

## PARECER TÉCNICO COREN/PR Nº 03/2017

*Conduta do enfermeiro perante a ortotanásia.*

### 1. Do Fato

Enfermeira solicita parecer sobre a conduta do enfermeiro perante a ortotanásia determinada por médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva.

### 2. Da Fundamentação e Análise

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) n. 1.805/2006, n. 1995/2012 e n. 1931/2009 descrevem a ortotanásia como fase terminal de enfermidades graves e incuráveis na qual é permitido ao médico limitar ou suspender tratamentos e procedimentos que delonguem a vida do doente, garantindo-lhe assim uma assistência integral com os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na qual deve ser respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

A Resolução n.1805/2006 cita:

Art. 1º - § 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada à assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar (CFM, 2006).

Diante do exposto acima a ortotanásia é uma situação em que a morte é um evento certo, iminente e inevitável, sendo considerada como o direito à boa morte no qual é respeitado

o princípio da dignidade humana. Esse método não acelera nem posterga a morte do paciente, mas oferece um momento natural de partida (PINHO, BARBOSA, 2009; PAIVA, et al., 2014).

Sendo essa uma conduta ética, sempre que a decisão do médico for precedida do consentimento informado do próprio paciente ou de sua família, quando impossível for à manifestação do indivíduo. A decisão referente à conduta precisa estar aparada na segurança do prognóstico de morte iminente e inevitável, como também no custo-benefício da adoção de inúmeros procedimentos extraordinários (farmacológicos, invasivos e artificiais) que ocasionem sofrimento, em face da impossibilidade de cura ou vida plena (VILLAS-BOAS, 2008; PESSINI, 2007, CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SÃO PAULO – COREN SP, 2013).

Os procedimentos extraordinários, citados acima são conhecidos como “distanásia” que é o prolongamento da vida à custa de dor, sofrimento e agonia, por meio de ações, intervenções ou procedimentos médicos que delonga sofridamente o processo de morrer, procurando distanciar a morte (BALLA; HAAS, 2008; PESSINI, 2007).

O Conselho Federal de Medicina na Resolução n. 1.995/2012, dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição,

caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente (CFM, 2012).

Quando a escolha do paciente ou familiar é pela ortotanásia, a equipe multiprofissional deverá se inserir em num contexto mais amplo denominado cuidados paliativos, que na contradição de salvar à vida, deve ser mantido o processo natural da morte, sendo assegurado ao paciente: conforto, alívio da dor e dos outros sintomas ocasionados pela doença e até mesmo a desospitalização, se esta for à vontade do próprio paciente e de sua família (SANTORO, 2011; PAIVA, et al., 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), os cuidados paliativos consistem na assistência ativa e integral aos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo garantir melhor qualidade de vida e evitar o sofrimento tanto do paciente quanto dos seus familiares.

Com os cuidados paliativos é estabelecido uma relação interpessoal entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, sendo as intervenções técnicas secundárias à relação que se estabelece entre equipe multiprofissional e pacientes (SIMONI; SANTOS, 2003; SANTANA, et al., 2009).

O papel da enfermagem nos cuidados paliativos é fundamental, pois a equipe busca desenvolver uma assistência integral aos pacientes e aos familiares, com uma comunicação efetiva, medidas para alívio do sofrimento, controle dos sintomas e apoio aos familiares frente ao processo de morte (SALTZ; JUVER, 2008; SILVA; MOREIRA, 2013).

Existem etapas fundamentais para o sucesso nos cuidados paliativos, tais como: o entendimento da doença, o tratamento disponível e as possíveis limitações; prioridades terapêuticas; definição dos objetivos e intervenções médicas; provimento das necessidades individualizadas e antecipação do evento; decisões antecipadas de final de vida e possíveis intercorrências; envolvimento da equipe multidisciplinar; mudanças no ambiente; processo de enfrentamento da doença e apoio à família após a morte de seu familiar (GARCIA, et al., 2010; SILVA; SUDIGURSKI, 2008).

O enfermeiro juntamente com sua equipe, realizará seu cuidado mediante o acolhimento ao paciente e familiar com a identificação da dor e seu alívio, na manutenção das boas condições de higiene e nutrição, assim como no conforto físico e no ambiente livre de riscos. Também deverá estabelecer uma escuta ativa e uma comunicação efetiva com paciente e familiar para ajuda-los nesse processo, assim como orientá-los nos cuidados necessários (VASCONCELOS, et al., 2012; SILVA, MOREIRA, 2013).

Diante do exposto destaca-se a importância dos profissionais fundamentarem suas ações tornando efetiva a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem conforme Resolução COFEN 358/2009.

### 3. Da Conclusão:

Com base na literatura e na legislação apresentada entende-se que o exercício da ortotanásia respeita o tempo de sobrevivência do paciente que se encontra em fase terminal, de modo que são suprimidos os procedimentos que mantêm artificialmente a vida, permitindo que a vida siga seu curso natural.

É determinado pelo Código de Ética Médica que nos casos em que for interrompido o tratamento, deve o responsável médico utilizar os cuidados paliativos para evitar o sofrimento do doente terminal.

A atuação do Enfermeiro é amparada no Decreto n. 94.406/1987 que regulamenta a Lei n. 7.498/1986 e estabelece no art. 8º que ao enfermeiro incumbe como integrante da equipe de saúde participar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde (BRASIL, 1986; COFEN, 1987).

O COREN PR corrobora com o COREN SP (2013) quando descreve que prolongamento da vida do paciente abrange situações muito complexas, mas o limite para investir deve ser definido pela concepção de morte digna, aliada à plena consciência da limitação das intervenções. A solução mais correta para cada situação está diretamente ligada à dignidade da pessoa que sofre o inevitável processo da morte, respeitando suas decisões ou de seus familiares nas situações previstas em lei.

Ressalta-se que os profissionais de enfermagem, como membros da equipe multiprofissional precisam participar das discussões sobre os limites para intervenção no processo inevitável de morte e oferecer uma assistência de enfermagem adequada, não com o intuito de curar mais sim de melhorar a qualidade de vida desse paciente e de sua família, oportunizando uma terminalidade mais tranquila e digna.

Portanto cabe ao enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem a responsabilidade pelo bom andamento da assistência prestada ao paciente e seus familiares.

Destaca-se que o enfermeiro precisa estar cientes de sua capacidade, competência e habilidade para garantir uma assistência livre de riscos provenientes da negligência, imperícia e imprudência, conforme previsto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem na Resolução 311/2007.

É o parecer.

Curitiba, 25 de maio de 2017.



**Fabíola Schirr**  
Colaboradora



**Maria Cristina Paganini**  
Conselheira

## REFERÊNCIAS

BALLA, A.; HAAS, R. E. Percepção do enfermeiro em relação à ortotanásia. **Revista Bioéthikos**. São Paulo, v. 2, n. 2, p. 204-213, 2008. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/64/204a213.pdf>

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm)

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n. 1805/2006**. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm)

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n. 1.931/2009**. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm)

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n. 1.995/2012**. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 311/2007**. Aprova a reformulação do Código de ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html)

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)

COREN SP. Conselho Regional de Enfermagem São Paulo. **Parecer 066/2013**. Dispõe sobre a participação do profissional Enfermeiro na ortotanásia. Disponível em: [http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer\\_066\\_Ortotan%C3%A1sia\\_aprovado.pdf](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer_066_Ortotan%C3%A1sia_aprovado.pdf)

PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA JR, J. J.; DAMASIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**. v 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a19.pdf>

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** 2 ed. São Paulo: Loyola, 2007.

PINHO, L. M. O.; BARBOSA, M. A. **Vida e morte no cotidiano: reflexões com o profissional de saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 11, n. 1, p. 200-212, 2009. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/pdf/v11n1a26.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a26.pdf)

SALTS, J. JUVER, J. Cuidados Paliativos no hospital geral. **Revista Prática Hospitalar**, Ano IX, n. 53, p. 192-194, set./out., 2008. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582011000200007&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582011000200007&script=sci_arttext).

SANTANA, J. C. B.; CAMPOS, A. C. V.; BARBOSA, B. D. G.; BALDESSARI, C. E. F.; PAULA, K. F.; REZENDE, M. A. E.; DUTRA, B. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Rev Bioethikos**, v. 12, n. 1, p. 77-86, 2009. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>

SANTORO, L. F. **Morte Digna**. O direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá. 2011.

SILVA, M. M; MOREIRA, M. G. Desafios à Sistematização de Enfermagem em Cuidados Paliativos Oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 4, 2013. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a10.htm>

SILVA, E. P.; SUDIGURSKI, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta paul enferm**, v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000300020&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000300020&script=sci_abstract&tlng=pt)

SIMONI, M, SANTOS, M. L. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. **Revista Psicologia USP**. v. 14, n. 2, p. 169-194, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032). du

VASCONCELOS, E. V.; SANTANA, M. E.; SILVA, S. E. D. Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**. v. 3, n. 3, p. 127-130, 2012. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/296/158>