

Opinião dos médicos das Unidades de Terapia Intensiva do Complexo Hospital das Clínicas sobre a ortotanásia*

Perception of physicians of Intensive Care Units of the Hospital das Clínicas Complex about orthothanasia

Matheus Fachini Vane¹, Irimar de Paula Posso²

* Recebido do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP.
• Trabalho com suporte financeiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A medicina atual vive um momento de busca de sensato equilíbrio na relação médico-paciente. Contrariamente ao que se observava poucos anos atrás, onde o paciente era, na estrita concepção da palavra, um paciente, ou seja, aquele que só obedece sem questionar, hoje ele é considerado um agente autônomo, que participa ativamente decidindo sobre ele mesmo. Ao mesmo tempo, a medicina incorporou técnicas, medicamentos e procedimentos que podem, por si só, manter a vida do paciente quase que indefinidamente, mesmo que esta seja totalmente vegetativa. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da resolução CFM 1.805/2006 na opinião dos médicos que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do Complexo Hospital das Clínicas.

MÉTODO: Após aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição foram entrevistados 100 médicos que exercem atividade nas unidades de terapia intensiva do Complexo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no ano de 2007, sendo 41 médicos assistentes e 59 residentes.

RESULTADOS: Todos os entrevistados foram favoráveis à ortotanásia, 67% consideraram a resolução como ideal e 26% como adequada, tendo apenas uma minoria de 7% considerando-a inadequada. Dos médicos entrevistados, 93% já pensaram na possibilidade de colocar a ortotanásia em prática.

CONCLUSÃO: A maioria dos médicos foi favorável à prática da ortotanásia, princípio que visa diminuir o sofrimento do paciente e de seus familiares, desde que respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal, devidamente fundamentada e registrada no prontuário e que o paciente continue a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, sendo assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, e o direito a alta hospitalar.

Descritores: Eutanásia, Morte, Paciente terminal, Ortotanásia.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Modern medicine lives a moment of searching for a sensible balance in the physician-patient relationship. As opposed to what was observed few years ago, when patients were, in the strict conception of the word, patients, that is, someone who obeys without questioning, today they are considered autonomous agents actively participating and deciding about themselves. At the same time, medicine has incorporated techniques, drugs and procedures which, by themselves, may keep the lives of patients almost indefinitely, even if lives are totally vegetative. This study aimed at evaluating the impact of the resolution CFM 1.805/2006 on the perception of physicians working in Intensive Care Units (ICU) of the Hospital das Clínicas Complex.

1. Médico Residente em Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

2. Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); Médico Anestesiologista. São Paulo, SP, Brasil

Endereço para correspondência:

Dr. Matheus Fachini Vane

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 155 - 8ª Andar

Prédio dos Ambulatórios - Bloco 3

Cerqueira César

05403-000 São Paulo, SP.

Fone: (11) 3069-6787 - Fax: (11) 3069-7947

METHOD: One hundred physicians of the ICUs of the Hospital das Clínicas Complex were interviewed about their knowledge with regard to the provisions of the resolution CFM 1.805/2006, as well as their perception of orthothanasia.

RESULTS: All respondents were favorable to orthothanasia; 67% considered the resolution ideal and 26% adequate, with just a minority of 7% considering it inadequate. From all interviewed physicians, 93% have already thought about putting it into practice.

CONCLUSION: Most physicians were favorable to the practice of orthothanasia, principle which aims at decreasing the suffering of patients and relatives, provided the will of the person or of his legal representative is respected, dully justified and recorded in the medical records and that the patient continues to receive all necessary care to relief symptoms which lead to suffering, being assured integral assistance, physical, psychical, social and spiritual comfort, and the right to hospital discharge.

Keywords: Death, Euthanasia, Orthothanasia, Terminal Patient.

INTRODUÇÃO

A morte sempre foi enfrentada na cultura ocidental com muita resistência e como sendo algo não natural. No entanto ela faz parte do ciclo natural da vida com início, meio e fim.

O poder de intervenção do médico é hoje quase infinito e, graças a este arsenal, vidas em situações graves são salvas, mas, também, portadores de doenças crônicas e incuráveis, são contemplados com os mesmos cuidados e tecnologia, oferecidos aos pacientes curáveis.

Graças aos novos equipamentos e metodologias criadas para controlar as variáveis vitais as unidades de terapia intensiva (UTI) oferecem aos médicos a possibilidade de adiar o momento da morte de maneira quase que indefinida, devido ao enorme arsenal tecnológico disponível, podendo-se afirmar que é quase impossível morrer sem a anuência do médico. É o prolongamento interminável do morrer¹.

Assim, o médico aprende muito sobre a tecnologia de ponta e pouco sobre o real significado metafísico da vida e da morte, sendo que apenas cinco de 126 escolas de medicina norte-americanas ofereciam ensinamentos sobre a terminalidade humana. Despreparados para a questão, muitas vezes praticam uma medicina que subestima o conforto do paciente terminal, impondo-lhe

uma longa e sofrida agonia².

Devido à possibilidade de prolongar a vida do paciente terminal, foi proposta a ortotanásia, para poupar sofrimento ao paciente e aos seus familiares e amigos, e diminuir as despesas com exames laboratoriais, de imagens, equipamentos especiais e medicamentos desnecessários³.

O conceito ortotanásia respeita o tempo de sobrevida do paciente, sendo retirados quaisquer métodos que mantenham artificialmente a vida, tais como medicamentos ou próteses respiratórias e, assim, permite que a vida siga seu rumo natural. A ortotanásia se opõe ao prolongamento artificial da vida, que coloca pacientes, familiares e médicos em situação de sofrimento inútil por esta manutenção da vida, completamente desprovida de esperanças.

O Conselho Federal de Medicina, consciente desta problemática, mesmo sendo órgão conservador, após amplos e acalorados debates, aprovou e publicou no Diário Oficial da União no dia 28 de novembro de 2006, a Resolução 1.805/2006, que permite ao médico praticar a ortotanásia, limitando ou suspendendo procedimentos ou tratamentos que possam prolongar a vida do paciente terminal incurável, garantindo, porém a supressão de quaisquer sofrimentos para o paciente e, que seja respeitada a sua vontade ou de seu representante legal⁴.

Este estudo teve a finalidade de averiguar o impacto dessa resolução na maneira de pensar dos médicos e o quanto ela modificou a conduta do profissional, além de constatar o grau de interesse, a aceitação e a preocupação referente ao assunto por parte dos profissionais médicos que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva do Complexo Hospital das Clínicas.

MÉTODO

Após a aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição foram entrevistados 100 médicos que exerciam atividade nas Unidades de Terapia Intensiva do Complexo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo 41 médicos assistentes e 59 residentes.

Inicialmente foi perguntado ao médico sobre seu conhecimento ou não do teor da resolução. Caso o profissional não tivesse conhecimento suficiente, ele recebia uma cópia, e após a leitura e entendimento de todos os artigos que a compõe, era feita a entrevista, sempre pelo mesmo entrevistador. A

análise estatística foi realizada pelo teste Exato de Fisher, sendo considerada como diferença estatística significativa menor que 0,05.

RESULTADOS

Todos os médicos entrevistados se mostraram favoráveis à prática da ortotanásia. Algumas das justificativas apresentadas pelos médicos assistentes foram: “Evita um procedimento que não resulta em melhor qualidade de vida”; “Abrevia-se o sofrimento”; “É a conduta mais sensata possível”; “Há limites ao sofrimento dos pacientes, pois alguns tratamentos não apresentam benefícios justificáveis, com baixa qualidade de vida” “Acho justo evitar o prolongamento do sofrimento com tratamentos que não resolvem a doença de base”. As justificativas dos médicos residentes não foram diferentes, destacando-se: “Evita desgaste financeiro e emocional para a família”; “Não podemos prolongar o sofrimento quando não há prognóstico”; “Reduz o sofrimento de familiares e do paciente”.

Quanto ao conhecimento sobre a resolução, 49% dos médicos entrevistados a conheciam, sendo 66% assistentes versus apenas 37% dos residentes, sendo a diferença estatisticamente significativa.

A maioria dos entrevistados (51%) tomou conhecimento da resolução através da cópia apresentada no momento da entrevista. Dentre os que já a conheciam, 34,7% tomou conhecimento através de jornais, 22,4% através de outro médico, 16,3% através da internet, 14,3% através de revistas, 6,1% através de e-mail e 6,1% através de rádio ou televisão. (Gráfico 1)

prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”. Dentre as justificativas apresentadas pelos médicos assistentes, destaca-se que *“Além de sensata, economiza recursos”*; *“Abrevia sofrimento tanto para a família quanto para o paciente”*; *“Não adianta manter todo o suporte em pacientes sem perspectivas e sem qualidade de vida”*; *“Só promoverá aumento de resistência a antibióticos, bem como prolongar um sofrimento tanto para o paciente quanto para a família, visto que esta adocece também e necessita muitas vezes de suporte psicoterápico”*; *“Além de sensata, economiza recursos para os mais necessitados”*. Os médicos residentes apresentaram como justificativas favoráveis *“Desnecessário prolongar a vida de pessoas em estado terminal, pois prolonga o sofrimento e gasta recursos que poderiam ser utilizados de maneira mais racional”* ou *“Evita prolongar sofrimentos”*.

A opinião dos médicos sobre o parágrafo 1º do artigo 1º, segundo o qual *“O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação”*, houve apenas uma discordância com relação a este aspecto por um médico assistente, porém ele não apresentou a justificativa para discordar. Entre os que concordaram alguns apresentaram ressalvas como *“Paciente é leigo, tem baixo grau de escolaridade, e ao se explicar algo, pode entender outra coisa”* ou *“Deveriam constar maiores especificações, “O paciente é quem deve ter ciência do tratamento e do seu prognóstico”* ou *“Dentro dos limites da compreensão*

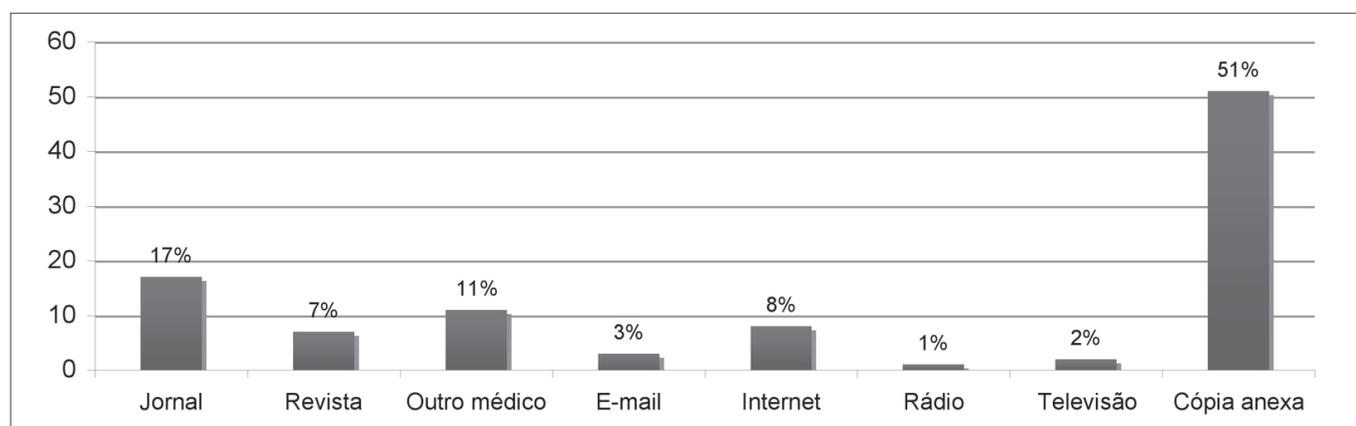


Gráfico 1 – Veículo de comunicação pelo qual tomou conhecimento da Resolução do CFM sobre a ortotanásia.

Todos os médicos entrevistados foram favoráveis ao artigo primeiro da resolução *“É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que*

e comportamento por parte da família e do paciente”, ou ainda *“É obrigação médico propor as modalidades terapêuticas para cada situação”* e *“É direito do pa-*

ciente”.

O conceito sobre o parágrafo 2º: “A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.”, 98% dos entrevistados foram favoráveis, sendo 96,61% dos residentes e 100% dos assistentes. As justificativas apresentadas por aqueles que não concordaram foram “Pode ir de encontro com conceitos do código civil” ou “Já ficaria subentendida a decisão do paciente, evitando questionamentos futuros”. As justificativas dos assistentes que se manifestaram favoráveis foram “O prontuário é o documento mais importante nesta situação, tanto do ponto de vista jurídico quanto ético”, “Evitar futuras mudanças de opinião” ou “As medidas devem ser registradas”. As justificativas favoráveis dos residentes foram “Para ressaltar o médico de possíveis problemas” ou “Evitar questionamentos futuros”.

Em relação o parágrafo 3º “É assegurado ao doente ou seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica”, a maioria dos médicos entrevistados (98%) foi favorável “A autonomia deve ser sempre respeitada” e “Todo paciente tem o direito de ouvir quantas opiniões quiser”, porém houve algumas justificativas desfavoráveis como “No caso da ortotanásia, esta segunda opinião pode dar margens a questionamentos legais desnecessários” e “O médico do caso é quem deve solicitar uma segunda opinião”.

Quanto ao artigo segundo “O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar”, a maioria absoluta dos entrevistados (97%) concordou, apresentando justificativas como “Morrer no conforto da família é a forma mais humana” ou “Assegurar a qualidade de vida é fundamental”, no entanto os poucos que discordaram assim justificaram “O paciente pode solicitar alta, mas não há respaldo para a chamada alta a pedido” ou “Pode gerar problemas jurídicos ao médico devido à alta por falta de amparo legal”.

Consideraram a resolução como ideal 67% dos entrevistados, como adequada 26%, e como inadequada 7% (Gráfico 2). A opinião dos assistentes e residentes não apresentou diferença estatística. A argumentação daqueles que consideraram a resolução como ideal, foi: “Ideal para a realidade brasileira” ou “Deve-se realizar esforços para a informação e mudança da cultura da população” e ainda que “É dever do médico diminuir a dor para os pacientes e familiares” ou “A

qualidade de vida deve ser sempre buscada”.

Aqueles que a consideraram adequada argumentaram que “Dever-se-ia nomear uma comissão multidisciplinar para quando necessário realizar a mediação médico-paciente, principalmente em situações sobrecarregadas de emoções” ou “Um consenso de, no mínimo, três médicos deveria ser obtido previamente à decisão final”, ou ainda “Apenas dá suporte ao médico para que este não venha a sofrer consequências legais de um ato mais que consumado”. Os entrevistados que acharam a resolução inadequada referiram que “Deve haver comissões hospitalares que seriam responsáveis pelo manuseio familiar e do doente, como uma interconsulta de cuidados paliativos” e que ainda “Não contempla a possibilidade de eutanásia” ou que falta “Maior detalhamento no sentido de até onde seria possível a atuação médica”.

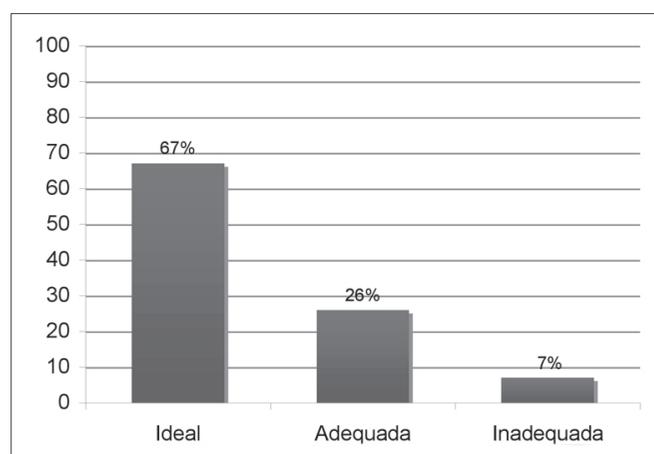


Gráfico 2 – Opinião geral sobre a Resolução do CFM sobre a ortotanásia.

Ao serem questionados se já pensaram na possibilidade de colocar em prática a ortotanásia, 93% dos entrevistados responderam positivamente a esta possibilidade, sendo 97,5% dos assistentes e 89,8% dos residentes. Não houve diferença estatística entre a opinião dos residentes e assistentes. Dentre as justificativas apresentadas destacam-se “É um questão ética e humana” ou “Além de sensata, economiza recursos para pacientes com prognóstico real”. Aqueles que não pensaram nesta possibilidade alegaram apenas motivos religiosos.

DISCUSSÃO

O direito à vida é inviolável, e esta inviolabilidade está assegurada na Constituição Federal, que consagra a vida como o mais fundamental dos direitos. Portanto,

nenhuma pessoa poderá ser arbitrariamente privada de seu direito de viver sob pena de responsabilização criminal, e o Código Penal prevê as sanções para o indivíduo que violar esse direito.

A ideia de interromper a vida humana, mesmo em estágios avançados de afecções que muito provavelmente a levarão ao óbito, sempre foi assunto tratado com muita parcimônia no Brasil.

Na compilação da obra de Hipócrates, considerado o pai da medicina, a medicina é defendida a partir de três objetivos: “aliviar o sofrimento do doente, diminuir a violência das suas doenças e recusar tratar aqueles que estão completamente tomados pelas suas doenças, reconhecendo que em tais casos a medicina não pode fazer nada”⁵.

Porém, devido aos avanços da medicina, os médicos têm deixado de tratar a pessoa e passado a tratar a doença da pessoa, esquecendo o ensinamento do aforismo de autor desconhecido “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”, que aflorou naturalmente como síntese da própria medicina e do compromisso do médico para com a humanidade sofredora.

Informações obtidas de familiares de pacientes idosos e gravemente enfermos permitiram concluir que 55% dos doentes estavam conscientes três dias antes da morte; 40% sofreram dores insuportáveis; 80% apresentaram muita fadiga e 63% tiveram extrema dificuldade para tolerar o sofrimento físico e emocional que experimentavam. Nesta situação quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida⁶.

A opinião dos médicos que ainda estão em treinamento e daqueles que já estão na prática clínica diária, sobre a possibilidade da prática da ortotanásia foi unânime. Pesquisas demonstraram que a opinião dos estudantes do 1º e do 5º ano do curso médico frente a terminalidade da vida é distinta, sendo influenciada pelo avançar do curso médico^{7,8}, porém esta pesquisa não identificou diferença quanto a opinião sobre a terminalidade da vida, entre os médicos residentes em treinamento e os assistentes, vários com muitos anos no exercício da profissão.

Os cursos de medicina e o estágio hospitalar habitualmente preparam os futuros médicos para salvar vidas, porém geralmente se ensina muito pouco sobre a arte de lidar com a morte, pois a revolução biotecnológica possibilita o prolongamento quase interminável do morrer. No entanto, recentemente as escolas médicas

tem se preocupado em inserir nos currículos o estudo sobre a finitude da vida^{9,10}. Apesar de estudos comprovarem a incapacidade dos futuros médicos para lidar com a morte, no presente estudo, este fato não foi evidenciado, pois as opiniões dos residentes não foram diferentes das opiniões dos assistentes, sugerindo que os médicos que se formaram recentemente parecem estar mais capacitados a lidar com a morte, sendo que a grande maioria tem uma opinião bem formada a respeito do prolongamento artificial da vida.

No entanto, o médico com maior tempo de formado apresentou maior conhecimento sobre a resolução em comparação ao médico residente, entretanto, apenas 49% dos entrevistados tinham conhecimento prévio da resolução, embora todos os profissionais entrevistados estivessem diretamente relacionados ao cuidado de pacientes terminais por atuarem UTI, e mesmo assim, a metade deles desconhecia que a prática da ortotanásia é eticamente aceita.

A totalidade dos entrevistados é a favor da prática da ortotanásia, devidamente fundamentada e registrada no prontuário, com a justificativa de que, muitas vezes, o paciente é incapaz de saber sobre seu prognóstico, opinião embasada por outros autores a respeito de pacientes em fase terminal, segundo os quais os pacientes nessa fase desconhecem seu prognóstico, e deste modo, são incapazes de decidir sobre sua situação terapêutica, impossibilitando, assim, uma decisão plenamente capacitada¹¹⁻¹³. Da mesma forma este resultado está de acordo com os resultados de estudo que demonstrou que apenas uma pequena porcentagem de médicos franceses (< 17,5%) ficaria desconfortável ao não utilizar técnicas que prolonguem indefinidamente a vida de pacientes terminais¹⁴.

É consenso entre os entrevistados que o médico tem a obrigação de esclarecer ao paciente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação, e que o paciente deverá receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, sendo assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive o direito da alta hospitalar, para poder morrer junto de seus familiares.

Quando está claro que a recuperação não é possível, um julgamento prudente é necessário para permitir que o paciente morra como consequência da história natural da sua doença, sendo ética a interrupção de tratamentos, em particular quando causam sofrimento ao paciente, desde que sejam administrados fármacos para o alívio da dor⁵.

A partir do diagnóstico seguro da terminalidade, a postura médica pode ser a de ouvir uma equipe multidisciplinar, incluindo psicólogo, enfermeiro e assistente social na busca de uma decisão sobre a conduta mais adequada e, após conversar com a família tomar uma decisão e para se resguardar, registrar no prontuário o procedimento¹⁵.

Ao reconhecer que o quadro clínico do paciente é incurável, a terapêutica curativa deve ser substituída pela paliativa, recuperando os objetivos da medicina hipocrática, com o médico entendendo que deve avaliar a validade do investimento na fase final da vida de seu paciente, dando mais atenção ao paciente e menos à cura em si mesma, valorizando o paciente, os seus valores e as suas opções, permitindo que o paciente possa readquirir o papel de protagonista no processo da sua própria morte, que se possível deve ocorrer em paz e na companhia de pessoas queridas⁵.

Embora entendam que a resolução foi um avanço importante no intuito de adequar práticas médicas devidamente embasadas a uma realidade permitida pela moderna e eficiente tecnologia, e apesar de já terem pensado na possibilidade de colocar em prática a ortotanásia, os médicos entrevistados sentiram falta de legislação específica que regulamenta juridicamente essa prática.

No entanto, segundo alguns autores é o médico, independentemente de haver ou não legislação específica sobre a terminalidade da vida, quem acaba por decidir, respeitada a vontade do paciente e/ou de seu representante legal, sobre a implementação ou não da ortotanásia. Como afirmam esses autores, apesar da existência de legislação que permite aos médicos a realização destas técnicas, ela serve apenas para salvaguardar o médico, mas a decisão de assim agir cabe exclusivamente ao médico, após ouvir seu paciente. Assim, a plena conscientização da classe médica e não médica parece ser a chave para o sucesso desta medida, frequentemente necessária¹⁶.

Talvez seja adequada a existência de uma comissão, como a sugerida pelos entrevistados que não consideraram a resolução como ideal, para realizar a mediação entre o paciente, o médico e a família, para discutir sobre o tema, porquanto entendem que devem ser mais detalhadas as condições para a prática da ortotanásia.

CONCLUSÃO

A maioria dos médicos foi favorável à prática da ortotanásia, princípio que visa diminuir o sofrimento do

paciente e de seus familiares, desde que respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal, devidamente fundamentada e registrada no prontuário e que o paciente continue a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, sendo assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, e o direito a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Baldessin A. Morrendo bem equipado. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2005;38(1):55-9.
2. Hill TP. Treating the dying patient. The challenge for medical education. *Arch Intern Med* 1995;155(12):1265-9.
3. Casarini K, Basile-Filho A. A relação com o doente sem possibilidade de manejo terapêutico – *Medicina (Ribeirão Preto)* 2005;38(1):69-73.
4. Conselho Federal de Medicina; Resolução 1.805 - Publicada no Diário Oficial da União no dia 28 de nov. 2006, Seção I, p. 169.
5. Lima C. Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia. *Medicina Interna* 2006;13(2):79-82.
6. Teno JM, Murphy D, Lynn J, et al. Prognosis-based futility guidelines: does anyone win? SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *J Am Geriatr Soc* 1994;42(11):1202-7.
7. Price J, Price D, Williams G, et al. Changes in medical student attitudes as they progress through a medical course. *J Med Ethics* 1998;24(2):110-7.
8. Gruber PC, Gomersall CD, Joynt GM, et al. Changes in medical students' attitudes towards end-of-life decisions across different years of medical training. *J Gen Intern Med* 2008;23(10):1608-14.
9. Billings JA, Block S. Palliative care in undergraduate medical education. Status report and future directions. *JAMA* 1997;278(9):733-8.
10. Billings ME, Engelberg R, Curtis JR, et al. Determinants of medical students' perceived preparation to perform end-of-life care, quality of end-of-life care education, and attitudes toward end-of-life care. *J Palliat Med* 2010;13(3):319-26.
11. Kovács MJ. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. *Mundo Saúde* 2003;27(1):71-80.
12. de Araújo MM, da Silva MJ. Communication with patients in palliative care: favoring cheerfulness and optimism. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(4):668-74.
13. Silva MJP. Comunicação com pacientes fora de

possibilidades terapêuticas: reflexões. Mundo Saúde 2003;27(1):64-70.

14. Peretti-Watel P, Bendiane MK, Pegliasco H, et al. Doctors' opinions on euthanasia, end of life care, and doctor-patient communication: telephone survey in France. BMJ 2003;327(7415):595-6.

15. Siqueira JE. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. Rev Bioética 2005;13(2):37-50.

16. Möller T, Grabensee B, Frister H. Passive euthanasia in clinical practice--the medical decision reflected in the legal position. Dtsch Med Wochenschr 2008;133(20):1059-63.

Apresentado em 15 de dezembro de 2010.

Aceito para publicação em 07 de março de 2011.