm>. Acesso em: 03 abr. 2022.

⁶⁴ SANTOS, André Filipe Junqueira dos, et al. Carta Aberta sobre Parecer CRM-MG n.º 37/2020 – Processo-Consulta n.º 12/2020. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. São Paulo, 14 mar. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2TzoShm>. Acesso em: 03 abr. 2022.

⁶⁵ II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional; IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão; V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente; VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. MINAS GERAIS. *Parecer CRM-MG*, nº 37/2020, 13 de fevereiro de 2020. Belo Horizonte, 2020.

⁶⁶ - Qual o prognóstico do paciente? Estaria o paciente irremediavelmente condenado à morte? Os recursos propedêuticos e terapêuticos foram esgotados? - Que benefício trará tal medida ao paciente? A Beneficência propõe que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. - Que danos tal medida poderá acarretar? A não maleficência encontra-se regida pelo item VI dos princípios fundamentais: O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. - Qual a opinião do paciente e família a respeito? A autonomia da pessoa será exercida sem que a ela seja dado o direito de atentar contra a própria vida. Serão respeitadas as decisões benéficas dos responsáveis legais pelas crianças e incapazes, jamais aquelas que propõem risco para a vida ou sua extinção. - Que implicações tal conduta trará aos outros pacientes? Princípio da Justiça: Até que ponto pode-se considerar devida a concentração de exagerados recursos financeiros na assistência de poucos em detrimento de muitos? MINAS GERAIS. *Parecer CRM-MG*, nº 37/2020, 13 de fevereiro de 2020. Belo Horizonte, 2020. p. 2.

sendo estes: “eutanásia”, “distanásia”, “obstinação terapêutica”, “medicina defensiva”, “ortotanásia”, “princípio da beneficência” e “princípio da não-maleficência”.

A parte conclusiva se constituiu de uma análise extremamente superficial da relação entre as práticas da extubação paliativa, da ortotanásia e dos cuidados paliativos, bem como elencou considerações acerca da diferenciação entre matar e deixar morrer. Por fim, considerou o procedimento como uma ação danosa e precipitante da morte do paciente.

Verifica-se, portanto, a falta de estrutura do parecer, o qual possui grande parte da sua argumentação baseada na exposição de uma diversidade de conceituações sem que fosse feita uma correlação entre estas e a temática. Além disso, não possui embasamento técnico científico sobre o assunto, vez que desconsiderou a literatura internacional e brasileira, bem como contrariou a percepção de sociedades multiprofissionais e representantes da prática de cuidados paliativos.⁶⁷

Devido a necessidade de analisar a legitimidade da prática da extubação paliativa, foi possível identificar três argumentos principais que norteiam o presente parecer e que merecem ser melhor avaliados, quais sejam:

- i) A extubação paliativa é danosa, pois é uma ação precipitante da morte do paciente;
- ii) O procedimento é um ato imprudente, vez que a intubação foi instituída com a intenção de dar suporte à vida;
- iii) A extubação paliativa causa a morte, por isso não pode ser compreendida como ortotanásia e, por consequência, uma prática de cuidado paliativo.

⁶⁷ A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais (SOTAMIG), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - seção Minas Gerais (SBGG-MG), Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB), e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e especialistas de diversas regiões do Brasil, na condição de entidades multiprofissionais e representantes da prática de cuidados paliativos em diversas esferas do país, informam que não foram consultados para a elaboração do parecer e se pronunciaram por meio de uma carta veiculada pela ANCP que estão elaborando posicionamento sobre o documento em questão. A carta, preliminarmente, enfatiza o conceito e a importância dos cuidados paliativos e vai de encontro aos argumentos utilizados no parecer 37/2020 do CRM/MG sobre a extubação paliativa. Assim, afirma que esta é “uma opção, em casos muito específicos, realizada de maneira consensual, transparente e embasada em habilidades e competências técnicas para garantir controle de sintomas, permitindo a evolução natural da doença, e jamais visando causar a morte ou realizada de forma impositiva como uma obrigação. Não deve ser pensada ou realizada no sentido de liberar leitos ou restringir custos. O objetivo maior é sempre proporcionar o cuidado, a permissão do seguimento da história natural daquela doença, respeitar os valores da pessoa e garantir que a doença evolua da forma mais natural e digna possível. Como objetivo final, deve-se atingir a integralidade do cuidado, visando a vida, a morte digna e o acolhimento dos familiares em todas as circunstâncias”. SANTOS, André Filipe Junqueira dos, et al. Carta Aberta sobre Parecer CRM-MG n.º 37/2020 – Processo-Consulta n.º 12/2020. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. São Paulo, 14 mar. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2TzoShm>. Acesso em: 03 abr. 2022.

Com base em todo o exposto, faz-se necessário analisar como a legislação brasileira, a literatura nacional e internacional se posicionam em relação aos argumentos utilizados.

4.1 Argumento I - A precipitação da morte e o dano

O CRM/MG compreende que a extubação paliativa é danosa, pois é uma ação precipitante da morte do paciente. Inicialmente cumpre ressaltar que ainda que o óbito seja esperado após a retirada do tubo endotraqueal e da ventilação mecânica, o falecimento não pode ser compreendido como um dano, pois é um evento esperado da natureza humana. Na realidade, a morte é inevitável, por isso, é preciso compreendê-la e aceitá-la com o devido respeito e atenção que merece.

No que tange a noção de dano, mostra-se pertinente a compreensão do princípio bioético da não-maleficência, o qual determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente.⁶⁸ Isso porque a consulta solicitou que a análise fosse feita sob os fundamentos da Resolução 1805/2006, bem como à luz dos princípios bioéticos e da ética médica, importantes norteadores para a resolução de demandas como a em questão.

A terminologia dano possui um aspecto subjetivo, dado que cada indivíduo possui as suas particularidades para determinar o que lhe prejudica.⁶⁹ Assim, a decisão adequada não é aquela que tem como fundamento o que a nomenclatura representa para a equipe ou para os familiares, mas sim a que alivia o sofrimento e respeita os desejos e interesses do enfermo.⁷⁰

Os próprios precursores do principialismo bioético, Tom L. Beauchamp e James Childress, afirmam que tanto a ação de iniciar como a de suspender tratamentos podem ser justificadas eticamente, a depender das circunstâncias.⁷¹ O princípio do duplo efeito

⁶⁸ BEAUCHAMP, Tom Lamer; CHILDRESS, James Franklin. *Princípios da ética biomédica*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002. p. 209

⁶⁹ BEAUCHAMP, Tom Lamer; CHILDRESS, James Franklin. *Princípios da ética biomédica*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

⁷⁰ BEAUCHAMP, Tom Lamer; CHILDRESS, James Franklin. *Princípios da ética biomédica*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

⁷¹ BEAUCHAMP, Tom Lamer; CHILDRESS, James Franklin. *Princípios da ética biomédica*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

é uma forma de demonstrar o respeito ao princípio da não-maleficência quando um mesmo ato provoca consequências boas e ruins.⁷²

A teoria se baseia na distinção entre os efeitos visados e os previstos. Caso uma atitude tenha como objetivo proporcionar um ato benéfico, mas, por consequência, também possua um efeito ruim, este não é moralmente proibido, desde que não tenha sido o resultado pretendido.⁷³

John Luce e Ann Alpers ressaltam que atos como a administração de sedativos e analgésicos, que visam o alívio da dor, levam a efeitos moralmente bons e, por isso, são permitidos ainda que produzam efeitos moralmente negativos, como a aceleração da morte, desde que o efeito considerado bom para o paciente seja o pretendido.⁷⁴

O princípio do duplo efeito pode ser analisado por meio de quatro condições: i) a natureza da ação em si é moralmente boa ou pelo menos moralmente neutra; ii) a má consequência da ação não é o meio de produzir a boa consequência; iii) a má consequência está prevista, mas não destinada; iv) a boa consequência é de valor proporcional ou maior ao da má consequência.⁷⁵

A primeira condição se concentra na natureza da ação, a qual não pode ser moralmente má. Seria, por exemplo, o ato de matar por meio da eutanásia um paciente que está solicitando assistência médica para encerrar a sua vida, a fim de evitar mais sofrimentos. No Brasil, este ato é considerado moralmente inadequado e ilegal.⁷⁶ Da mesma forma, não cumpriria com a segunda e a terceira condição, pois causar a morte seria o meio visado para aliviar o sofrimento, sendo preponderante ao efeito bom.⁷⁷

⁷² LUCE, John; ALPERS, Ann. Legal Aspects of Withholding and Withdrawing Life Support from Critically Ill Patients in the United States and Providing Palliative Care to Them. *American journal of respiratory and critical care medicine*, San Francisco, v. 163, 2001.

⁷³ BEAUCHAMP, Tom Lamer; CHILDRESS, James Franklin. *Princípios da ética biomédica*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

⁷⁴ LUCE, John; ALPERS, Ann. Legal Aspects of Withholding and Withdrawing Life Support from Critically Ill Patients in the United States and Providing Palliative Care to Them. *American journal of respiratory and critical care medicine*, San Francisco, v. 163, 2001.

⁷⁵ POTTER, Jordan; SHIELDS, Steven. Palliative Sedation, Compassionate Extubation, and the Principle of Double Effect: An Ethical Analysis. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, Atlanta, v. 38, n. 12, 2021.

⁷⁶ A eutanásia é vedada no Brasil por meio do artigo 121 do Código Penal que dispõe: Matar alguém: Pena – reclusão, de seis a vinte anos. § 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

⁷⁷ POTTER, Jordan; SHIELDS, Steven. Palliative Sedation, Compassionate Extubation, and the Principle of Double Effect: An Ethical Analysis. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, Atlanta, v. 38, n. 12, 2021.

Muito embora o parecer de forma equivocada e incoerente tenha afirmado que a extubação paliativa guarda íntima ligação com a eutanásia, aquela pode ser eticamente explicada sob os fundamentos solicitados na consulta. Desse modo, o ato de retirar o suporte avançado de vida é moralmente neutro. Isso justifica-se, pois ainda que tenha como consequência a morte, consiste na conduta pertinente ao enfermo em fase terminal, de enfermidade grave e incurável. Por isso é imprescindível que continue recebendo os cuidados necessários e integralizados para o alívio do seu sofrimento, como demonstrado pela Resolução 1.805/2006.

Cumprido estão o segundo e o terceiro requisito, pois ainda que após a extubação paliativa a morte seja esperada, este não é o efeito visado da ação, mas sim proporcionar o alívio do sofrimento e o controle dos sintomas até a chegada do falecimento. Por fim, o valor de controlar os sintomas refratários, ao proporcionar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, bem como o manejo da dor é proeminente na circunstância de um paciente submetido à extubação paliativa. Resta-se cumprido, portanto, os requisitos que justificam eticamente a retirada da intubação orotraqueal de pacientes em estado terminal.

A prática é devida, pois no ambiente clínico, os métodos podem até fornecer previsões sobre o curso do agravo que levou à intubação, bem como a eficácia de seus tratamentos. No entanto, o médico precisa compreender sobre o que está sofrendo o paciente, vez que para alcançar uma decisão prudente, a equipe de saúde não deve ignorar a influência do medo da morte, do isolamento social, da dor e do desconforto físico.⁷⁸

Por este motivo as medidas paliativas, como o controle dos sintomas, são um ponto essencial da prática, sendo um de seus objetivos a garantia do alívio da dor e outras ocorrências angustiantes. Assim, interromper a intubação orotraqueal, por meio da extubação paliativa, não envolve o abandono do paciente, mas um cuidado especializado às suas necessidades, desejos e interesses.

4.2 Argumento II: A imprudência na retirada do suporte de vida

No parecer, foi argumentado que o procedimento é um ato imprudente, vez que a intubação foi instituída com a intenção de dar suporte à vida. É preciso compreender que

⁷⁸ FORTE, Daniel Neves; KAWAI Fernando; COHEN Cláudio. A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. *BMC Medical Ethics*, London, v. 19, n. 78, 2018.

a imprudência consiste em uma ação comissiva que se caracteriza pela inobservância do dever de cautela, ou seja, o indivíduo pratica um ato sem tomar a devida precaução para evitar um dano. Como afirmam Nelson Rosenvald, Joyceane Bezerra de Menezes e Luciana Dadalto “é o triunfo da falta de moderação, da insensatez e da precipitação sobre a experiência, o bom senso e o profissionalismo”.⁷⁹

Fato é que os médicos não possuem qualquer obrigação de manter uma intervenção inadequada, vez que o objetivo da conduta médica deve ser voltado para o bem estar do enfermo. Ademais, como visto no tópico anterior e tendo como base a presente circunstância, a morte não pode ser considerada um dano, pois é um evento natural da condição humana.

Assim, a extubação paliativa não se enquadra como uma conduta imprudente, pois é indicada como uma forma de reverter a inserção errônea do suporte avançado de vida, dado que a ventilação mecânica não cumpre mais com o propósito de manter a respiração do enfermo enquanto outras terapias curativas continuam a ser fornecidas. Pelo exposto, intubar um paciente terminal, quando não há opções curativas, se enquadra como imprudente, vez que o ato não foi pautado na cautela necessária e na conduta esperada para a ocasião.

A Resolução 1805/2006 reconhece que a suspensão de procedimentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal e desde que esteja de acordo com os interesses do paciente não é um ato imprudente. Na realidade, consiste em uma conduta de ortotanásia, como exposto anteriormente.

Nesse contexto, ressalta-se a exposição feita pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais (SOTAMIG), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - seção Minas Gerais (SBGG-MG), Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB), e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e especialistas de diversas regiões do Brasil, em resposta ao disposto no parecer

vale ressaltar nosso entendimento de que a extubação paliativa é uma opção, em casos muito específicos, realizada de maneira consensual, transparente e *embasada em habilidades e competências técnicas para garantir controle de sintomas*, permitindo a evolução natural da

⁷⁹ ROSENVALD, Nelson; MENEZES, Joyceane Bezerra de; DADALTO, Luciana (coords). *Responsabilidade Civil e Medicina*. Indaiatuba: Editora Foco, 2021. p. 11

doença, e jamais visando causar a morte ou realizada de forma impositiva como uma obrigação.⁸⁰ Destaque nosso.

Infere-se que o argumento levantado pelo parecer guarda estreita ligação com a pesquisa realizada por Christopher M. Burkle e colaboradores, acerca da percepção médica sobre o risco legal envolvido nas tomadas de decisões.⁸¹ Isso se deve, pois a análise foi realizada com médicos de uma instituição dos Estados Unidos. A questão é que a realidade americana é muito próxima da brasileira, no que tange à falta de cuidados adequados a pacientes em estado terminal. Esta informação pode ser constatada pela pesquisa coordenada por Eric Finkelstein, a qual identificou que os países supracitados estão entre os 40 piores lugares para morrer no mundo.⁸²

Christopher M. Burkle e colaboradores identificaram que o pensamento entre os médicos tem sido que se a intervenção é errônea, a medida mais drástica que pode acontecer é que o paciente vai viver um pouco mais e o clínico nunca será o responsável por tentar evitar que o paciente morra.⁸³ Verifica-se, portanto, que os médicos consideram contra intuitivo ser responsabilizado por preservar a vida de um paciente.⁸⁴

A atitude em questão é conhecida como medicina defensiva e é conceituada por Filipe Monteiro como “uma ação motivada, no seu todo ou parcialmente, pela intenção do operador de se proteger de uma acusação de má prática médica”.⁸⁵ Porém, é possível depreender, na presente circunstância, que a medicina defensiva gera o ato de obstinação terapêutica, também conhecida como distanásia, que consiste em:

uma atitude terapêutica excessiva (meios desproporcionais) em relação a uma determinada situação e ao respectivo prognóstico. Por outras palavras, trata-se de uma situação em que há uma manutenção ou uma não suspensão da escalada terapêutica numa circunstância de

⁸⁰ SANTOS, André Filipe Junqueira dos, et al. Carta Aberta sobre Parecer CRM-MG n.º 37/2020 – Processo-Consulta n.º 12/2020. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. São Paulo, 14 mar 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2TzoShm>. Acesso em: 03 abr. 2022. p. 1

⁸¹ POPE, Thaddeus Mason. Clinicians May Not Administer Life-Sustaining Treatment Without Consent: Civil, Criminal, and Disciplinary Sanctions. *Journal of Health & Biomedical Law*, Suffolk, v. 9, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2LzUvKl>. Acesso em: 03 abr. 2022.

⁸² FINKELSTEIN, Eric A.; BHADELIA, Afsan Bhadelia; GOH, Cynthia; SINGH, Ratna; BHATNAGAR, Sushma; CONNOR, Stephen R. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. *Journal of pain and symptom management*, Plymouth, v. 63, 2021.

⁸³ BURKLE, Christopher M; MUELLER, Paul S; SWETZ, Keith M; HOOK, C Christopher; KEEGAN, Mark T. Physician perspectives and compliance with patient advance directives: the role external factors play on physician decision making. *BMC Medical Ethics*, London, v. 13, n. 31, 2012.

⁸⁴ POPE, Thaddeus Mason. Clinicians May Not Administer Life-Sustaining Treatment Without Consent: Civil, Criminal, and Disciplinary Sanctions. *Journal of Health & Biomedical Law*, Suffolk, v. 9, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2LzUvKl>. Acesso em: 03 abr. 2022.

⁸⁵ MONTEIRO, Filipe. Ventilação mecânica e obstinação terapêutica ou distanásia, a dialéctica da alta tecnologia em medicina intensiva. *Revista portuguesa de pneumologia*, Lisboa, v. 12, n. 3, 2006. P. 287.

fim de vida. A escalada terapêutica implica determinados tratamentos, nomeadamente a ventilação mecânica (o seu início ou o seu prolongamento).⁸⁶

Ainda que não exista um tratamento normativo acerca da distanásia no ordenamento jurídico brasileiro, é possível identificar dispositivos que são violados por meio dessa prática. Desse modo, tem-se o disposto no art. 5º, III, da Constituição Federal de 1988, que preceitua: “ninguém será submetido a tortura, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”. O Código de Ética Médica também determina que o médico deve evitar a realização de procedimentos desnecessários. Em consonância, a Resolução 2.156/2016 do CFM afirma que pacientes terminais, sem possibilidade de recuperação, não são apropriados para admissão em UTI.

Além de exemplificar uma conduta imprudente, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRM/SP), ao expor considerações sobre a responsabilidade médica, suscitou a seguinte passagem utilizada pelo procurador geral da Corte de Apelação de Milão que muito se relaciona com o argumento em debate:

Não é imperito quem não sabe, mas aquele que não sabe aquilo que um médico, ordinariamente, deveria saber; não é negligente quem descumpra alguma norma técnica, mas quem descumpra aquela norma que todos os outros observam; *não é imprudente quem usa experimentos terapêuticos perigosos, mas aquele que os utiliza sem necessidade...* destaque nosso.⁸⁷

Nesse contexto, Léo Pessini traz a seguinte reflexão: “até que ponto se deve prolongar o processo do morrer quando não há mais esperança de reverter o quadro?”.⁸⁸ A resposta não é tão simples, muito menos exata, a medicina é uma ciência de probabilidade e, por isso, é equivocado afirmar com veemência um limite para esse ato.

Assim, é imprescindível a análise de uma equipe multidisciplinar que forneça o necessário aparato para compreender os desejos do paciente, antes do procedimento extraordinário e após, com o apoio da família em situação de inconsciência do enfermo. Nessa perspectiva, Luciana Dadalto e Cristiana Savoi alertam sobre a necessidade de a equipe reconhecer o limite pelo qual a ação do profissional de saúde deve atuar, com base

⁸⁶ MONTEIRO, Filipe. Ventilação mecânica e obstinação terapêutica ou distanásia, a dialéctica da alta tecnologia em medicina intensiva. *Revista portuguesa de pneumologia*, Lisboa, v. 12, n. 3. 2006, p. 283.

⁸⁷ MANUAL de ética em ginecologia e obstetrícia. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo*, São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/3j3xGvM>. Acesso em: 03 abr. 2022.

⁸⁸ PESSINI, Léo. Distanásia: Até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*, Brasília, v. 4, n. 1, 1996. p.

na condição clínica do paciente, sem insistir em modalidades terapêuticas injustificadas.⁸⁹

Por todo o exposto, é possível compreender que a extubação paliativa não é um ato de imprudência, mas a intubação orotraqueal de paciente terminal é, pois pode levar à obstinação terapêutica como consequência do exercício da medicina defensiva.

5.3 Argumento III: Extubação paliativa como um ato de matar

Por fim, o Conselho Regional de Medicina argumentou que a extubação paliativa causa a morte do paciente, por esse motivo não pode ser compreendida como ortotanásia e, por consequência, uma prática de cuidado paliativo.

A confusão permeia a distinção entre o matar e o deixar morrer. Tom Lamer Beauchamp e James Franklin Childress, demonstram as fragilidades destas distinções. Para eles, matar significa causar diretamente o óbito de alguém, enquanto deixar morrer representa a condição de evitar intencionalmente uma intervenção, com o objetivo de permitir que uma enfermidade ou ferimento cause uma morte natural.⁹⁰

Porém, não são conceitos mutuamente exclusivos, uma vez que matar não é moralmente diferente de deixar morrer, pois “o que é certo e o que é errado dependem do mérito da justificação que está por trás da ação, e não do tipo de ação”.⁹¹ Para isso, é necessário ter em mente a motivação do autor, o desejo do paciente e as consequências do ato, bem como fazer um balanço das vantagens e desvantagens para o enfermo.⁹²

É comum que seja argumentado que a retirada da ventilação mecânica pode antecipar a morte mais rapidamente do que a ordem de não ressuscitação, como feito pelo parecer. Todavia, ambas as práticas podem ter uma ramificação tão iminente quanto, como afirma Robert Young e A. King.⁹³ Isso ocorre, pois antes da intubação a morte já era esperada e a extubação paliativa apenas busca reverter a condição do enfermo para o

⁸⁹ DADALTO, Luciana; SAVOI, Cristiana. Distanásia: entre o real e o ideal. In: GODINHO, Adriano Marteleto; LEITE, George Salomão (org.). *Tratado brasileiro sobre o direito fundamental à morte digna*. São Paulo: Almedina, 2017.

⁹⁰ BEAUCHAMP, Tom Lamer; CHILDRESS, James Franklin. *Princípios da ética biomédica*. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

⁹¹ BEAUCHAMP, Tom Lamer; CHILDRESS, James Franklin. *Princípios da ética biomédica*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002, p. 251

⁹² BEAUCHAMP, Tom Lamer; CHILDRESS, James Franklin. *Princípios da ética biomédica*. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

⁹³ YOUNG, Robert; KING, A. Legal Aspects of withdrawal of therapy. *Anaesthesia and Intensive Care*, Adelaide, v. 31, n. 5, 2003.

estágio que já se encontrava. Por isso, as distinções entre a ventilação mecânica e as outras formas de tecnologia de suporte de vida são artificiais e irrelevantes.⁹⁴

Em consonância, a diretriz para cuidados paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI preceitua que:

No caso do doente terminal, em face de uma doença incurável, [...] os procedimentos e tratamentos não têm nenhum sentido curativo. Portanto, não há dever de manter esses procedimentos e não se pode dizer que o médico deu causa à morte do paciente quando os suspendeu ou limitou. Juridicamente, não se pode dizer que o médico matou o paciente. Não há como falar em homicídio. Portanto, a conduta omissiva do médico (omissão terapêutica ou interrupção do procedimento artificial) é perfeitamente adequada ao ordenamento jurídico e não viola o preceito proibitivo do artigo 121 do Código Penal (“não matarás”). E só isso bastaria para justificar juridicamente o desligamento dos aparelhos ou mesmo a decisão de não ligá-los.⁹⁵

Na extubação paliativa a morte pode ocorrer como consequência da retirada da ventilação mecânica, porém isso não equivale à sua provocação. Isso porque o suporte artificial apenas mantém os sinais vitais e o falecimento ocorre devido ao estágio da doença.⁹⁶ Com efeito, infere-se que não há diferença moral entre interromper e não iniciar uma terapêutica inútil, como no caso da ordem de não ressuscitação,⁹⁷ mas tão somente uma diferença emocional e psicológica.⁹⁸

José Antônio Saraiva Ferraz Gonçalves aduz que

A justificação para iniciar um tratamento ou continuar um tratamento deve ser a mesma: o benefício do doente. A ênfase da justificação deve estar em continuar o tratamento e não na sua suspensão, isto é, não

⁹⁴ YOUNG, Robert; KING, A. Legal Aspects of withdrawal of therapy. *Anaesthesia and Intensive Care*, Adelaide, v. 31, n. 5, 2003.

⁹⁵ CPPAS, Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF. *Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI*. Distrito Federal, 2018, p. 7

⁹⁶ SILVA, Josimário; LIMA, Andressa. Extubação paliativa: uma análise bioética. *Migalhas*, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3adrJHC>. Acesso em: 03 abr. 2022.

⁹⁷ A ordem de não ressuscitação “é uma ordem escrita pelo médico assistente recomendando a não reanimação invasiva do doente aquando de uma paragem cardiorrespiratória (PCR), no contexto de doença grave, aguda ou crónica, presumivelmente irreversível”. AGUIAR, Teresa Beatriz Cordeiro Almeida. *Ética em fim de vida*. 2012. 61 p. Tese (Mestrado em Medicina área científica de Ética) - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2012, p. 43.

⁹⁸ VILHENA, Rita Rasquilho Vidal Saragoça Mendes. *Cuidados paliativos e obstinação terapêutica: decisões em fim de vida*. 2013, 76 p. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2013.

devemos perguntar se a suspensão do tratamento beneficia o doente, mas sim se o tratamento em curso o beneficia.⁹⁹

Nesse sentido, o princípio bioético da beneficência possui dois âmbitos, quais sejam: i) a positiva, que requer a propiciação de benefícios; ii) e a utilidade, que visa uma ponderação entre as desvantagens e os benefícios das intervenções médicas, sendo esta uma extensão essencial da beneficência positiva.¹⁰⁰

De acordo com Tom Lamer Beauchamp e James Franklin Childress, um tratamento é qualificado como fútil sempre que a sua eficácia é altamente improvável, ou seja, o tratamento é mais penoso do que benéfico.¹⁰¹ Por isso, não pode ser justificado como benéfico um procedimento considerado fútil, já que não produzirá o benefício buscado.¹⁰²

Como visto, a intubação orotraqueal é um suporte avançado de vida que possui como objetivo apenas manter a respiração do paciente enquanto outras terapias curativas são manejadas. No entanto, se não existem outras opções terapêuticas, a ventilação mecânica perde o seu real objetivo, configurando como um procedimento fútil.

As Resoluções 2.156/2016 e 1.805/2006 ambas do Conselho Federal de Medicina amparam essa questão, vez que expõem a necessidade de avaliar o tratamento adequado para o paciente terminal. Assim, determinam que, se possível, será permitido a ele permanecer fora da UTI de maneira digna, com a presença da sua família.¹⁰³ Em consonância o Código de Ética Médica, por meio do princípio XXII, dispõe que nestas situações o médico deve evitar a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários, bem como proporcionar todos os cuidados paliativos necessários.¹⁰⁴

Além disso, o Código de Ética Médica afirma em seu art. 41 que é vedado ao médico abreviar a vida do paciente e complementa, por meio do parágrafo único, que nos casos de doenças incuráveis e terminais, desde que de acordo com a vontade expressa do

⁹⁹ GONÇALVES, José Antônio Saraiva Ferraz. *A Boa Morte: Ética no fim de vida*. Lisboa: Coisas de ler, 2009. p. 44.

¹⁰⁰ BEAUCHAMP, Tom Lamer; CHILDRESS, James Franklin. *Princípios da ética biomédica*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

¹⁰¹ BEAUCHAMP, Tom Lamer; CHILDRESS, James Franklin. *Princípios da ética biomédica*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

¹⁰² BEAUCHAMP, Tom Lamer; CHILDRESS, James Franklin. *Princípios da ética biomédica*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

¹⁰³ BRASIL. *Resolução CFM nº 2.156 de 2016*. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Brasília, DF. Disponível em: <https://bit.ly/3imKqMG>. Acesso em: 03 abr. 2022.

¹⁰⁴ BRASIL. *Resolução CFM nº 2.217 de 2018*. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF. Disponível em: <https://bit.ly/3imKqMG>. Acesso em: 03 abr. 2022.

paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal, cabe ao médico oferecer todos os cuidados paliativos necessários. Ou seja, promover cuidados multidisciplinares que garantam o alívio do seu sofrimento e o controle da dor, proporcionando melhores experiências no fim de vida, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas.¹⁰⁵

Como visto, Luciana Dadalto ensina que a ortotanásia consiste na limitação de procedimentos curativos em pacientes com diagnóstico de terminalidade e/ou incurabilidade, quando estes são inúteis.¹⁰⁶ Assim, a conduta da ortotanásia não possui o objetivo de abreviar a vida, mas reconhecer que a doença tem seu curso natural e que o prolongamento artificial da vida biológica não é benéfico para o paciente, por isso, visa fornecer os cuidados necessários para que o enfermo não sofra.¹⁰⁷

Portanto, é evidente que a retirada da ventilação mecânica de paciente em estado terminal não se enquadra como uma ação de matar, mas como uma prática de cuidado paliativo, orientada pela conduta da ortotanásia. Isso ocorre, pois além de ser amparada pela Resolução 1.805/2006, o objetivo da extubação paliativa é atingir a integralidade do cuidado até a chegada da morte.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, por meio do parecer 37/2020, considerou a prática da extubação paliativa como imprudente, bem como não é recomendável e nem ética. No entanto, o posicionamento desconsidera a literatura internacional e brasileira sobre o assunto, bem como contraria a percepção de sociedades multiprofissionais e representantes da prática de cuidados paliativos.

Em vista disso, o presente trabalho buscou descrever a extubação paliativa que consiste na retirada da ventilação mecânica e da intubação orotraqueal de pacientes em estado terminal. Esta prática tem como propósito evitar o prolongamento da morte ao remover o desconforto decorrente da intubação endotraqueal e fornecer controle especializado completo dos sintomas.¹⁰⁸

¹⁰⁵ BRASIL. *Resolução CFM nº 2.217 de 2018*. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF. Disponível em: <https://bit.ly/3imKqMG>. Acesso em: 03 abr. 2022.

¹⁰⁶ DADALTO, Luciana. Eutanásia passiva x ortotanásia. *Testamento Vital*, Belo Horizonte. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/30aLFpP>. Acesso em: 03 abr. 2022.

¹⁰⁷ DADALTO, Luciana. Eutanásia passiva x ortotanásia. *Testamento Vital*, Belo Horizonte. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/30aLFpP>. Acesso em: 03 abr. 2022.

¹⁰⁸ PEIXOTO, Mariana Fernandes, et al. Os benefícios da extubação paliativa na qualidade de morte. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, São Paulo, v. 8, n. 2, 2020.

Em consequência do dissenso entre o posicionamento do supracitado parecer e a compreensão da prática, os argumentos utilizados pelo Conselho Regional de Minas Gerais foram analisados e avaliados com base na doutrina internacional e nacional, bem como nos fundamentos técnico-científicos, principiológicos e nas resoluções que orientam a questão.

Percebeu-se que a extubação paliativa não é um ato danoso, pois não antecipa a morte do paciente. O falecimento ocorre devido ao estágio do agravo da doença e não pela suspensão do suporte artificial, o qual não possui objetivos curativos, apenas prolonga o processo de morte. Além disso, o óbito que é esperado após o procedimento não pode ser compreendido como um dano, pois é um evento natural da condição humana.

Não é um ato imprudente, pois o suporte não deveria ter sido inserido, vez que o paciente já se encontrava em situação de terminalidade e, por isso, a morte já era esperada. Desse modo, não foi instituído com a finalidade de dar suporte a vida, mas sim de evitar que o óbito ocorresse. Com efeito, o médico não possui qualquer obrigação de manter um procedimento inadequado.

Por fim, não é um ato de matar. Na realidade, a prática da extubação paliativa tem como objetivo reverter o quadro que levou à obstinação terapêutica. Ao promover o controle dos sintomas e da dor, bem como ao proporcionar uma assistência integralizada às necessidades do doente, torna-se possível justificar que a prática se enquadra como uma ação de cuidados paliativos e, portanto, uma conduta da ortotanásia.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFFONSECA, Carolina de Araújo; CARVALHO, Luís Fernando Andrade de; QUINET, Renata de Pinho Barroso; GUIMARÃES, Maíla Cristina da Cunha; CURY, Verônica Ferreira; ROTTA, Alexandre Tellechea Rotta. Palliative extubation: five year experience in a pediatric hospital. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 95, n. 5, p. 652-659, 2020.

AGUIAR, Teresa Beatriz Cordeiro Almeida. *Ética em fim de vida*. 2012. 61 p. Tese (Mestrado em Medicina área científica de Ética) - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2012.

BEAUCHAMP, Tom Lamer; CHILDRESS, James Franklin. *Princípios da ética biomédica*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. *Resolução CFM nº 1.805 de 2006*. Brasília, DF: CFM, [2006]. Disponível em: <https://bit.ly/3ox4Kox>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BRASIL. *Resolução CFM n. 2.070/2014*. Estabelece normas para emissão de Pareceres do Conselho Federal de Medicina. Brasília, DF. Disponível em: <https://bit.ly/38zpGQV>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BRASIL. *Resolução CFM nº 2.156 de 2016*. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Brasília, DF. Disponível em: <https://bit.ly/3imKqMG>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BRASIL. *Resolução CFM nº 2.217 de 2018*. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF. Disponível em: <https://bit.ly/3imKqMG>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BURKLE, Christopher M; MUELLER, Paul S; SWETZ, Keith M; HOOK, C. Christopher; KEEGAN, Mark T. Physician perspectives and compliance with patient advance directives: the role external factors play on physician decision making. *BMC Medical Ethics*, London, v. 13, n. 31, p. 1-9, 2012.

CARDOSO, Lemon, et al. Intubação orotraqueal prolongada e a indicação de traqueostomia. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, Sorocaba, v. 16, n. 4, p. 170-173, 2014.

CHEN, Yu-Chih; et al. Determinants of receiving palliative care and ventilator withdrawal among patients with prolonged mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, Toronto, v. 45, n. 10, p. 1625-1634, 2017.

COELHO, Cristina Bueno Terzi; YANKASKAS, James. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, North Carolina, v. 29, n. 2, p. 222-230, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/33IfWPZ>. Acesso em: 03 abr. 2022.

COOK, Deborah, et al. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, Toronto, v. 34, n. 11, p. 317-323, 2006.

COOK, Deborah; ROCKER Graeme. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 370, p. 2506-2514, 2014.

CORREIA-LIMA, Fernando Gomes. *Erro médico e responsabilidade civil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012.

COMISSÃO Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF. *Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI*. Distrito Federal, 2018.

DADALTO, Luciana. Eutanásia passiva x ortotanásia. *Testamento Vital*, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/30aLFpP>. Acesso em: 03 abr. 2022.

DADALTO, Luciana. Morte digna para quem? O direito fundamental de escolher seu próprio fim. *Pensar Revista de Ciências Jurídicas*, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 1-11, 2019.

DADALTO, Luciana; SAVOI, Cristiana. Distanásia: entre o real e o ideal. In: GODINHO, Adriano Marteleto; LEITE, George Salomão (org.). *Tratado brasileiro sobre o direito fundamental à morte digna*. São Paulo: Almedina, 2017.

DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. 5 ed. São Paulo: Foco, 2020.

EFSTATHIOU, Nikolaus; et al. Terminal withdrawal of mechanical ventilation in adult intensive care units: A systematic review and narrative synthesis of perceptions, experiences and practices. *Palliative medicine*, Birmingham, v. 34, n. 9, p. 1-25, 2020.

FINKELSTEIN, Eric A.; BHADELIA, Afsan Bhadelia; GOH, Cynthia; SINGH, Ratna; BHATNAGAR, Sushma; CONNOR, Stephen R. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. *Journal of pain and symptom management*, Plymouth, v. 63, p. 419-429, 2021.

FLIN, Rhona, et al. Human factors in the development of complications of airway management: preliminary evaluation of an interview tool. *Anaesthesia*, Aberdeen, v. 68, p. 817-825, 2013.

FORTE, Daniel Neves; KAWAI Fernando; COHEN Cláudio. A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. *BMC Medical Ethics*, London, v. 19, n. 78, 2018.

G1 BEM ESTAR. Cuidados paliativos não são apenas para quem está à beira da morte. *Femama*, Porto Alegre, 31 de agosto de 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3OVT7FS>. Acesso em: 03 abr. 2022.

GONÇALVES, José Antônio Saraiva Ferraz. *A Boa Morte: Ética no fim de vida*. Lisboa: Coisas de ler, 2009.

GUIA de Cuidados Paliativos. *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, Madrid, [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/3EP2R6c>. Acesso em: 03 abr. 2022.

KOK, Victor C. Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. *Clinical Interventions in Aging*, Taiwan, v. 10, p. 679-685, 2015.

LUCE, John; ALPERS, Ann. Legal Aspects of Withholding and Withdrawing Life Support from Critically Ill Patients in the United States and Providing Palliative Care to Them. *American journal of respiratory and critical care medicine*, San Francisco, v. 163, p. 2029-2031, 2001.

MANUAL de ética em ginecologia e obstetrícia. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo*, São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/3j3xGvM>. Acesso em: 03 abr. 2022.

MATSUMOTO, Toshio; CARVALHO, Werther Brunow. Intubação traqueal. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 833, n. 2, p. 83-90, 2007.

MELO, Helena Pereira. O direito a morrer com dignidade. *Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Coimbra, ano 3, n. 6, 2006.

METNITZ, Philipp GH; MORENO, Rui P.; ALMEIDA, Eduardo; JORDAN, Barbara; BAUER, Peter; CAMPOS, Ricardo Abizanda; LAPICHINO, Gaetano; EDBROOKE, David; CAPUZZO, Maurizia; LE GALL, Jean-Roger. SAPS III: Simplified acute physiology score 3. *Evidencio Medical Decision Suport*, Haaksbergen, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3JipJot>. Acesso em: 02 mar. 2022.

MINAS GERAIS. *Parecer CRM-MG*, nº 37/2020, 13 de fevereiro de 2020. Belo Horizonte, 2020.

MONTEIRO, Filipe. Ventilação mecânica e obstinação terapêutica ou distanásia, a dialéctica da alta tecnologia em medicina intensiva. *Revista portuguesa de pneumologia*, Lisboa, v. 12, n. 3, p. 281-291, 2006.

MOTA, Luiz Alerto Alves; CARVALHO, Glauber Barbosa de; BRITO, Valeska Almeida Brito. Complicações laríngeas por intubação orotraqueal: revisão de literatura. *International Archives of Otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 236-245, 2012.

NATIVIDADE, Taiane do Socorro Silva; COELHO, Paula Yasmin Camilo; AGUIAR, Danilo Rocha de; SILVA, Gabriela Ladeia da; SILVA, Rodrigo Batista da; SOEIRO, Ana Cristina Vidigal. Extubação paliativa: reflexões bioéticas sobre cuidados em fim de vida. *Revista Bioética*, Brasília, v. 29, n. 3, p.558-566, 2021.

OLSEN, Livia de Kássia Leal Interaminense; et al. *Protocolo institucional de extubação paliativa do IMIP*. Recife: Instituto de medicina integral prof. Fernando Figueira, 2018.

PEIXOTO, Mariana Fernandes, et al. Os benefícios da extubação paliativa na qualidade de morte. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 307-316, 2020.

PESSINI, Léo. Distanásia: Até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*, Brasília, v. 4, n. 1, p. 31-43, 1996.

POPE, Thaddeus Mason. Clinicians May Not Administer Life-Sustaining Treatment Without Consent: Civil, Criminal, and Disciplinary Sanctions. *Journal of Health & Biomedical Law*, Suffolk, v. 9, p. 213-296, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2LzUvKl>. Acesso em: 03 abr. 2022.

POTTER, Jordan; SHIELDS, Steven. Palliative Sedation, Compassionate Extubation, and the Principle of Double Effect: An Ethical Analysis. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, Atlanta, v. 38, n. 12, p. 1-5, 2021.

PRATA, Henrique Morais. *Cuidados paliativos e direitos do paciente terminal*. Barueri: Manole, 2017.

QUEM somos. CRM-MG, Belo Horizonte, [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/3J6N0IA>. Acesso em: 03 abr. 2022.

QUEM SOMOS. IMIP, Recife. [s.d.]. Disponível em: <https://bit.ly/3rBqdFW>. Acesso em: 03 abr. 2022.

REZENDE, Joffre Marcondes de. *À sombra do Plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2009.

ROSENVALD, Nelson; MENEZES, Joyceane Bezerra de; DADALTO, Luciana (coords). *Responsabilidade Civil e Medicina*. Indaiatuba: Editora Foco, 2021.

SANTOS, André Filipe Junqueira dos, et al. *Carta Aberta sobre Parecer CRM-MG n.º 37/2020 – Processo-Consulta n.º 12/2020*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. São Paulo, 14 mar. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2TzoShm>. Acesso em: 03 abr. 2022.

SILVA, Josimário; LIMA, Andressa. Extubação paliativa: uma análise bioética. *Migalhas*, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3adrJHC>. Acesso em: 03 abr. 2022.

SZALADOS, James Emery. Discontinuation of Mechanical Ventilation at End-of-Life: The Ethical and Legal Boundaries of Physician Conduct in Termination of Life Support. *Science Direct, Elsevier*, v. 23, i. 2, p. 317-337, 2007.

TAVARES, André Ramos. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2022.

VILHENA, Rita Rasquilho Vidal Saragoça Mendes. *Cuidados paliativos e obstinação terapêutica: decisões em fim de vida*. 2013, 76 p. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. *World Health Organization*, Genebra. Disponível em: <https://bit.ly/37ny82e>. Acesso em: 03 abr. 2022.

YOUNG, Robert; KING, A. Legal Aspects of withdrawal of therapy. *Anaesthesia and Intensive Care*, Adelaide, v. 31, n. 5, p. 501-508, 2003.