

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção

**O EFEITO DA INFORMAÇÃO SOBRE O
COMPORTAMENTO DOS PROFISSIONAIS DA
SAÚDE DIANTE DA MORTE**

Tese de Doutorado

Rachel Duarte Moritz

Florianópolis

2002

Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em

Engenharia de Produção

**O EFEITO DA INFORMAÇÃO SOBRE O
COMPORTAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DIANTE DA MORTE**

Rachel Duarte Moritz

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em
Engenharia de Produção.

Orientador – Prof. Dr. Francisco Antônio Pereira Fialho

Florianópolis

2002

Ao meu marido,
Companheiro ideal,
Parceiro de todas as horas,
Antônio Carlos Amaral Moritz.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Francisco Antônio Pereira Fialho, incentivador capaz e facilitador incansável em todas as etapas a serem vencidas na execução desta Tese.

À Prof^a Sílvia Modesto Nassar por sua competência, solicitude e amizade.

À Prof^a Márcia Margaret Menezes Pizzichini por seus conselhos, indispensáveis na elaboração inicial desta pesquisa.

Ao amigo Fernando Osni Machado por seu apoio incondicional.

Aos meus pais, amigos e conselheiros Danilo e Laura.

Aos meus filhos, Pedro e Natália, que trouxeram um novo significado à minha vida.

A todos os profissionais que despenderam o seu tempo para me auxiliar na execução deste projeto, sem a sua participação esta tese não existiria.

“Às vezes curar,
geralmente aliviar,
sempre confortar.”

Ditado popular do século XV, inscrito na estátua do médico Edward
Livingston Trudeau, em Sarona Lake, Nova York

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	p.viii
LISTA DE TABELAS	p.x
LISTA DE REDUÇÕES	p.xi
RESUMO	p.xii
ABSTRACT	p.xiv
1. INTRODUÇÃO	p.1
2. OBJETIVO	p.5
3. REVISÃO DA LITERATURA	p.6
3.1. A Morte e o Morrer.....	p.6
3.2. A Morte o Morrer e a Vida.....	p.12
3.3. A Morte e o Morrer no Século XX.....	p.18
3.4. A Morte, o Morrer, Ética e Bioética.....	p.22
3.5. A Morte e o Morrer na UTI.....	p.30
4. MÉTODO	p.51
4.1. Delineamento do estudo.....	p.51
4.2. População estudada.....	p.51
4.3. Tamanho da amostra.....	p.51
4.4. Elaboração do questionário.....	p.52
4.5. Aplicação do questionário.....	p.54
4.6. Análise estatística.....	p.55

5. RESULTADOS.....	p.57
6. DISCUSSÃO.....	p.80
7. CONCLUSÃO.....	p.104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	p.105
ANEXOS.....	p.120

LISTA DAS FIGURAS

- Figura 1:** Esquema exemplificando uma questão/resposta na ED.....p.53
- Figura 2:** Escore médio da discussão familiar sobre a Morte e o Morrerp.59
- Figura 3:** Escore médio da decisão pessoal de ser ou não reanimado, em vigência de uma PCR, pós-enfermidade, aos 85 anos.....p.60
- Figura 4:** Escore médio da decisão pessoal de ser ou não reanimado, aos 85 anos, em vigência de uma súbita PCR.....p.60
- Figura 5:** Escore médio da decisão de recuperar um familiar, que havia manifestado previamente o seu desejo de não ser ressuscitado.....p.61
- Figura 6:** Escore médio da decisão sobre a RCR de uma paciente com 16 anos e sem opções terapêuticas.....p.62
- Figura 7:** Escore médio da decisão de iniciar RCR em um familiar, com idade avançada, que havia manifestado previamente o seu desejo de não ser ressuscitado.....p.63
- Figura 8:** Escore médio da decisão de iniciar RCR em um paciente, com idade avançada, que havia manifestado previamente o seu desejo de não ser ressuscitado.....p.64
- Figura 9:** Escore médio da decisão de iniciar RCR em um paciente com 67 anos e sem perspectiva terapêutica.....p.65
- Figura 10:** Escore médio da comunicação com o paciente e familiares antes da tomada de decisão.....p.65
- Figura 11:** Escore médio do consentimento, de um familiar, para um procedimento cirúrgico contra a vontade prévia do paciente.....p.67
- Figura 12:** Escore médio da manutenção da terapêutica fútil ou inútil em uma paciente cujos familiares negaram intervenção cirúrgica.....p.67

Figura 13: Escore médio da tomada de decisão quanto à suspensão ou recusa de tratamento fútil ou inútil.....	p.68
Figura 14: Escore médio do comportamento dos pesquisados após o debate do tema Morte e Morrer.....	p.70
Figura 15a: Tendência qualitativa, em uma escala tridimensional, das decisões de cunho pessoal.....	p.71
Figura 15b: Tendência qualitativa, em um detalhe da escala tridimensional, das decisões de cunho pessoal.....	p.72
Figura 16a: Tendência qualitativa, em uma escala tridimensional, das decisões sobre a recusa de um tratamento (RCR) em pacientes sem perspectivas terapêuticas.....	p.73
Figura 16b: Tendência qualitativa, em um detalhe da escala tridimensional, das decisões sobre a recusa de um tratamento (RCR) em pacientes sem perspectivas terapêuticas.....	p.74
Figura 17a: Tendência qualitativa, em uma escala tridimensional, da decisão de aceitar a vontade prévia de um paciente.....	p.75
Figura 17b: Tendência qualitativa, em um detalhe da escala tridimensional, da decisão de aceitar a vontade prévia de um paciente.....	p.75
Figura 18a: Tendência qualitativa, em uma escala tridimensional, das decisões de suspender ou recusar tratamentos considerados fúteis ou inúteis.....	p.76
Figura 18b: Tendência qualitativa, em um detalhe da escala tridimensional, das decisões de suspender ou recusar tratamentos considerados fúteis ou inúteis.....	p.77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas dos profissionais estudados.....p.57

Tabela 2 – Escolha das categorias sociais que deveriam participar das discussões sobre a recusa ou suspensão de um tratamento.....p.58

LISTA DE REDUÇÕES

Análise de Correspondência Múltipla = ACM

Antes de Cristo = a.C.

Depois de Cristo = d.C.

Escalas de Decisão = ED

Estados Unidos da América do Norte = EUA

Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago = HU

Parada cardiorrespiratória = PCR

Primeiro tempo do estudo = T1

Reanimação cardiorrespiratória= RCR

Segundo tempo do estudo = T2

Síndrome da imunodeficiência adquirida = AIDS

Total de Inércia = TI

Unidades de Terapia Intensiva = UTIs

Universidade Federal de Santa Catarina= UFSC

RESUMO

MORITZ, Rachel Duarte. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte. Florianópolis, 2002. 131f.
Tese (Doutorado em Engenharia de Produção-Ergonomia)- Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2002.

A capacidade da ciência médica de prolongar a vida através do uso da tecnologia, principalmente nas UTIs, tem gerado questionamentos sobre o quanto o médico deve manter o tratamento de pacientes terminais. Estudos demonstram que a maioria das mortes nas UTIs ocorrem após a recusa ou suspensão de tratamentos. Muitos profissionais da área da saúde desconhecem essa realidade e, têm dificuldade em aceitá-las.

Objetivo

Verificar as atitudes dos profissionais da saúde no que concerne à morte, ao morrer, à recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis.

Desenho

Estudo de coorte prospectivo, com abordagem quanti-qualitativa.

Método

Um questionário foi distribuído para 91 profissionais da área da saúde (Medicina e Enfermagem). A amostragem foi selecionada aleatoriamente após estratificação por categoria profissional. O questionário foi elaborado pela autora que levou em consideração os conflitos pelos quais passam aqueles que tratam de pacientes internados em UTI. Foi respondido antes e após 30 dias do debate sobre a morte e o morrer, sendo avaliadas diversas situações de cunho pessoal ou profissional. As respostas foram efetuadas através de escalas adjetivas com variáveis contínuas. Para a análise estatística foram utilizados os testes de Wilcoxon, Mann Whitney, sendo considerado significativo um $p \leq 0.05$, e o de análise de correspondência múltipla, sendo considerado como indicativo da tendência qualitativa de associação ideal um total de inércia (TI) de pelo menos 70%.

Resultados

A tendência dos 77 profissionais que foram observados nesta pesquisa foi a de referir: haver participado eventualmente de discussões sobre o tema Morte ou Morrer; sentir angústia diante do tema; considerar importante o debate rotineiro sobre o mesmo. A avaliação dos questionamentos de cunho pessoal, que se referiam à importância do diálogo familiar sobre o tema e aos desejos dos profissionais diante da sua própria morte e da morte dos seus familiares e pacientes, mostrou uma tendência de esses indivíduos conversarem mais com os seus familiares após a primeira etapa do trabalho e de modificarem a sua atitude diante da morte e do morrer (TI=61%). As decisões profissionais foram baseadas em discussões de casos clínicos. Primeiramente foi avaliada a decisão de ser iniciado um tratamento considerado fútil. Os participantes deste trabalho tenderam a mudar de opinião no que concerne a esse tópico, aceitando mais facilmente, na segunda fase, a não reanimação de pacientes sem possibilidades terapêuticas (TI=68%). A discussão sobre a necessidade de ser respeitada a vontade do paciente levou os profissionais a optarem mais fortemente pelo cumprimento das orientações previamente manifestadas pelos pacientes (TI=91%). O maior conhecimento sobre tratamento fútil fez com que esses profissionais tendessem a aceitar mais facilmente a suspensão ou recusa do mesmo (TI=67%).

Conclusões

Há uma tendência de os profissionais da saúde considerarem que o tema Morte e Morrer deveria ser mais debatido, sentirem-se angustiados ao falar sobre a morte dos pacientes e terem dificuldade em aceitá-la. O debate e a informação sobre a Morte e o Morrer pode levar esses profissionais a uma mudança de conduta. Sugere-se que esse tema seja debatido rotineiramente nos hospitais e faça parte da formação curricular dos profissionais da área da saúde.

Palavras-Chave

Morte, Morrer, Tratamento Recusado/Suspensão, Terapia Fútil/Inútil, Ética

ABSTRACT

MORITZ, Rachel Duarte. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte. Florianópolis, 2002. 131f.

Tese (Doutorado em Engenharia de Produção-Economia)- Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2002.

The capacity of medical science to prolong life through the use of technology, mainly in ICUs, raises the question of how far physicians should go in treating the terminally ill patient. Studies have demonstrated that most of the patients who had died in ICUs died during the withholding/withdrawal of their life support. Health professionals, principally the ones who do not work in ICUs, may not understand such decisions and the laws that govern withholding/withdrawing life support.

Objective

To verify the attitude of health professionals concerning death, dying, withholding or withdrawal of the futile or hopeless treatment.

Design

Prospective and quantitative cohort study with qualitative interviews.

Method

A questionnaire was delivered to 91 health professionals (doctors and nurses), randomly selected after stratification according to their professional category. It contained various scenarios depicting end-of-life situations (personal kind), and included withholding/withdrawing life support (professional decisions). The questionnaire was answered, and afterwards there was a discussion about the theme. After 30 days, the same questionnaire was answered again.

The questionnaire was organized considering the conflicts about end-of-life decisions in ICUs. It consists of questions about death, dying, withholding/withdrawal of futile treatment. The answers were given by means of adjectival descriptions and continuous responses. For statistic analysis we used Wilcoxon, Mann Whitney tests being

considered significant a $p \leq 0.05$, and the multiple correspondence analysis test, as an indicative of ideal qualitative tendency, a total inertia (TI) $\geq 70\%$.

Results

The tendency for the 77 professionals who accomplished this study was to refer: to have occasionally participated in discussions about Death and Dying; to be in anguish over this theme; to consider important to have routine debates about it. The evaluation of the personal kind discussions concerning to familiar dialogues about the theme, and of the professionals' wishes concerning their own death and the death of their relatives and patients signaled that those people had talked with their relatives after the first stage of the study, and that their attitude concerning Death and Dying presented discreet modification (TI=61%). The professional decisions were based on scenario discussions. Firstly, the decision to begin a treatment considered futile was evaluated. The participants in this work tended to change their opinion about this topic (TI=68%). Secondly, they tended to accept more easily not to reanimate patients who failed to respond to drugs. The discussion about the necessity of respecting patients' wishes led the professionals opt to accomplish the orientations previously expressed by patients (TI=91%). A better knowledge of futile treatment made those professionals accept withholding/withdrawing such treatment more easily (TI=67%).

Conclusions

The health professionals tended to consider that the theme Death and Dying should be more debated, feel themselves uncomfortable while talking about the death of their patients, and feel it difficult to be accepted. Information and debates about Death and Dying may lead them to change their conduct. It may be suggested that the theme Death and Dying should be habitually debated in hospitals, and that it should be part of the curriculum in the health professional area.

Key Words

Death, Dying, Withholding/Withdrawal Treatment, Futile/Useless Treatment, Ethics.

1. INTRODUÇÃO

O PROPÓSITO DA MEDICINA EM TERMOS GERAIS É:

- Aliviar o sofrimento dos pacientes
- Controlar a violência das suas doenças
- Recusar-se a tratar daqueles que foram vencidos pela doença, entendendo que, diante de tais casos, a Medicina torna-se impotente
(HIPÓCRATES)

Hipócrates, 400 anos a.C., já abordava o princípio da não-maleficência ao tratar do ser humano (Federwisch 1998). Entretanto, todos os casos que implicam decisões de vida e de morte são muito difíceis, porque envolvem desafios clínicos e problemas éticos complexos não bem definidos do ponto de vista legal (Cordeiro 1993).

Os profissionais da saúde da atualidade cresceram em uma sociedade que evita as questões relativas à morte. Na maioria dos serviços públicos, como as escolas e os hospitais, quase nunca são abordadas as questões essenciais relativas à morte e ao sentido da vida (Hennezel e Leloup 1999).

O estudo da morte e do morrer tem se tornado politicamente incorreto no nosso meio (Koch 1996). A partir do século XX, o tradicional morrer humanizado, assistido por familiares e pessoas amigas, foi substituído pelo morrer científico, pois a morte, na maioria das vezes, não mais ocorre em casa, mas em uma instituição médica. Dessa forma, os profissionais da saúde passaram a ser confrontados de forma mais constante

com o sofrimento e com a morte. Nesse encontro repetitivo com a morte, esses profissionais estão sujeitos às angústias relacionadas ao sentimento de fragilidade da condição humana ou à lembrança de lutos passados. Para esses profissionais, a proximidade com a morte faz parte do seu trabalho cotidiano, fato que os leva a uma sobrecarga psíquica. Adiciona-se ao sofrimento relacionado com a morte, o sentimento de fracasso experimentado por aqueles que foram formados para lutar pela vida (Boemer e cols. 1991).

Historicamente, as profissões da área da saúde são definidas como aquelas destinadas a Promover a Saúde. A especificidade do sofrimento psíquico desses profissionais relaciona-se às suas possibilidades reais de sucesso ou fracasso (Silva 1995). O médico é aquele que detém a maior responsabilidade da "cura" e portanto o que tem o maior sentimento de fracasso perante a morte do paciente sob os seus cuidados. A enfermeira, por assumir funções administrativas na maioria das instituições, mantém-se mais distante dos pacientes, enquanto os técnicos de enfermagem, que permanecem mais tempo ao lado dos enfermos, são os que convivem mais diretamente com os seus sofrimentos, sendo também os mais freqüentemente questionados por eles ou por seus familiares sobre a evolução da sua doença ou sobre as perspectivas do seu tratamento (Perazzo 1990). Como esses técnicos são os menos preparados para fornecer essas respostas, esse é um fator adicional de estresse psíquico.

Todas essas situações criam conflitos íntimos que angustiam os profissionais envolvidos com o tratamento de pacientes diante da perspectiva da morte. Esse sentimento de despreparo para lidar com pacientes moribundos e para enfrentar

situações de morte indica a necessidade tanto por parte dos médicos quanto dos profissionais de enfermagem da discussão sobre a inclusão, nos cursos de formação de tais profissionais, de disciplinas específicas que preparem o estudante a aceitar a morte como parte integrante e inalienável da vida (Silva 1995).

A partir do momento em que a medicina de alta tecnologia transformou a morte súbita em um morrer lento, surgiram novos desafios. A maioria dos óbitos intra-hospitalares passou a ocorrer nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (Koch 1996). O momento da morte passou a ser precedido, na maioria das vezes, de decisões sobre a recusa ou a suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis. O médico intensivista passou a sofrer um dilema contínuo ao ser confrontado com essas decisões, que envolvem problemas éticos, religiosos, culturais e legais (Nyman e cols. 1996, Vincent 2001). Os princípios éticos necessariamente questionados são: Quem decide, e para que paciente é decidida a recusa ou a suspensão de um tratamento? O que é um tratamento fútil ou inútil? Fútil para o que? Para a cura? Para o prolongamento da vida? Para o alívio da dor e da ansiedade? (Cotler 1991, Headley 1991). Essas perguntas permanecem sem resposta definitiva.

A realidade do trabalho cotidiano do médico intensivista tornou-se cada vez mais distante daquela vivida por outras especialidades médicas que, muitas vezes, costumam a aceitar a terminalidade de seus pacientes (Santos, 1996). Surge, portanto, a necessidade cada vez maior de que as decisões sobre o estágio terminal da vida sejam debatidas entre os médicos intensivistas, os médicos assistentes e toda a equipe multidisciplinar. Entretanto, não pode ser deixado em segundo plano o direito do ser

humano à autonomia da sua vida e a uma morte digna, não podendo ser omitida a opinião do paciente e de seus familiares no que concerne às decisões sobre a orientação terapêutica a ser tomada. A comunicação adequada entre a equipe de saúde, os pacientes e seus familiares cada vez mais torna-se um fator primordial no que concerne à discussão sobre a futilidade de um tratamento (Cook 2001, Fins e Solomon 2001, Prendergast 2001).

2. OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa é verificar a conduta dos profissionais da área da saúde, envolvidos diretamente com o tratamento de pacientes internados no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago(HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), diante da morte, do morrer e da recusa ou suspensão de um tratamento considerado fútil ou inútil e, após um debate sobre esse tema, analisar a eventual mudança dessa conduta.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. A Morte e o Morrer

A morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida (Lovisolo 1993). O morrer como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e o êxito letal.

Zaidhaft (1990) escreveu sobre "a morte e a história" uma excelente revisão, resumida a seguir.

Na Grécia antiga, acreditava-se que a morte ocorria por uma necessidade da natureza. Os romanos enterravam seus mortos em tumbas isoladas e os temiam, por isso realizavam sacrifícios para impedir que retornassem à vida. Na idade antiga, surgiram os ritos familiares para a morte que eram presenciados pela comunidade. O moribundo encarava seu fim próximo com calma, pois morrer era o destino coletivo e mantinha um papel ativo diante da sua morte.

A partir do século V, surgiram os primeiros cemitérios junto às igrejas cristãs. Esses cemitérios tornaram-se o centro da vida social, tinham o papel da praça pública, eram os lugares dos julgamentos, das execuções, dos encontros amorosos, das feiras públicas, etc. Na Idade Média, enquanto os pobres eram colocados em covas coletivas e seus ossos serviam para alimentar animais, os nobres eram enterrados dentro das igrejas. Cada vez mais a Igreja participava da relação dos vivos com os mortos, estabelecendo as penitências para os vivos, suas orações por intenção dos mortos e criando, no século XVIII, o purgatório, para a purificação das almas daqueles que

morressem em pecado, antes de serem conduzidos ao paraíso. Antes de morrer, o indivíduo deveria fazer um testamento por escrito. Entrava-se no mundo da escrita e do direito, e a morte perdia o caráter coletivo. O testamento incluía uma profissão de fé e o homem, para ter direito aos bens eternos, pagava à Igreja. A morte tornava-se clericalizada. O cadáver passava a ser escondido pelo sudário e pelo caixão.

Já no século XVI, o cemitério começa a perder o seu caráter de centro da vida social e a morte passa, cada vez mais, a ser encarada como o fim da vida terrestre. Como fruto do Renascimento e da separação corpo-alma, que torna o corpo e a morte objetos de estudo, o cadáver passa a ser disputado para a pesquisa médica. Nesse século André Vesalius funda a anatomia moderna ao realizar dissecação em cadáver humano.

No século XVII, os mortos são vistos com certa indiferença o que permite que o seu corpo se torne um objeto de estudo e que passem a ser enterrados fora das cidades. Começou a existir o medo da morte aparente, passou-se, então, a aguardar 24 horas pelo sepultamento.

O médico no século XVI era considerado impotente diante da morte e, até o século XIX, a sua única função em relação à morte era a de espectador. Nesse período, a morte tornou-se extremamente dolorosa para aqueles que perdiam o seu ente querido. A partir do século XVIII um novo papel começa a ser atribuído ao médico que passa a lutar contra a morte, e a Medicina passa a ter o papel de prolongar a vida. Na atualidade, a partir da Primeira Guerra Mundial, o médico transformou-se em herói na luta contra a

morte. Entretanto, essa luta pode, em determinadas ocasiões, tornar-se impossível e, nesse momento, o médico passa a sentir-se impotente.

Pode ser constatado que há uma estreita correlação entre religião, medicina e ética. Na Europa, do início da era cristã até o final do século XVI, a influência do cristianismo sobre a ética de compaixão pelos doentes e responsabilidade pelos pobres se manifestou institucionalmente na fundação e manutenção de hospitais (Martin 1993).

Hospitalis é uma palavra latina que significa o que hospeda ou dá agasalho. Nos dias de hoje Hospital é definido, em dicionário de termos médicos, como uma instituição destinada ao tratamento, cuidado e cura dos doentes e feridos, para o estudo das doenças e para o treinamento de médicos e enfermeiras. É geralmente, considerado o centro do sistema de atenção à saúde e está, sem dúvida, entre as mais complexas e dinâmicas instituições da nossa sociedade (Shutz e Johnson 1979).

No entanto, deve ser ressaltada a extraordinária evolução dessa entidade desde os tempos de Asclepius, na era pré-Socrática, até a instituição hospitalar moderna. Nos primeiros anos da era Cristã os doentes eram acolhidos em mosteiros à semelhança do que foi feito por Pancônio, no alto Egito, no ano 348a.C.. Os primeiros hospitais foram construídos entre 369-372d.C. na Capadócia e em Roma. Em 542d.C. foram construídos os dois primeiros hospitais na França, o Hôtel Dieu de Lyon e o Hôtel Dieu de Paris. St. John foi o primeiro hospital inglês inaugurado em 1084. Nesse período, os hospitais eram considerados locais de dor e morte. Os pacientes recebiam apoio espiritual, mas o tratamento de suas doenças era extremamente precário (Rew 1999, Zaidhaft 1990).

A partir de 1930 e, mais especificamente, desde 1945, morrer no hospital é uma praxe (Zaidhaft 1990). No ano 2000, sete entre dez mortes ocorreram dentro dos hospitais (Hennezel e Leloup 1999). O doente, sentindo-se prestes a morrer, perdeu o direito de opinar sobre a sua morte, o médico passou "a presidir o espetáculo", e os familiares passaram a sentir-se protegidos por não terem de presenciar a morte de um ente querido (Zaidhaft 1990). Entretanto, mesmo como maestro desse espetáculo macabro, o médico não consegue vencer a morte e passa a ser novamente atacado, agora do ponto de vista legal. A Medicina moderna vê a morte como um fracasso e não como parte natural e inevitável da vida (Caldana e Martins 1996). O erro médico passa a ser temido, e o profissional deixa-se vencer pela tecnologia, esquecendo de avaliar o lado humano do problema.

Em 1969, Elizabeth Kübler-Ross (1998) escreveu o livro *A morte e o morrer*. A partir dessa data, passou a ser considerada como a mulher que mudou a maneira de o mundo pensar sobre esses dois eventos. Nesse livro, inicialmente, a autora divaga sobre o morrer nos dias de hoje, que considera triste demais sob vários aspectos, sobretudo por ser muito solitário, mecânico e desumano. Posteriormente, questiona se estamos nos tornando mais ou menos humanos e, finalmente, afirma que o paciente está sofrendo mais, talvez não fisicamente, mas emocionalmente, pois suas necessidades não mudaram através dos séculos, mudando apenas nossa aptidão em satisfazê-las. Sua conclusão é a de que temos muito o que aprender com os pacientes terminais, e que devemos permitir-lhes que se expressem e, sobretudo, é preciso escutá-los. Da sua experiência e dedicação com os pacientes conhecedores da evolução letal de suas

doenças conseguiu categorizar cinco estágios pelos quais passam os enfermos diante da aproximação da morte: Primeiro a negação e o isolamento. A vontade de que a proximidade do êxito letal não seja verdadeira constrói sua negação e justifica a busca de fatos para alicerçá-la. A negação funciona como defesa. A ansiedade gerada é proporcional à falta de preparo, por parte do médico, para a revelação do diagnóstico. Segundo, a indignação. A raiva contra tudo, contra todos, inclusive a revolta contra Deus. Por que eu? O paciente passa a apresentar um comportamento agressivo contra aqueles que o rodeiam, tanto seus médicos quanto seus amigos e familiares. Essas agressões jamais devem ser admitidas como pessoais. Terceiro, a barganha. O desejo de ser recompensado por boas ações. Essa fase é curta, às vezes imperceptível, mas igualmente importante para o paciente. Quarto, a depressão quando a revolta e a raiva cedem lugar a um profundo sentimento de perda. Nesse estágio as palavras valem pouco. O sentar-se ao lado em silêncio compartilha o sofrimento e inspira afeto. Finalmente, o quinto e último estágio: a aceitação, que não deve ser confundida com o sentimento de felicidade. Às vésperas da morte, o paciente pode encontrar paz. Fica mais em silêncio, o círculo de interesses diminui, o paciente sabe que vai morrer e não se desespera.

A partir dessas premissas pode ser questionado se todas essas etapas não serão também vividas pelos familiares e pelos profissionais da saúde que cuidam do moribundo. Pode-se também sugerir que, para o profissional da saúde, não é exatamente o lidar com a morte a situação mais difícil, mas sim o acompanhar o paciente que está morrendo (Zaidhaft 1990).

Para Escobar (1990), no século XX, a morte modernizada pode ser qualificada por cinco características: um ato prolongado gerado pelo desenvolvimento tecnológico, um fato científico gerado pelo aperfeiçoamento da monitoração, um fato passivo já que as decisões pertencem aos médicos e aos familiares e não ao enfermo, um ato profano por não atender a crenças e a valores do paciente e finalmente um fato de isolamento já que o ser humano morre socialmente em solidão. Para nós brasileiros, cidadãos de um país de contrastes e injustiças sociais, é doloroso reconhecer que pessoas pobres, que nunca se beneficiaram do progresso científico e tecnológico para a mínima melhoria da qualidade de suas vidas, só o conseguem ao chegar em hospitais públicos para lá, ironicamente, terem morte científica.

3.2. A Morte, o Morrer e a Vida

É um fato indiscutível da história dos homens que, quando a vida cessa o que se registra é a morte. Mesmo diante dessa certeza, desde que nasce, o ser humano é impelido a evitar a convivência com a morte. Os ocidentais, em geral, não vêem a morte como parte da vida, mas sim como um castigo ou algo inaceitável, e portanto um assunto que deve ser evitado. Sua cultura exige que a morte seja adiada, a todo custo (Zaidhaft 1990). Entre os medos que envolvem a morte, o mais comum de todos é o de que ela seja dolorosa. Entretanto, ao negarmos a discussão sobre a morte e o morrer não podemos minimizar esse temor (Braz 2000).

Outras culturas encaram esse tema sob pontos de vista diferentes. Mestres espirituais da cultura tibetana acreditam que é melhor a morte ocorrer numa atmosfera pacífica, e que não é crime a suspensão do suporte básico da vida quando não há

chance de recuperação (Rinpoche 1999). Para os budistas, a alma é eterna, atingindo o Nirvana (o vazio, a vida total), após muitas mortes físicas. O Buda, que nasceu 477 a. C., visava ensinar o meio de escapar à dor pela extinção do desejo e chegar assim a se dissolver no silêncio e na paz do não-desejo (Delumeau 2000).

Na civilização ocidental moderna, as crianças são afastadas das cerimônias de despedida, a elas é omitida a morte de um familiar, e são utilizados subterfúgios para explicar a sua ausência. São comumente utilizados os termos "foi fazer uma longa viagem" ou "foi para o céu". A palavra morte é omitida, é temida. Entretanto, cedo ou tarde, essas crianças perceberão a falta daquele que morreu e desconfiarão dos adultos que lhes mentiram. Perde-se uma grande oportunidade, pois deixar que a morte penetre no mundo infantil é "uma preparação gradual, um incentivo para que as crianças encarem a morte como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e amadurecer", como coloca Kübler-Ross (1998). Paradigmas são impostos desde que nascemos, e nos habituamos com asserções como "enquanto há vida, há esperança". Falar sobre a morte é proibido tanto no meio familiar quanto nas escolas primárias ou profissionalizantes (Kübler-Ross 1998, Hennezel e Leloup 1999).

A escolha pela Medicina é feita, na maioria das vezes, de forma imatura. A motivação dominante para essa opção é o forte desejo da obtenção da aprovação de pessoas importantes ou, a satisfação de desejos de autocomando, de segurança e da necessidade de se sentir indispensável. Um estudo que investigou, num universo de 640 médicos, qual a motivação consciente para a escolha do curso de Medicina mostrou que a aspiração de uma carreira atraente, e o fato de terem sido bons alunos em ciências

foram as razões mais comuns para a escolha desse curso (Allen apud Meleiro 2000). Outro fato destacado é o de que os alunos de Medicina relatam ter passado por experiências de doenças na família mais freqüentemente do que os alunos de outras áreas. Entretanto resta a pergunta sobre o que leva uma pessoa a buscar viver tão próximo da morte, se no fundo é o que mais teme e o que mais deseja é estar longe da própria morte? A vocação médica é tida conscientemente como a possibilidade de ajudar, de curar, de salvar, de ser útil. Inconscientemente a escolha pela Medicina está relacionada à procura da onipotência ou à defesa contra a doença, o sofrimento e a morte (Meleiro 2000).

Belancieri e Koyama (2002), estudando o comportamento de 155 estudantes de Enfermagem diante da morte dos pacientes sob seus cuidados, demonstraram que os sentimentos mais presentes eram a tristeza, a angústia e a impotência, e que 39.31% dos entrevistados não se sentiam preparados para lidar com a morte.

Os estudantes da área da saúde têm, no início dos seus cursos profissionalizantes, o contato com o cadáver. Pode-se sugerir que, desse primeiro contato inicia-se, nesses alunos, o processo de desenvolvimento de mecanismos de defesa indispensáveis para sua futura profissão. Na anatomia, é apresentado um corpo desfigurado, enegrecido pelo formol no qual o aluno dificilmente procura identificar um ser que passou pela vida sentindo as emoções que marcam o indivíduo. No entanto, talvez através dele, o estudante seja levado a reconhecer a inexorabilidade da morte. Diante dessa constatação aciona as suas defesas. O aluno torna-se mais racional buscando no conhecimento a objetividade científica e também a negação emocional.

Caracteriza-se dessa maneira a forma dicotomizada pela qual o conhecimento humano é passado na universidade. Ao final do curso, e longe dos cadáveres do anatômico, o estudante ou o profissional da área da saúde se defronta com o morrer dos seus pacientes e, como um corolário, com a sua própria finitude, o que o leva a evitar o atendimento desses pacientes e a elaborar para si uma couraça de frieza (Zaidhaft 1990, Meleiro 2000). Corrobora essa afirmação o texto escrito do grande romancista inglês Charles Dickens (apud Zaidhaft 1990):

"Ele era ainda novo na profissão e não assistira, por enquanto, a muitas das misérias com que diariamente se defrontam os médicos e que acabam por torná-los indiferentes ao sofrimento humano".

Pouco ou quase nada se ensina, para os estudantes dos cursos de Medicina ou de Enfermagem, sobre a morte (Bone 1996, Campbell 1998). No curso de Medicina são abordados aspectos éticos relacionados à morte dos enfermos superficialmente e no início do curso, quando os alunos ainda não tiveram contato com o tratamento dos pacientes. Nos cursos de Enfermagem, há enorme atenção às técnicas de prolongamento da vida e às esperanças de recuperação, não havendo equivalência na atenção em proporcionar conforto àqueles que vão morrer. Torna-se difícil manter o paciente vivo a todo custo e, simultaneamente, ajudá-lo a morrer de forma digna (Boemer e cols. 1991).

Simon e cols. (1999) anotaram os pontos de vista de estudantes e residentes de uma escola médica nos EUA e constataram que 49.1% dos entrevistados preferiam

ser médico ocasional, durante plantões, ao invés de médico-assistente no que refere ao tratamento de pacientes terminais.

Buss e cols. (1998) avaliaram o quanto 162 estudantes da Georgetown University School estavam preparados para enfrentar decisões sobre o final da vida. Quase a totalidade dos estudantes (99%) reconheceu a importância da discussão sobre o tema e da existência de diretivas que iriam auxiliar na sua prática clínica. Somente 35% desses alunos recebeu uma educação adequada sobre o tema e 27% referiu haver discutido sobre a morte e o morrer com os seus pacientes.

Stevens e cols. (2002) estudaram a influência da educação e da experiência clínica na atitude de médicos residentes quanto à recusa de tratamentos. A minoria desses profissionais (17.3%) considerou adequado o ensino formal que havia recebido sobre os problemas éticos que envolvem esse tema, e 42.3% daqueles que haviam estagiado em UTI raramente tinha discutido esse tema com os familiares de pacientes.

Moritz e cols. (2001) realizaram um estudo transversal que pesquisou o sentimento dos estudantes de Medicina e de Enfermagem diante da morte, e também o quanto os respectivos cursos preparavam seus alunos para esse fato. O estudo avaliou 178 estudantes do início, meio e fim dos cursos de Medicina e de Enfermagem e constatou que esses alunos consideraram que a função do médico é promover a saúde e a do enfermeiro é cuidar do ser humano. Os sentimentos mais comumente referidos diante da morte de um paciente foram a tristeza e a impotência. A maioria dos pesquisados referiu que seus cursos não preparavam o estudante para lidar com a

morte de um paciente, e que esse tema deveria ser mais amplamente debatido durante a sua formação acadêmica.

Grosseman (2001), em um trabalho qualitativo, entrevistou 25 médicos de diversas especialidades e avaliou a satisfação desses profissionais com o trabalho. Descreveu como fatores que promoveram a satisfação profissional dos entrevistados a prática do altruísmo, a identificação e o reconhecimento profissional. Como fatores limitantes da satisfação profissional foram descritos: o contato com a doença, o sofrimento e a morte, a falta de infra-estrutura no trabalho, a dificuldade de atualização, a competição com os pares, a deficiência do aprendizado no que diz respeito à abordagem da morte, das relações interdisciplinares e da relação médico-paciente, o aumento de processos contra médicos, a mudança da relação médico-paciente, a priorização da quantidade em vez da qualidade, a preocupação com o futuro, e o excesso de trabalho com prejuízo na vida pessoal.

Estudos evidenciam a defasagem existente entre a posição hierárquica do profissional da saúde e o seu tempo dispendido com o paciente. Quanto mais especializado é o profissional, menos tempo ele gasta com o doente no ambiente hospitalar, inclusive no que diz respeito aos pacientes terminais (Perazzo 1990). Durante o atendimento, visando a recuperação de um paciente que sofreu uma parada cardiorrespiratória (PCR), o ambiente está repleto de profissionais, ávidos pelo sucesso da sua atuação. Após a morte do paciente, resta somente um profissional, geralmente de nível técnico, que estará só, em contato direto com a sua própria finitude.

Pode-se deduzir que os estudantes de Medicina e de Enfermagem são treinados para o tratamento técnico do moribundo, mas não para acompanhá-lo do ponto de vista psicológico; que o hospital é a instituição marcada pela luta constante entre a vida e a morte; que o profissional da saúde está preparado para a cura e, freqüentemente, sente-se angustiado pela morte dos pacientes sob seus cuidados.

3.3. A Morte e o Morrer no Século XX

A definição de morte para a Medicina tem sido modificada na história da humanidade. Leia-se num texto asteca (apud Zaidhaft 1990) :

"Nos olhos e nariz, o médico reconhecerá se o paciente vai morrer ou sarar... Um dos indícios é a fuliginosidade no centro dos olhos...depois a cegueira dos olhos... o afinamento do nariz... como também o constante ranger dos dentes... e por fim o balbuciar de palavras desconexas... Pode-se esfregar o peito com a madeira de pinheiro esmagada na água, ou puncionar a pele com um osso de lobo, de águia ou de puma... Se nada disso ajudar, então a fatalidade será inevitável - a morte virá fazer sua colheita".

Embora, após a leitura desse texto, o médico possa pensar que na atualidade a definição de morte é muito mais exata mesmo hoje, no ano 2002 pode ser difícil a definição do momento da morte. A questão se torna complexa nos casos em que, pelo progresso tecnológico, o prolongamento da vida pode ser levado a extremos nunca antes alcançados (Zaidhaft 1990).

Foi necessário esperar o século XX para que os hospitais se tornassem sofisticados. Essa sofisticação vem se tornando cada vez maior a partir da Segunda

Guerra Mundial graças à tecnologia adquirida devido a esse conflito. Ribeiro, em 1953, descreveu a Morte como um termo relativo. Para um médico clínico significa que as atividades respiratória e circulatória deixaram de existir e para o biólogo significa que todos os órgãos e tecidos deixaram de funcionar. A experiência com respiração artificial, adquirida durante a epidemia de poliomielite ocorrida na Dinamarca no início dos anos 50, as técnicas de massagem cardíaca com tórax aberto realizadas com relativo sucesso (Ribeiro 1953, Almeida 1961) e, finalmente, o êxito obtido com a respiração boca-a-boca combinada com a reanimação cardiorrespiratória, mesmo fora do ambiente hospitalar, alterou o "morrer", com implicações éticas que mereceram, a partir de então, inúmeros debates.

A partir da década de 60, com o desenvolvimento das técnicas de reanimação cardiopulmonar, houve uma redefinição para a morte que nessa época era definida como a cessação das funções cardíaca e pulmonar (morte clínica). Em 1968, o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas, vinculado à Organização Mundial da Saúde e à UNESCO, reuniu-se em Genebra, e estabeleceu critérios sobre a morte encefálica (Gogliano 1993). A resolução nº 1480/97 do Conselho Federal de Medicina definiu esses critérios, para fins legais, em âmbito nacional. Os parâmetros clínicos que devem necessariamente ser observados para o diagnóstico de morte encefálica são: coma aperceptível com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia. O intervalo e o número de observações desses parâmetros foram definidos de acordo com a idade do paciente, e foram também decididos quais os exames complementares devem ser solicitados (CFM 1997).

A partir dos anos 70, com o desenvolvimento continuado de novas tecnologias, o paciente gravemente enfermo pode ser mantido por um longo período de tempo em uma UTI. Em alguns casos, a morte é inevitável em praticamente 100%, sendo apenas retardada a um alto custo, financeiro, moral e psicológico, para todos os envolvidos. No século XXI, a capacidade de manter vivos os pacientes em situações nas quais no passado os levariam inevitavelmente à morte real é ainda maior.

Desse modo, disfarçada, enfraquecida e desumanizada pelos rigores da moderna tecnologia médica, a morte vai mudando sua face ao longo do tempo. A partir desse fato e da certeza de que o ser humano tem direito a uma morte digna (Sancho 2000) surge um novo debate, se a recusa ou a suspensão dessas tecnologias é uma ação ética (Sabbatini 1996, França 2000). Nesse contexto, o cenário da morte e a situação do paciente que vai morrer são condições que ensejam maiores conflitos, considerando-se os princípios, às vezes antagônicos, da preservação da vida e do respeito à dignidade humana (França 2000).

A definição de paciente terminal é complexa e arriscada, entretanto seu conceito é imprescindível. A tendência é considerar como paciente terminal aquele que, na evolução da doença, não mais responde a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada (França 2000). Considera-se como ideal a harmonização do discurso moral com a conduta técnica. Entretanto é feita com frequência nos ambientes de terapia intensiva a pergunta se os intensivistas estarão diariamente promovendo distanásia para alguns dos seus pacientes.

O termo distanásia pode ser definido como a morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento (Pessini 1996), ao contrário do termo eutanásia (do Grego eu=bom, tanos=morte), introduzido por Francis Bacon no século XVIII, que significa a abreviatura de um sofrimento por intermédio de uma morte induzida (Alcantra 1979, Lovisolo 1993). Mais recentemente, passou-se a utilizar o termo ortotanásia que traduz uma maior sensibilidade ao processo de humanização da morte e alívio das dores e não incorre em prolongamentos abusivos com a aplicação de meios desproporcionados que imporiam sofrimentos adicionais (Pessini 1996).

É aceito tanto pela população médica quanto leiga que o paciente terminal é aquele que sofre de uma doença neoplásica ou de uma doença crônica degenerativa fora de possibilidades terapêuticas. Contudo, essas definições tendem a sofrer alterações que são influenciadas pelo desenvolvimento tecnológico. Há 40 anos a reanimação cardiorrespiratória (RCR) foi desenvolvida para o atendimento de pacientes supostamente hígidos que sofressem PCR. Atualmente a hígidez prévia não é um pré-requisito para que esse procedimento seja iniciado. Assim sendo, a RCR é realizada mesmo em pacientes graves, por vezes em idade avançada, com baixa expectativa de recuperação (Mohr e Kettler 1997).

Nos últimos anos têm surgido regras morais baseadas em princípios éticos que avaliam princípios da não-maleficência e do potencial de benefício que a RCR trará ao paciente, assim como à sua autonomia. Os médicos devem considerar a eficácia da terapêutica pretendida, seus riscos em potencial e as preferências do paciente (Mohr e Kettler 1997). O entusiasmo por uma possibilidade técnica deve ser confrontado com a

aceitação da morte do paciente, devendo o médico ter a maturidade suficiente para pesar qual a escolha mais adequada, tendo em vista, dentre outros fatores, a qualidade de vida no caso de uma eventual sobrevivência (Bossaert 1998).

A decisão sobre a continuação do tratamento de pacientes considerados terminais, isto é, não responsivos às medidas terapêuticas, envolve médicos, pacientes e familiares com diferentes interpretações e percepções de uma mesma situação. As decisões finais devem diferenciar os procedimentos médicos que levarão ao prolongamento da vida daqueles que somente irão prolongar o sofrimento até o momento da morte (Slomka 1992).

3.4. Morte e Morrer, Ética e Bioética

A Ética estuda o comportamento moral dos homens em sociedade (Grisard 2000).

A Ética Médica estuda ou analisa o comportamento moral dos médicos enquanto profissionais em atividade médica (Grisard 2000) sendo condicionada por um contexto histórico e cultural (Caldana e Martins 1996). O primeiro código de Ética Médica, na época moderna, foi elaborado em 1792, nos Estados Unidos da América do Norte (EUA), com o objetivo de superar conflitos profissionais, moralizar a profissão e formar o caráter de médicos novos. Foi traduzido para o português e divulgado no Brasil em 1867 (Martin 1993).

A Bioética estuda sistematicamente as dimensões morais, incluindo visão, decisão e normas morais das ciências da vida e do cuidado à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas, num contexto multidisciplinar (Grisard 1999, Grisard

2000), tendo portanto uma abrangência mais ampla do que a Ética Médica. Em seus princípios fundamentais de beneficência e justiça, Bioética e Ética Médica apresentam suas maiores aproximações, ficando as diferenças por conta dos princípios da autonomia e da integridade (Azevêdo 1996).

Os princípios da Bioética abrangem a autonomia, a beneficência, a não-maleficência, a justiça e a proporcionalidade. A autonomia respeita a autodeterminação do ser humano; na beneficência estão incluídos os objetivos fundamentais da Medicina que são: a preservação da vida, a restauração da saúde e o alívio do sofrimento que assegura o bem-estar do doente. O conceito de não-maleficência implica evitar qualquer procedimento que possa levar a conseqüências negativas. O princípio da justiça exige a eqüidade na distribuição de bens e benefícios tanto pela Medicina quanto pelas demais profissões da área da saúde, e a proporcionalidade procura equilibrar os riscos e benefícios de tal modo que as ações tenham a maior possibilidade de resultar no menor mal e no maior benefício aos indivíduos diretamente envolvidos (Bossaert 1998, Grisard 1999).

O médico é tido como o profissional cuja missão é preservar a vida e aliviar o sofrimento. Esses deveres são postos à prova quando da assistência médica ao moribundo (Caldana e Martins 1996). Cada vez menos o médico segue as palavras de Hipócrates, que preconizam a recusa de tratar daqueles que foram vencidos pela doença. No final do século XX surgiram termos como tratamento fútil ou obstinação terapêutica, que suscitam o pensamento de que a atitude de prolongar a vida de um paciente terminal é uma falta de respeito à dignidade do ser humano.

Cada vez mais se discute sobre a eutanásia e a distanásia. Distanásia pode ser decorrente de tratamento inútil ou obstinação terapêutica definidos por atitudes médicas que visando salvar a vida de um paciente terminal submete-o a um grande sofrimento, prolongando o processo de morrer, mas não a vida. Embora a distanásia seja praticada nos ambientes hospitalares, esse é um termo pouco conhecido e utilizado na área da saúde, ao contrário do seu antônimo eutanásia (Koch 1996, Pessini 1996).

Atualmente, o conceito de eutanásia é ampliado na dependência do fim almejado. A definição de eutanásia passiva foi muito utilizada para descrever o ato de não iniciar ou de interromper a terapia de suporte à vida em pacientes que apresentassem uma doença terminal. Porém, após inúmeros debates sobre a diferença ética e moral entre a morte causada pela ação (eutanásia ativa) ou pela omissão intencional (eutanásia passiva) muitos especialistas passaram a rejeitar esses termos (Caldana e Martins 1996, Kovács 1998). Na busca de precisão conceitual, existem bioeticistas que utilizam o termo ortotanásia para falar da morte no seu tempo certo (Pessini 1996).

As primeiras referências sobre a prática da eutanásia são encontradas na história das antigas Grécia e Roma, sendo essa prática condenada pela escola hipocrática de pensamento e pelo cristianismo. Thomas More iniciou o debate moderno da eutanásia quando defendeu a sua prática no mundo ideal que criou no seu famoso romance político e social Utopia, em 1516. A partir do século XIX, com a utilização da morfina e com o desenvolvimento da anestesia, John Warren sugeriu que o éter poderia ser usado para diminuir as agonias da morte. No final desse século foi debatida

judicialmente a validade da utilização do ópio para o alívio da dor de um moribundo, o que poderia levá-lo a um sono do qual ele poderia não despertar. O debate sobre a eutanásia continuou no século XX, sendo revivido após a Segunda Guerra Mundial. Apesar de toda essa discussão ao longo dos anos, os argumentos pró e contra a eutanásia têm mudado pouco (Bizato 1990).

O código de Ética Médica no Art.66/1988 proíbe "utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal". Contudo, o Art.28/1988 aponta como direito do médico "recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência" (Grisard 2000).

Boff (2002) escreveu sobre o direito de morrer e afirmou que cabe ao médico todo o esforço para curar um paciente. Entretanto, isso não significa que tratamentos que posterguem a vida devam ser prescritos. Ressalta que "deixar morrer" não é a mesma coisa que "fazer morrer".

Braun e Zir (2001) escreveram sobre a percepção de religiosos e leigos quanto ao papel da Igreja junto aos seus fiéis ao final da vida. O estudo envolveu 121 religiosos e congregados de igrejas cristãs em Honolulu. Os participantes identificaram como o papel da Igreja a preparação dos seus seguidores para a morte, tanto do ponto de vista espiritual quanto prático, e concordaram com outros estudos quanto à necessidade de ser evitado o prolongamento desnecessário da vida (Hall 1997).

O moderno pensamento teológico defende que Deus delega o governo da vida à autodeterminação do ser humano, e isso não fere nem se traduz numa afronta à

soberania divina. A perspectiva é responsabilizar o ser humano de uma maneira mais enfática pela sua própria qualidade de vida (Pessini 1996). Consta na declaração final da V Assembléia Geral da Academia Pontifícia para a Vida (1999) a reflexão sobre o tema Dignidade do Agonizante o seguinte texto:

"Quando o médico tem consciência de que já não é possível impedir a morte do paciente e que o único resultado do tratamento intensivo seria juntar ao sofrimento mais sofrimento, deve reconhecer os limites da ciência médica e da sua intervenção pessoal e aceitar a inevitabilidade e a inelutabilidade da morte. Então, o respeito pela pessoa em processo de morte exige mais do que nunca o dever de evitar toda a espécie de "obstinação terapêutica" e de favorecer a "aceitação da morte"."

Pode ser constatado que a Ética Médica e a Moral Teológica se aproximam na sua rejeição da eutanásia, havendo uma busca, por parte de ambas, de soluções cada vez mais respeitosas da dignidade e dos direitos do ser humano (Martin 1993). Um dos principais aspectos éticos é o direito de decisão de um paciente e a obrigação de o médico respeitar essa decisão, o que não implica a prática de um tratamento tecnicamente contra-indicado a pedido do paciente.

Nos EUA a eutanásia é considerada uma prática ilegal. Entretanto é aceita tanto do ponto de vista ético quanto legal a recusa ou a suspensão de um tratamento considerado fútil ou inútil (Luce e Alpers 2000). Nesse país, 70% das mortes que ocorrem nas UTIs são precedidas de decisões que limitam o suporte da vida (Prendergast 2000). Na Inglaterra e na Austrália a prática da eutanásia também não é

legalizada, entretanto médicos desses países já praticaram esse ato numa percentagem variável de 7 a 29% (Asch 1996). Um estudo norte-americano que entrevistou 852 enfermeiras que trabalhavam exclusivamente em UTI mostrou que 16% dessas profissionais já havia se envolvido com a prática da eutanásia e que a administração de altas doses de opióides em pacientes terminais havia sido o método mais comumente descrito (Asch 1996).

Schilborg (2000) avaliou o ponto de vista de estudantes noruegueses dos cursos de Direito, Psicologia e Medicina sobre a eutanásia ativa ou passiva. A maioria dos estudantes de Direito (61%) e de Psicologia (59%) aceitava a prática da eutanásia em casos de doenças terminais. Somente 24% dos estudantes de Medicina concordava com essa conduta.

Vida e morte são dois extremos, dois opostos, dois fenômenos em cuja seqüência se desenvolve todo o destino do homem. Decisões que apontam para esses extremos geram conflitos éticos de difícil resolução. O envolvimento de médicos em causar ou apressar a morte de pacientes é proibido (Bizato 1990), mas há suporte ético para o aumento progressivo de medicação para alívio da dor em pacientes terminais, mesmo que isso traga risco à vida (Caldana e Martins 1996). De modo ilustrativo pode-se citar a revelação feita pelo historiador Francis Watson, de que o rei George V da Inglaterra morreu após uma injeção de morfina e cocaína, que foi administrada para lhe aliviar as dores provocadas por um câncer de pulmão (Bizatto 1990). Pode-se concluir que a diferença entre um paciente que morre com dor e aquele que tem a morte precipitada pela administração de um analgésico está na intenção da pessoa que

administra o fármaco (Bizatto 1990, Nyman e cols. 1996). As complicações são parte do risco de qualquer procedimento médico. Do ponto de vista ético e legal, o médico tem compromisso com a atitude e não com o resultado (Santos 1996, Luce e Alpers 2000, Pardo 2001).

Historicamente, o médico tem participado legalmente, embora de forma indireta, nas execuções legais. Na Revolução Francesa, por exemplo, o médico Joseph I. Guillotin idealizou a guilhotina na busca de uma forma mais branda e eficiente de execução e, na atualidade, a execução tornou-se mais eficiente e com menos sofrimento através da injeção de drogas letais, que obviamente resultaram de pesquisas médicas. Contudo, participar diretamente da execução de qualquer indivíduo, mesmo condenado criminalmente, está fora do papel médico sendo portanto condenável do ponto de vista ético, ainda que aceita do ponto de vista legal. Cria-se portanto um paradoxo: a eutanásia é ilegal, mas eventualmente pode ser considerada ética, enquanto que a participação na pena de morte é legal, mas universalmente considerada não ética (Caldana e Martins 1996). Corroboram essa afirmação o código de Ética Médica que impede o médico, no Art.49, de "participar na prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento" e no Art. 54 de "fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos, ou participar de qualquer maneira, na execução de pena de morte" (Grisard 2000).

As leis brasileiras definem a imprudência, negligência e imperícia como casos de homicídio culposo, que ocorre quando o agente não quer o resultado, mas assume o

risco de produzi-lo (Martin 2001, Bizatto 1990). A recusa, por parte do médico, de administrar um tratamento que poderá prolongar o sofrimento de um paciente, não pode ser considerada um erro médico, pois não pode ser encaixada como imprudência, negligência ou imperícia. Embora tal atitude seja aceita pela Igreja, ainda é mal definida do ponto de vista legal.

3.5. A Morte e o Morrer na UTI

A idéia de instalar unidades especiais para o tratamento de pacientes em estado crítico surgiu em função da alta mortalidade durante as epidemias de poliomielite ocorridas na Dinamarca em 1952 e nos EUA em 1955. A falta de um acompanhamento permanente e a insuficiência de métodos adequados de ventilação artificial foram considerados fatores responsáveis pela alta mortalidade. Em função da epidemia norte-americana foi criado no Massachusetts General Hospital um centro de tratamento respiratório e, em 1958, surgiu em Baltimore a primeira UTI multidisciplinar (Araújo 1983). Sakland (1959) ao descrever a primeira unidade desse tipo no Rhode Island Hospital relacionou as razões que consolidaram a UTI: o progresso das técnicas cirúrgicas que permitiu a exploração de todas as cavidades do corpo, em especial a cavidade craniana e a cavidade torácica, o aparecimento de novas técnicas anestésicas e o desenvolvimento da monitoração. A concentração de recursos, a par dos cuidados médicos e de enfermagem permanentes, visando oferecer segurança aos pacientes submetidos a cirurgias que envolviam essas técnicas resultou, inicialmente, nas salas de recuperação pós-anestésica. O fato de que esses cuidados podiam prolongar-se levou à instalação de salas específicas para tal fim, que foram denominadas UTI. Logo, os

cuidados de uma UTI foram estendidos para pacientes não-cirúrgicos. Assim, nos três primeiros anos da unidade do Rhode Island 2.9% dos pacientes internados eram procedentes da área clínica (Sakland 1959). No Brasil, não há dados que permitam determinar com precisão a instalação da primeira UTI. Todavia há indícios de que elas são representadas por uma unidade coronariana e por uma unidade respiratória instaladas em São Paulo. Há também indícios de que os primeiros centros intensivos integrados surgiram no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul (Araújo 1983).

É definido que a Medicina Intensiva se destina a diagnosticar, tratar e manter doentes em iminente risco de vida, porém potencialmente reversíveis (Machado e Moritz 1999). Entretanto, esses doentes podem desenvolver falência de múltiplos órgãos e sistemas permanecendo vivos, graças às possibilidades tecnológicas disponíveis nas UTIs atuais. Esse fato propicia, em algumas situações, o retardo da morte e não a recuperação da vida (Vincent 1999, Moritz 1999), e, assim sendo, esses enfermos passariam a ser considerados terminais.

Quando um enfermo é considerado incurável o médico, o paciente e seus familiares se defrontam com os seguintes problemas: manter o esquema pleno de tratamento, manter o tratamento sem acrescentar uma nova terapia ou, suspender o tratamento que está sendo administrado. Diante dessa possibilidade, os intensivistas sofrem um dilema diário sobre a manutenção de um tratamento definido como fútil, inútil ou desaconselhável (Moritz 1999).

Há cerca de duas décadas tem sido tentado definir o que seria um tratamento fútil ou inútil visando-se, a partir dessas definições, estabelecer normas que permitam a

recusa ou a suspensão desses tratamentos (Schneiderman 1990, Hansen-Flaschen 1991). A partir dos anos 80 têm sido discutidos os critérios que possam justificar a suspensão da RCR. Todavia é difícil qualificar esses critérios já que, de certa forma, eles estão relacionados com a experiência e com o treinamento do médico e também com a complexidade do hospital (Siner 1989, Chipman e cols. 1981). Rosner (1993) escreveu que a vida humana é sagrada e tem de ser tratada com dignidade e respeito. Todo moribundo tem o direito de receber, de qualquer ser humano, apoio psicológico e emocional. Em pacientes terminais, o médico deve fornecer ao seu paciente um tratamento de suporte e humano.

Povar (1990) propôs que a suspensão de tratamento deve se respaldar em justificativas morais e técnicas e deve seguir critérios essenciais definidos como: a clareza de todo o processo terapêutico, a comunicação adequada entre a equipe multidisciplinar, o paciente e seus familiares, o cuidado no reconhecimento das necessidades emocionais de todos os envolvidos no processo e o adequado encaminhamento após a morte do paciente.

Schneiderman e cols. (1990) descreveram como tratamento fútil aquele que poderá trazer resultados, mas que a experiência sugere que é altamente improvável de esses resultados serem obtidos. Altamente improvável foi definido como uma chance de sucesso para cada 100. Seis anos após, os mesmos autores (Schneiderman e cols.1996), modificaram a sua proposta inicial respondendo as críticas recebidas e concluíram que a definição de futilidade aumenta o poder dos médicos e não leva em conta a autonomia dos pacientes. Ressaltam que o conceito de futilidade é difícil de ser

aplicado na prática, já que dados probabilísticos de tratamento não podem ser considerados nas decisões individuais.

Prendergast (1995) sugere que a definição de futilidade deve ser analisada de maneira probabilística avaliando, quando se opta por um tratamento, o seu custo financeiro, emocional, a morbidade que o mesmo acarreta ao paciente e a tecnologia exigida para que ele seja administrado. A American Heart Association (2000) visando definir normas para RCR, afirmou ser difícil definir quais os princípios de futilidade. O tempo e a qualidade de vida foram os fatores descritos como os maiores determinantes de futilidade médica. Para a tomada de decisões sobre a RCR foi definida como futilidade a baixa chance de sobrevivência e a má qualidade de vida prévia. As normas da Associação Nacional de Médicos de Emergência, no que refere ao atendimento de pacientes vítimas de PCR não traumática (Bailey e cols. 2000) definem que a manutenção das manobras de RCR deve ser reavaliada quando a PCR é de causa clínica, quando as manobras demoraram mais de 6 minutos para serem iniciadas ou em vigência de assistolia. Na ausência de ordens de não-ressuscitação, as manobras devem ser iniciadas e mantidas por 20 minutos até que seja iniciado o suporte avançado de vida ou que o ritmo cardíaco seja de fibrilação ou taquicardia ventricular. Definem também que deve haver uma direção da conduta a ser tomada antes da interrupção da terapêutica e que as decisões devem ser tomadas pela equipe multidisciplinar que atende o paciente.

Luce (1995) realizou um trabalho de revisão visando avaliar a obrigatoriedade, do ponto de vista ético, de os médicos manterem um tratamento considerado fútil ou

inútil. Foram avaliados os aspectos éticos, legais e clínicos da recusa ou da suspensão de tratamentos considerados fúteis. Casos polêmicos mostrando a discórdia entre familiares e médicos foram citados. A conclusão do autor foi a de que um médico não seria obrigado a manter um tratamento que considerasse fútil, principalmente em situações de morte cerebral, coma vegetativo, doença grave ou terminal, e que deviam ser pesados os princípios de beneficência e não-maleficência de um tratamento. Em trabalho posterior, o mesmo autor (Luce 1997) observou que a recusa ou a suspensão dos suportes de vida habitualmente eram recomendados pelos médicos e aceitos pelos familiares dos pacientes. Constatou que a recusa era mais fácil de ser praticada do que a suspensão, que o tratamento mais freqüentemente recusado era a RCR e o mais freqüentemente suspenso a ventilação mecânica, desde que realizada de maneira gradual e facilitada pela administração de analgésicos e sedativos.

Deve ser ressaltado que o avanço tecnológico torna necessário o debate contínuo tanto do ponto de vista ético quanto legal sobre o tratamento considerado fútil (Herbert 1997, MacKay and Moss 1997, Sprung e cols. 1997). O que era considerado um tratamento fútil para pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) há 10 anos, nos dias de hoje poderá ser um tratamento apropriado (Wachter e cols. 1989, Rosner 1992).

Em 1990, foram revistos os tratamentos de 1719 pacientes internados na UTI de universidades norte-americanas na Califórnia e em São Francisco. O suporte de vida foi recusado em 22 e foi suspenso em 93 pacientes. A razão para tal conduta foi o mau prognóstico. Desses 115 pacientes, 89 vieram a falecer na UTI. Somente 5 pacientes

optaram conscientemente pela recusa ou pela suspensão do tratamento que lhes seria aplicado, os demais não possuíam capacidade de decisão. Os familiares optaram por essa conduta em 102 pacientes, e nos 8 restantes a decisão foi tomada pelos médicos. Os autores concluíram que a recusa ou a suspensão de um tratamento, embora tenha sido pouco freqüente, foi responsável pela metade de todas as mortes que ocorreram naquelas UTIs (Smedira e cols. 1990).

O Comitê de Ética da Society of Critical Care Medicine (1990) publicou uma compilação de idéias que poderiam servir de guia para a suspensão de determinados tipos de tratamentos. Foi avaliado que o posicionamento prévio do paciente seria fundamental, que a recusa de um tratamento seria mais fácil de ser realizada do que a suspensão do mesmo, que a recusa de um tratamento poderia ser avaliada perante um paciente com grave prognóstico, com perspectiva de qualidade de vida futura inadmissível para ele, ou quando o tratamento fosse considerado fútil. Foi destacada a importância da comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e os seus familiares. A manutenção da administração de sedativos e de analgésicos seria aceitável mesmo que, como efeito colateral, levasse à depressão respiratória e indiretamente à parada cardiovascular. O médico não seria obrigado a prescrever um tratamento considerado fútil ou a manter internado na UTI o paciente submetido a esse tipo de tratamento.

Esse mesmo Comitê (1992) enviou um questionário para 1148 membros dessa Sociedade. Houve um retorno de 52% desses questionários que mostraram que 56% não se sentiam perturbados diante da conduta de recusar ou suspender um tratamento. Cerca de 90% desses profissionais, principalmente aqueles comprometidos com o

ensino, já haviam tomado essa conduta. A qualidade de vida dos pacientes foi o fato que mais pesou para que a decisão fosse tomada (57%).

Fried e cols. (1993) investigaram a atitude de 256 médicos diante de decisões sobre o fim da vida. Os autores questionaram se esses profissionais avaliavam as necessidades reais dos pacientes e quais eram as justificativas para as suas decisões. Quase a totalidade dos entrevistados (98%) respondeu que não intubaria um paciente com insuficiência respiratória final. A grande maioria (85%) concordou em administrar narcóticos mesmo que esses fármacos causassem depressão respiratória e 55% desses profissionais retiraria um paciente do respirador quando o mesmo não apresentasse chance de desmame.

Em 1997, o Comitê de Ética da Society of Critical Care Medicine realizou uma reunião de consenso para definir o que seria tratamento fútil e quais os procedimentos que deveriam ser tomados para resolver os casos nos quais um tratamento visando a manutenção da vida fosse considerado fútil. Tratamento fútil foi considerado aquele que não atinge as metas pretendidas, sendo considerado desaconselhável o tratamento que tenha pouca probabilidade de trazer benefícios. Os participantes do consenso concluíram que, para um tratamento ser desaconselhado, o tema deveria ser debatido entre os interessados, observando-se os valores morais da comunidade. As decisões não poderiam levar unicamente em consideração escores prognósticos e deveriam ter respaldo legal. Glance e cols.(1998) contradizem essa afirmação ao concluírem ser válido o desenvolvimento de uma base de dados para a avaliação do custo-efetividade prevendo decisões quanto à suspensão de medicações em pacientes que

apresentassem um risco de morte de mais de 90%, avaliado pelo índice prognóstico APACHE III.

Nos últimos anos, o fator desencadeante da maioria das mortes nas UTIs tem sido relacionado à suspensão ou à recusa de um tratamento (Levin e Sprung 1999). Estudos mostram que 14% das mortes são precedidas da recusa, e 36% da suspensão de um tratamento. Em contrapartida, 96% dos médicos intensivistas já recusaram ou suspenderam um tratamento em algum momento de sua vida profissional. A recusa de iniciar um tratamento foi mais freqüentemente proposta pelos médicos do que pelos familiares dos pacientes. Fato que pode estar relacionado à inadequada comunicação que existe entre os médicos, pacientes e seus familiares, sendo essa uma causa freqüente da insatisfação do tratamento em UTI (Levin e Sprung 1999).

O trabalho de Prendergast e Luce (1997), efetuado nos EUA, corrobora a afirmação de que as decisões relacionadas à suspensão ou recusa de tratamentos aumentaram com o passar do tempo. Observaram que no período de 1987 a 1988 essas decisões foram responsáveis por 51% das mortes, e que no período de 1992 a 1993 precederam 90% das mortes nas UTIs. A RCR foi iniciada em 49% das PCR's em 1982-1983 e somente em 10% nos anos de 1992-1993. No estudo de Sjökvist e cols. (1998), realizado na Escandinávia, as decisões sobre a recusa ou a suspensão de tratamentos precederam 49% das mortes nas UTIs.

O estudo de McLean e cols. (2000) revisou 439 prontuários de pacientes que haviam falecido nos anos de 1988 e de 1993, em dois hospitais do Canadá. Mostrou que, embora a idade dos pacientes e a causa da admissão dos mesmos na UTI fossem

semelhantes tanto nos dois hospitais quanto nos dois tempos do estudo, em ambos os casos a suspensão do tratamento foi mais comum no ano de 1993 (43% no hospital A e 46% no hospital B em 1988, versus 66% e 80% nos hospitais A e B em 1993). Keenan e cols. (1997), em um estudo de coorte retrospectivo, constataram que 70% dos pacientes morreram após a recusa ou suspensão de um tratamento. Esses autores avaliaram qual processo envolveu tal conduta e observaram que esses pacientes estavam internados há mais tempo e tinham mais idade do que aqueles que foram tratados de maneira diferente, e que o mau prognóstico foi o fator que mais contribuiu para essas decisões. A terapêutica mais freqüentemente retirada foi o suporte ventilatório sendo mantidas a sedação e a analgesia. Outro estudo, realizado pelo mesmo grupo (Keenan 1998), comparou a incidência da recusa ou da suspensão de suporte de vida entre hospitais comunitários e de ensino. Foram avaliados 160 pacientes que foram a óbito nas UTIs de hospitais comunitários e 292 nas de hospitais de ensino. Foi constatado que houve maior proporção de pacientes que morreram após a recusa de um tratamento nos hospitais comunitários ($p=0.004$) e que a decisão da suspensão de um tratamento foi tomada mais freqüentemente por médicos nos hospitais de ensino ($p=0.0005$) e por familiares nos hospitais comunitários ($p=0.005$).

No ano 2000, Sprung e cols., em um estudo israelense, constataram que 86% dos óbitos em UTI, ocorreram após a recusa ou a suspensão do tratamento. Na França, em 2001, Ferrand e cols. mostraram que, apesar de a legislação francesa proibir medidas que limitem a vida dos pacientes, as decisões de recusar ou suspender um tratamento são amplamente tomadas. Esses autores realizaram um estudo prospectivo

em 220 UTIs e mostraram que as terapias foram suspensas ou recusadas em 807 de 7309 pacientes (11%), sendo que essas decisões precederam 628 (53%) das 1175 mortes nas UTIs.

Esteban (2001) realizou um trabalho com o intuito de determinar a frequência da recusa ou suspensão de tratamentos para pacientes adultos internados em UTIs espanholas. Participaram do estudo 3498 pacientes. O tratamento foi suspenso ou recusado em 2026 pacientes, sendo que 221 morreram na UTI. Essa decisão foi em 92.7% determinada somente pelos médicos. A idade, o índice prognóstico SAPS II e o tempo de internação em UTI foram significativamente maiores nos pacientes aos quais o tratamento foi recusado ou suspenso, e somente 9% dos mesmos havia manifestado previamente a sua vontade.

Pailisier e cols. (2002), em um estudo retrospectivo com o intuito de determinar se a recusa ou suspensão do tratamento é mais freqüente em pacientes com mais de 65 anos, mostraram que os pacientes mais jovens sofriam de trauma mais grave e que os idosos apresentavam uma maior associação de comorbidades. Entretanto, as decisões de suspensão ou retirada foram semelhantes nos dois grupos.

Na Finlândia, Hinkla e cols. (2002) observaram os fatores que afetam os médicos quanto às decisões de recusa ou suspensão de tratamentos em vítimas de doença cancerosa em fase final. Participaram do estudo 500 médicos generalistas, 300 cirurgiões, 300 clínicos e 82 oncologistas. Os autores constataram que os tratamentos mais recusados foram a transfusão sangüínea e a profilaxia da trombose, que os médicos mais jovens e as profissionais do sexo feminino tinham mais dificuldade em

recusar ou suspender tratamentos, e que os profissionais mais experientes e pós-graduados tinham mais facilidade de manter condutas somente suportivas.

Na América do Sul, o comitê de Bioética da Sociedade Argentina de Terapia Intensiva (Gherardi 2000) definiu que as decisões sobre um tratamento cabem ao paciente, e a comunicação adequada entre o médico, o paciente e seus familiares é fundamental. Definiu também que, embora caiba ao paciente a recusa ou a suspensão de um tratamento, estando o mesmo impossibilitado de opinar, a decisão passa a depender da iniciativa médica e deve ser debatida com toda a equipe de saúde. Essas decisões são necessárias diante de um tratamento considerado fútil ou inútil e, as medidas tomadas deverão ser comunicadas aos seus familiares. Diante de um caso de urgência a decisão será do médico. É ressaltado que os pacientes nunca deverão ser privados das medidas que atendam ao seu conforto físico, psíquico e espiritual. A família deverá sempre compartilhar das decisões médicas, e caso isso não ocorra deve ser consultado um profissional indicado pelos familiares seguido da consulta ao Comitê de Ética. Caso esses passos não resultem num consenso, o paciente poderá ser transferido a outra instituição. O paciente terá sempre o direito de recusar um tratamento, mesmo que esse seja vital para a manutenção da sua vida. Todas as decisões deverão ser registradas na história clínica do enfermo.

A tecnologia, nos últimos 30 anos, afastou o médico assistente das UTIs. Entretanto, esse deveria ser o profissional a realizar o elo entre o paciente, seus familiares e o médico intensivista. Seria o principal conselheiro quanto às decisões médicas a serem tomadas, principalmente no que concerne à recusa ou à suspensão de

um tratamento, quando poderia, além de auxiliar nas decisões, confortar tanto o enfermo quanto os seus familiares (Beechler e Steinmetz 1985). Estudos mostram que para o médico é importante o reconhecimento da morte iminente, para adequar a medicação às necessidades do enfermo e para dar suporte psicológico aos seus familiares, auxiliando-os quanto à aceitação da morte do seu ente querido. Deve também ser facilitado o contato entre os familiares e o paciente (Danis 1998).

Estudos que avaliam o parecer de familiares de pacientes que estiveram internados ou que faleceram em UTI mostram que, quando questionados sobre os fatores negativos durante o tratamento do seu ente querido, eles referem a falta de comunicação, principalmente com os médicos, como um grave problema (Nelson e Danis 2000). Esse fato é exemplificado no trabalho de Asch (1996) que mostrou a continuação do tratamento em 34% dos pacientes que previamente haviam manifestado, aos seus familiares, um desejo contrário.

Deve ser ressaltado que as diferenças culturais podem influir nas decisões sobre o alongamento do morrer ou a aceitação da morte. Asai e cols. (1996), após observarem que a maioria dos médicos japoneses tinha a tendência de administrar um tratamento agressivo em pacientes terminais, realizaram um estudo qualitativo com 7 intensivistas. Constataram que esses médicos tinham dificuldade de decidir pela suspensão de um tratamento considerado fútil, mesmo que o paciente tivesse expresso anteriormente que esse era o seu desejo. Essa dificuldade era maior quando os familiares do paciente em questão não concordavam com a prévia decisão do paciente.

Hanson e cols. (1997) descreveram as percepções de familiares de pacientes terminais quanto ao tratamento intensivo no final da vida. Entrevistaram 461 pessoas parentes de pessoas idosas que morreram após uma doença crônica. Dessas pessoas, 9% receberam RCR, 24% foram internadas em UTI no último mês de vida e 11% foram submetidas à ventilação mecânica. Em 23% dos casos, a família não participou da discussão sobre o tratamento proposto. Os familiares recomendaram que a comunicação deveria ser mais enfatizada (44%), com um maior contato com os médicos (17%), e que o tratamento para o controle da dor deveria ser mais efetivo (10%).

Idealmente, a RCR somente deveria ser iniciada quando o paciente tivesse oportunidade de uma recuperação que lhe permitisse uma existência confortável. Estudos que mostram os resultados após essa conduta revelam que esse ideal está longe de ser conseguido. Trabalhos recentes apontam que não é obtida a meta terapêutica em 60% das RCR, e que em 25% dos casos restantes a reanimação apenas prolonga o processo do morrer. Marco e cols. (1997) realizaram um estudo que avaliou qual a conduta de médicos emergencistas perante a opção de iniciar ou não a RCR. Enviaram questionários a 50 regiões diferentes nos EUA e obtiveram 1252 respostas. A maioria (62%) acreditava que as decisões eram influenciadas por aspectos legais, e 55% dos que responderam afirmaram que iniciavam a RCR mesmo sabendo que esse seria um tratamento fútil. Para 78% dos participantes, o ideal seria não haver influência da consideração de aspectos legais na hora da decisão, entretanto esse fato ocorreu em 94% dos casos.

Na Suécia, foi realizado um trabalho visando a comparação das atitudes do público em geral com as dos profissionais que trabalham em UTI, a respeito da retirada do suporte de vida. Participaram do estudo 1196 representantes da população sueca, 339 enfermeiras e 121 médicos. As questões diziam respeito a pacientes capazes de decidir e pacientes inconscientes. A respeito daqueles com capacidade de decisão, 48% do público, 31% das enfermeiras e 8% dos médicos consideraram que a escolha sobre a retirada da ventilação mecânica deveria ser de responsabilidade somente do paciente ou dele em conjunto com os seus familiares. A maioria dos médicos (87%) acreditava que a decisão deveria estar somente ao seu encargo. Quanto aos pacientes incapazes de decidir, 73% do público em geral e 70% das enfermeiras acreditava que as opções deveriam ser dos familiares em conjunto com os médicos, enquanto 67% dos médicos buscava essa responsabilidade somente para si (Sjökqvist e cols. 1999).

Vincent (1996) avaliou a diferença dos desafios éticos enfrentados nos EUA e na Europa. Nos EUA as questões éticas são mais influenciadas por problemas legais do que na Europa. Nos dois continentes as decisões da recusa ou da suspensão de um tratamento têm aumentado. Na Europa essas questões são mais freqüentemente debatidas com os familiares do que com os pacientes cuja autonomia é mais valorizada nos EUA. Os profissionais ligados a questões éticas são mais envolvidos no debate de problemas concernentes nos EUA. Na Europa esses debates são geralmente efetuados entre médicos e enfermeiros envolvidos no tratamento do paciente. Em ambos os lugares, os desafios éticos enfrentados diante da recusa ou da suspensão de um tratamento foram semelhantes. A morte freqüentemente foi previsível. Nas decisões

terapêuticas, foram consideradas a qualidade de vida do paciente e a não-obrigatoriedade da manutenção de um tratamento considerado fútil.

Em um estudo transversal, Curtis e cols. (2000a) examinaram a atitude de pacientes com AIDS em fase terminal, diante de decisões sobre um tratamento considerado fútil. Trinta e cinco pacientes (61%) aceitariam incondicionalmente que os seus médicos decidissem por não oferecer-lhes ventilação mecânica caso viessem a necessitar dessa terapêutica. Menos de 10% daqueles que participaram do estudo desejariam receber um tratamento considerado fútil. Os mesmos autores realizaram outro estudo visando determinar quais eram as principais barreiras de comunicação entre os médicos e seus pacientes. Foram estudados 57 pacientes, com o diagnóstico de AIDS em fase terminal, e seus médicos. A principal barreira sentida, principalmente por parte dos médicos, foi a dificuldade da comunicação sobre o fim da vida dos seus pacientes (Curtis e cols. 2000b).

A cada momento surgem novos conflitos a respeito da suspensão de um tratamento considerado fútil que acarretam desafios éticos. A dúvida sobre iniciar ou manter um tratamento como a ventilação mecânica, a hemodiálise, a quimioterapia ou o implante de um marca-passo em pacientes com doenças crônicas e debilitantes faz reascender o conceito da não-maleficência (Rhymes e cols. 2000).

Pinheiro (2000), levando em consideração as imensas somas financeiras destinadas ao tratamento de pacientes gravemente enfermos e a elevada taxa de mortalidade dos mesmos, questiona a necessidade da avaliação da qualidade de vida que esses indivíduos passam a ter após a alta da UTI ou do hospital e infere que, como

marcadores de qualidade em terapia intensiva, deveriam ser analisados não somente os índices de mortalidade intra-hospitalar, mas os de mortalidade logo após a alta dessa unidade e os de mortalidade tardia, assim como a qualidade de vida daqueles que receberam alta das UTIs. Dessa maneira, poderia ser melhor estipulado, no nosso País, qual tratamento deveria ser considerado fútil ou inútil.

Schneiderman e cols. (2000) realizaram um trabalho prospectivo, randomizado e controlado com o objetivo de determinar a influência de consultores éticos quanto às decisões de recusa ou suspensão de um tratamento. Observaram que a mortalidade dos pacientes avaliados ou não pelo Comitê de Ética foi a mesma. Entretanto, os pacientes avaliados por consultores éticos tiveram um tempo de internação hospitalar mais curto. Os autores concluíram que consultores éticos podem ser úteis para resolver conflitos que envolvem o prolongamento inapropriado de um tratamento considerado fútil.

Comentando o trabalho de Rymes e cols. (2000), Pellegrino (2000) publicou um artigo descrevendo um algoritmo sobre as decisões da suspensão de um tratamento. Avaliou que qualquer decisão ética deve considerar como pré-requisito fundamental a valorização da vida humana e deve levar em consideração os embasamentos teóricos que justificam as decisões do ponto de vista ético. O autor aborda sobre o inquestionável valor da vida humana que deve ser preservada sem que o custo do tratamento seja levado em consideração. Entretanto, considera que diante da inevitável certeza de que o ser humano não é imortal, sob certas circunstâncias, o suporte da vida pode ser retirado. O autor descreve 4 questões éticas que devem ser respondidas antes da recusa ou da suspensão de um tratamento: 1 Quem decide? 2. Quais os critérios utilizados? 3. Que

conflitos, envolvendo a decisão, devem ser debatidos? 4. Quais conflitos podem ser evitados? É inquestionável que o paciente com capacidade de decidir tem autoridade moral e legal para tal, e, em casos especiais, os familiares, o substituto legal do paciente ou o seu médico poderão participar dessa decisão. Entretanto, essa autoridade não é absoluta, sendo limitada quando a decisão acarreta conseqüências graves para terceiros, quando o médico é levado a violar sua integridade ética profissional, quando o paciente deliberadamente atenta sobre sua vida, ou quando o tratamento requerido é fútil ou contra-indicado. Uma vez mais nos defrontamos com a necessidade da definição correta de futilidade. Pellegrino (2000) define futilidade como a relação entre a efetividade, o benefício e as conseqüências do tratamento em questão. Efetividade seria a avaliação da capacidade de o procedimento alterar a história natural da doença. Benefício seria uma avaliação feita pelo paciente quanto aos resultados obtidos comparados aos resultados desejados do tratamento, bem como as conseqüências do mesmo representadas por desconforto, dor e outros efeitos colaterais. A idade, a qualidade de vida prévia e critérios econômicos são tópicos que devem ser discutidos separadamente e que podem influenciar o médico e os familiares nas decisões sobre as perspectivas de um tratamento. A decisão médica não pode ser unilateral quando é avaliada a questão da idade e da qualidade de vida. O fator econômico nunca deverá ser um fator decisivo para tais questionamentos.

Embora, no Brasil, discussões sobre a recusa ou a suspensão de um tratamento considerado fútil ou inútil ainda não tenham sido estabelecidas do ponto de vista ético e legal, nos EUA e no Canadá esse tema tem sido amplamente debatido, já

estando relacionadas as normas referentes ao direito legal da recusa de um tratamento por parte do paciente ou de seus familiares. Entretanto, nesses países, surgem novos questionamentos que levam à regulamentação de condutas que visam resolver conflitos relacionados à discordância entre a equipe médica e os pacientes ou seus familiares no que concerne à tomada de decisões sobre a recusa ou a suspensão de um tratamento. Essas normas estabelecem que os profissionais da saúde têm a obrigação de prover um tratamento de suporte de qualidade tanto do ponto de vista clínico quanto emocional, mas que não são obrigados a instituir uma terapêutica considerada fútil ou inútil. Quando ocorrerem divergências entre a equipe de saúde e os usuários do sistema, amplos debates interdisciplinares devem ser estimulados, devendo ser incluídos, nesses debates, o médico intensivista, consultores ético-legais e um mediador que crie um elo entre os profissionais do hospital, o paciente e seus familiares. Em seqüência, foram estabelecidas normas para o tratamento em UTIs. Foi definido que a meta das UTIs é prevenir o sofrimento desnecessário e a morte prematura, tratando de doenças reversíveis, durante um tempo apropriado. Um paciente que sofra de uma patologia aguda, mas irreversível, que apresente um quadro de morte iminente e que certamente morrerá durante a sua hospitalização, não deve receber tratamento intensivo. Um enfermo que sofra de uma doença crônica com uma sobrevivência prevista por um período máximo de 6 meses também não terá benefícios se lhe for instituído um tratamento intensivo (Singer e cols.2001).

Apesar do debate, de âmbito mundial, visando a definição de tratamento fútil e de normas para a recusa ou a suspensão desse tratamento, esse questionamento ainda

permanece sem resposta. Cada vez mais é constatada a importância de serem levados em consideração os sentimentos e desejos do paciente e de seus familiares, e de que uma adequada comunicação entre os mesmos e a equipe hospitalar multidisciplinar é imprescindível antes que qualquer decisão terapêutica seja tomada. Qualquer que ela seja deve levar em consideração não somente algoritmos, mas a experiência dos profissionais envolvidos e os aspectos emocionais tão difíceis de serem dimensionados. Além disso, deve ser lembrado que todos os casos que implicam decisões de vida e de morte envolvem desafios clínicos e problemas éticos complexos, não bem definidos do ponto de vista legal. Parafraseando Azevêdo (1996), o médico só poderá sentir-se seguro sobre a adoção de certa decisão, imaginando que terá de defendê-la de público, apresentando todos os argumentos médicos, científicos e éticos que o levaram a preferi-la.

Entretanto é importante que reconheçamos a terminalidade como um processo humano, natural e necessário. Relembrando as palavras de Hipócrates, citadas no início desta revisão, de que um dos papéis da Medicina é "recusar-se a tratar daqueles que foram vencidos pela doença, entendendo que, diante de tais casos, a Medicina torna-se impotente", citamos a tradução de uma expressão inglesa: não demais, nem tão cedo, nem tão tarde.

4. MÉTODO

4.1. Delineamento do estudo

O projeto desta pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa em Seres Humanos da UFSC. É um estudo de coorte contemporâneo, com abordagem quantitativa e qualitativa, com medidas repetitivas pré e pós-intervenção (debate), no qual o indivíduo é o seu próprio controle. Consta da aplicação de um questionário a profissionais da área da saúde, com o objetivo de verificar a conduta desses profissionais diante da morte e do morrer e analisa, após um debate sobre esse tema, a eventual mudança dessa conduta.

4.2. População estudada

A população alvo do presente estudo abrange as áreas de Medicina, incluindo todos os médicos, e de Enfermagem, incluindo todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham diretamente com os pacientes internados no HU da UFSC no ano de 2002. A amostragem foi selecionada aleatoriamente após estratificação por categoria profissional. Foram listados todos os profissionais que pertencem à população de estudo, e posteriormente foram sorteados por subgrupos, de acordo com a profissão, aqueles que compuseram a amostra.

4.3. Tamanho da amostra

O tamanho da amostra previamente estimado foi de 90 profissionais, sendo 40 representantes da área médica e 50 da área de enfermagem. Esse número foi estimado levando-se em consideração, para a representatividade quantitativa, um erro de inferência de 5% e uma margem de erro amostral de 10%. Participaram da primeira etapa do trabalho 91 profissionais, sendo 41 da área médica e 50 da área de

enfermagem. Oitenta e cinco indivíduos completaram o estudo, sendo que 8 questionários não puderam ser pareados com os resultados da primeira etapa. Portanto, foram computados para os resultados deste estudo os questionários de 77 profissionais. Ressalta-se que os 8 questionários desprezados continham respostas semelhantes às do grupo que constituiu a amostra final.

4.4. Elaboração do Questionário

O questionário de coleta de dados foi elaborado pela pesquisadora que levou em consideração os conflitos diários, referentes ao tema Morte e Morrer, pelos quais passam aqueles que tratam de pacientes graves. Trata-se de um questionário estruturado, auto-aplicativo e previamente validado em uma população semelhante à estudada. Os nove profissionais que fizeram parte dessa validação compreenderam, responderam e sugeriram alguns ajustes no documento. Esses ajustes foram efetuados e as sugestões foram incorporadas à versão final que foi aplicada no estudo. Além de informações demográficas, o questionário consta de cinco (5) questões sobre decisões de recusar ou suspender um tratamento considerado fútil ou inútil e de cinco (5) casos clínicos capazes de gerar conflitos quanto à tomada dessas decisões. Esses casos foram situações reais de pacientes internados na UTI do HU/UFSC, que geraram conflitos para a equipe multidisciplinar sobre as decisões referentes à recusa ou à suspensão de tratamentos. Durante o debate do tema foi descrita, pela pesquisadora, a evolução dos pacientes referidos nos casos clínicos e foram efetuadas perguntas padronizadas. Também foram efetuadas perguntas que avaliaram qual a percepção do pesquisado, sobre a Morte e o Morrer, após o debate do tema.

As respostas ao questionário foram mensuradas através de escalas nominais e ordinais. As escalas ordinais foram Escalas Adjetivas (Streiner e Norman 1995) chamadas, neste trabalho, Escalas de Decisão (ED), constando de 7 categorias cujos valores variavam de 0 a 19 pontos.

Todas as respostas foram tabuladas e interpretadas classificando-as em variáveis quantitativas e qualitativas. Para o estudo qualitativo foi criada uma diferença individual, no sentido da avaliação de um ponto de corte no qual o indivíduo estaria mais ou menos resistente às tomadas de decisão. Foram utilizadas como indicadores de posição as variáveis qualitativas. Levou-se em consideração que a subjetividade é mais influenciada nas extremidades das escalas, e que os espaços com denominação escrita são mais assinalados que aqueles deixados sem denominação, e definiu-se o ponto de corte, na ED, como 8. Nesse ponto da escala as palavras escritas migravam da resposta afirmativa para negativa, ou vice-versa. Na Figura 1 pode ser observado um esquema exemplificando uma questão/resposta na ED.

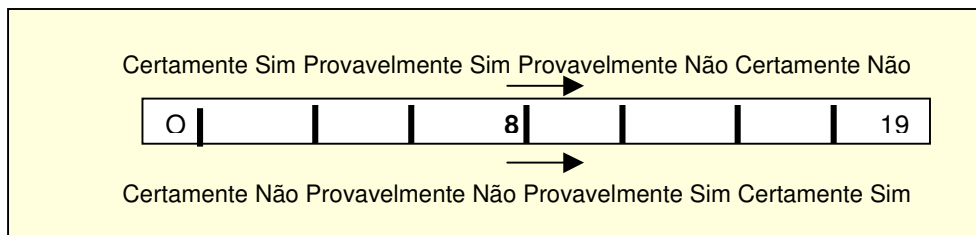


Figura 1 – Esquema exemplificando uma questão/resposta na ED.

4.5. Aplicação do Questionário

Os participantes sorteados foram convidados pela pesquisadora e separados em subgrupos de cerca de 10 indivíduos, de acordo com as profissões e, na área

médica, em função das especialidades. Cada subgrupo foi encaminhado para um local em um horário pré-fixado para o início da coleta de dados.

Num primeiro tempo (T1) foi distribuído o questionário que consta no anexo 1 e que foi respondido imediatamente. Nesse momento, para maior motivação dos pesquisados e quebra de sua possível tensão, originada pela palavra Morte, foi entregue a cada um kit contendo itens simbólicos criados pela pesquisadora que explicou a simbologia dos mesmos. Com o mesmo intuito, foi colocado som ambiental.

Após a resposta do anexo 1 foram apresentadas, pela pesquisadora, considerações sobre a morte e o morrer e sobre a terapia considerada fútil ou inútil. A seguir foram mostrados os mesmos casos clínicos que constavam do questionário do anexo 1. Foi então desencadeado um debate e foram efetuadas, pela pesquisadora, perguntas padronizadas referentes a aspectos emocionais que envolviam o tema (anexo 2).

Imediatamente após o debate foram respondidas as perguntas (Anexo 3) que avaliaram qual o comportamento do pesquisado diante do tema. Num segundo tempo (T2) foi fornecido o questionário (anexo 4) que foi respondido após 30 dias do T1. Foi então avaliado se houve ou não alteração da conduta daqueles que fizeram parte do trabalho perante a aceitação da morte.

4.6. Análise estatística

A análise das variáveis quantitativas foi realizada através de testes não paramétricos. O teste de Wilcoxon foi utilizado na comparação da amostra pareada e o de Mann Whitney na de amostra não pareada. Essa escolha foi tomada por este estudo não apresentar uma distribuição amostral normal já que, mesmo para as respostas

quantitativas, havia uma interpretação individual qualitativa. Foi adotado um nível de significância de 0.05.

Análise de Correspondência Múltipla (ACM) foi empregada para investigar a existência de associação entre as variáveis categóricas que constavam nas decisões de cunho pessoal e profissional. A ACM, análoga ao teste χ^2 , é uma técnica multivariada, descritiva e exploratória que possibilita analisar simultaneamente um conjunto de variáveis categóricas. Os resultados estatísticos oriundos dessa técnica são: uma ampla tabela de freqüências, conhecida como tabela de Burt (anexos 5 e 6) e uma representação gráfica simplificada dos dados. Essa representação gráfica pode ser mostrada em dois ou três eixos ou dimensões. Em duas dimensões pode-se observar o padrão de associação em plano relacional, e em três em espaço relacional. Da análise desses resultados é possível identificar padrões de associações existentes entre as variáveis categóricas analisadas. A intensidade do padrão de associação está relacionada ao percentual de inércia alcançado nesse procedimento e que depende das características dos dados em análise. O percentual de inércia expressa o grau da variabilidade total dos dados explicado pelo padrão de associação identificado e representado graficamente. À medida que se inclui uma nova dimensão na ACM aumenta-se numericamente o percentual de inércia. A primeira dimensão é a de maior inércia. Um total de inércia igual ou maior que 70% indica uma tendência qualitativa ideal de associação de variáveis, descoberta pela utilização desse procedimento estatístico (Carrol e cols.1986).

5. RESULTADOS

Os dados demográficos dos profissionais que participaram do estudo podem ser avaliados na Tabela 1.

Tabela 1 - Características Demográficas dos profissionais estudados.

Características Demográficas	Área de Atuação				Total	
	Medicina		Enfermagem		N	%
	N	%	N	%		
	37	47,4	41	52,6	77	100
Sexo						
Feminino	11	29,7	32	78,0	43	55,8
Masculino	26	70,2	8	19,5	34	44,2
Idade (anos)						
Média	36,6		36,1		36	
Min/Máx	23-69		20-54		20-69	
Desvio Padrão	14,75		7,95		11,69	
Estado Civil						
Casado/Vive com companheiro(a)	19	51,3	18	43,9	37	48,0
Separado/Viúvo/Solteiro	18	48,6	18	43,9	36	46,7
Religião						
Religião Católica	31	83,8	33	80,5	64	83,1
Outras religiões	4	10,8	3	7,3	7	9,0
Agnósticos	2	5,4	1	2,4	3	3,8
Origem étnica						
Portuguesa	17	45,9	27	65,8	44	57,1
Alemã	10	27,0	4	9,7	14	18,1
Italiana	8	21,6	4	9,7	12	15,5
Experiência em UTI						
Trabalha/trabalhou em UTI	9	24,3	26	63,4	35	45,4
Nunca trabalhou em UTI	28	75,6	10	24,3	38	49,3
Experiência com pacientes terminais (PT)						
Trabalha/trabalhou c/ PT	23	62,1	30	73,1	53	68,8
Nunca trabalhou c/PT	5	13,5	6	14,6	11	14,2

Quando questionados sobre a participação prévia, em recinto hospitalar, em discussões sobre o início ou suspensão de um tratamento, muitos profissionais de ambas as áreas responderam que haviam participado freqüentemente dessa discussão. Na ED, na qual zero era o valor de nenhuma participação e 19 pontos de participação muito freqüente, a média das respostas dos médicos foi de 10.35 pontos com desvio padrão de 4.1 pontos, e dos profissionais de enfermagem foi de 11,99 pontos com desvio padrão de 4,8 pontos. Dos 33 representantes da área médica que responderam já haver participado dessas discussões 29 (87.87%) referiram que somente os médicos haviam participado das mesmas. Na área de enfermagem 27 profissionais relataram já haver discutido sobre o assunto e desses 13 (48.1%) referiram que os médicos e enfermeiros participaram das mesmas. Na Tabela 2 pode ser constatada a resposta ao questionamento de quais categorias sociais deveriam participar desses debates.

Tabela 2 – Escolha das categorias sociais que deveriam participar das discussões sobre a recusa ou suspensão de um tratamento.

Sugestão de quais categorias participariam da Discussão	Área de Atuação		Enfermagem	
	Médica N = 37	%	N=41	%
Médico	37	100	39	95,1
Familiares	32	86,5	38	92,6
Paciente	24	64,8	26	63,4
Enfermeiro	20	54,0	33	80,5
Psicólogo	26	70,2	28	68,8
Assistente Social	18	48,6	18	43,9

As respostas averiguadas no que concerne às perguntas de cunho pessoal, em ambiente domiciliar, são descritas nos próximos parágrafos.

Quando questionados se já haviam conversado previamente com os seus familiares sobre a morte e decisões diante do morrer, as respostas dos profissionais tenderam à negatividade no T1 e à positividade no T2 (Figura 2).

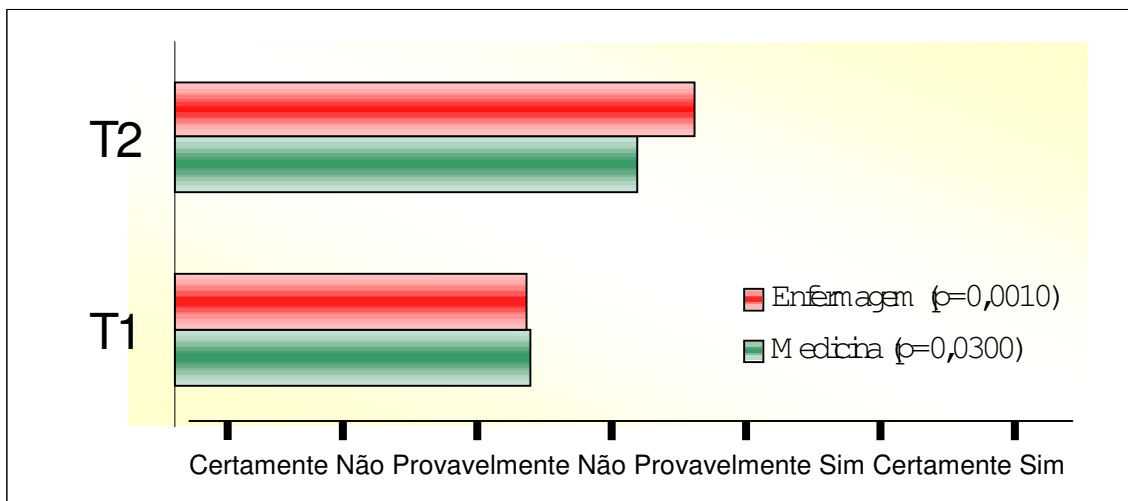
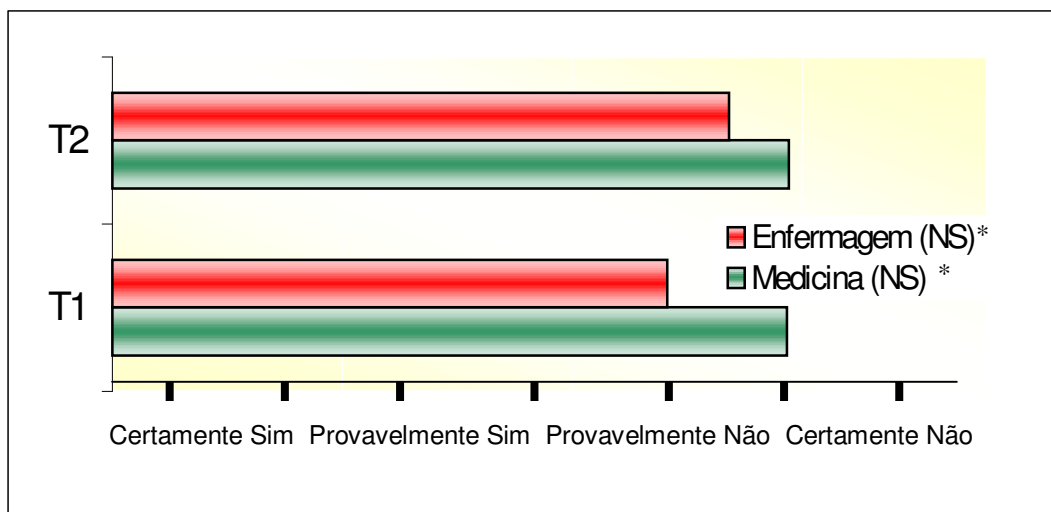


Figura 2 – Escore médio da discussão familiar sobre a morte e o morrer

Quanto ao desejo pessoal de ser ressuscitado, caso sofresse de uma doença grave aos 85 anos e apresentasse uma PCR, os profissionais da área médica e de enfermagem responderam negativamente tanto no T1 quanto no T2 (Figura 3). Na Figura 4 pode ser observada a resposta desses profissionais quando a pergunta referia-se ao seu desejo de ser ressuscitado caso estivesse saudável, aos 85 anos, e sofresse uma PCR. Pode ser constatado que no T2, essa resposta tendeu à maior negatividade na área da enfermagem.



* NS= não significante a 0.05

Figura 3 – Escore médio da decisão pessoal de ser ou não reanimado, em vigência de uma PCR, pós-enfermidade, aos 85 anos.

* NS= não significante a 0.05

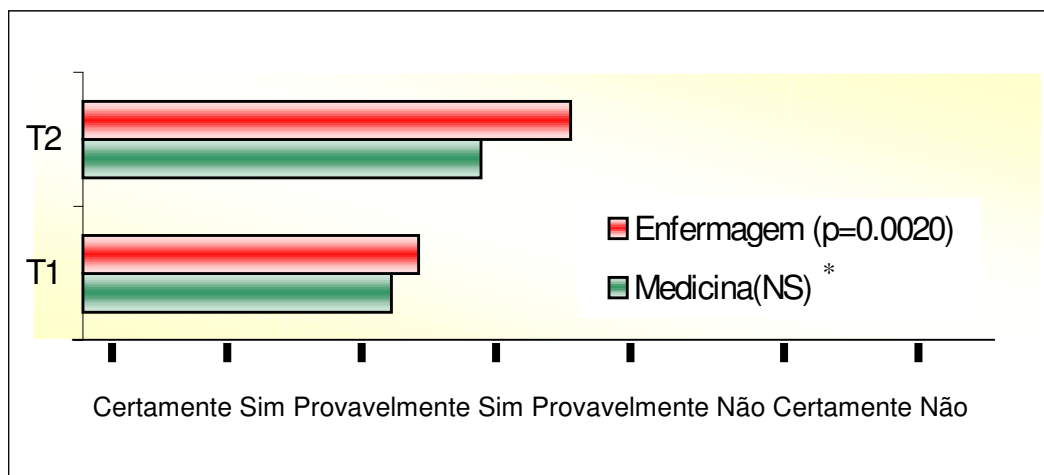
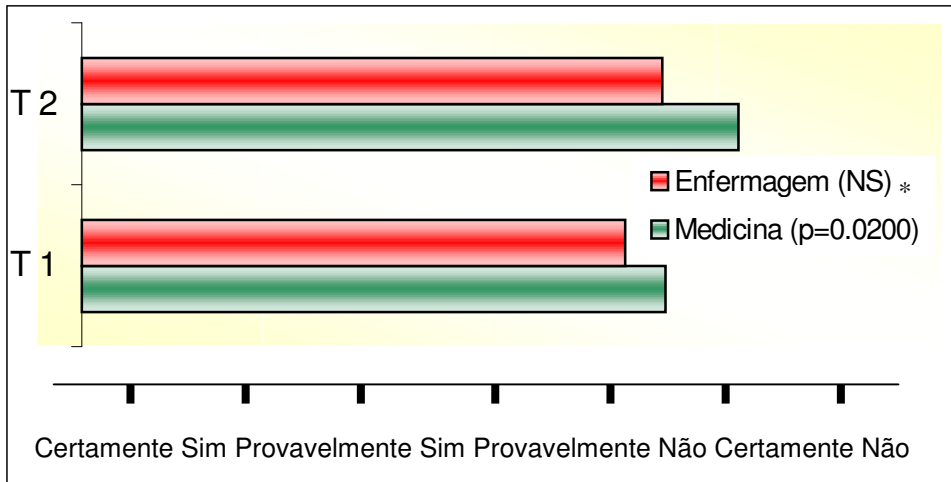


Figura 4 – Escore médio da decisão pessoal de ser ou não reanimado, aos 85 anos, em vigência de uma súbita PCR.

Quando questionados sobre a decisão de iniciar a RCR em um familiar que tivesse manifestado previamente o desejo de não ser ressuscitado, os participantes

deste estudo responderam negativamente no T1 sendo que no T2 houve uma tendência de essa resposta tornar-se mais negativa, principalmente na área médica (Figura 5).



*NS= não significativa a 0.05

Figura 5 - Escore médio da decisão de recuperar um familiar, que havia manifestado previamente o desejo de não ser ressuscitado.

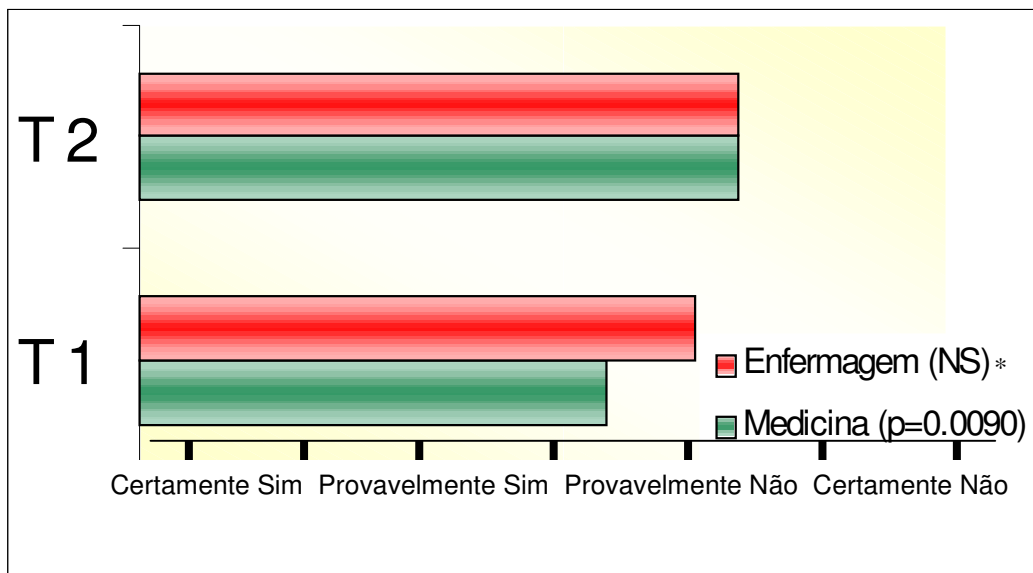
O último item questionado, do ponto de vista pessoal, avaliou como os participantes do estudo desejariam morrer, se repentinamente ou após uma doença consuptiva. Na ED, na qual 0 era o valor de morte súbita e 19 de morte após uma grave patologia a média das respostas dos médicos foi de 1.25 pontos com o desvio padrão igual a 1.98 pontos, e a dos profissionais de enfermagem foi de 1.07 pontos com o desvio padrão igual a 1.64 pontos.

São descritos a seguir os casos clínicos que foram debatidos com os integrantes deste trabalho e as suas respectivas decisões terapêuticas.

Caso 1: Paciente do sexo feminino com 16 anos. História de estenose de esôfago pós-ingestão de soda cáustica aos 4 anos de idade. Internada para correção

cirúrgica, por pneumonia de repetição. Evoluiu no pós-operatório com mediastinite mantendo um quadro séptico sem perspectiva de tratamento cirúrgico e sem melhora com o tratamento clínico. O quadro clínico evoluiu com falência de múltiplos órgãos e a paciente apresentou PCR no 60º dia de internação.

Ao serem questionados se essa paciente deveria ou não ser reanimada os profissionais avaliados responderam negativamente no T1, havendo uma tendência ao aumento da negatividade no T2, principalmente na área médica. (Figura 6).



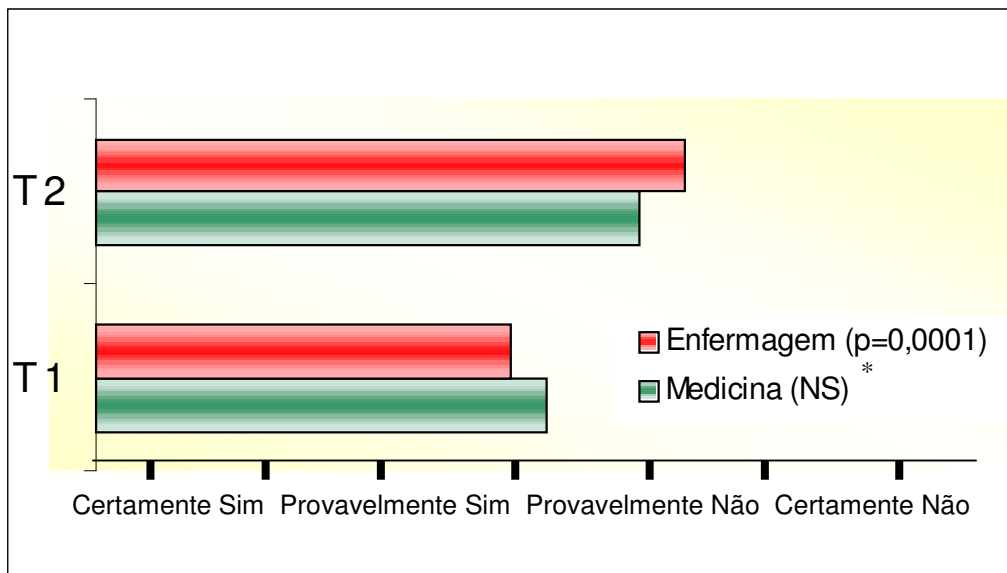
* NS= não significante a 0.05

Figura 6 – Escore médio da decisão sobre a RCR de uma paciente com 16 anos e sem opções terapêuticas.

Caso 2: Senhora de 86 anos, vivendo com os familiares e apresentando boas condições de saúde para a sua idade. Havia referido diversas vezes aos membros de

sua família que gostaria de *morrer de repente*. Apresentou perda súbita do nível de consciência e PCR.

Os participantes do estudo fizeram duas opções a respeito desse caso. A primeira se referia ao fato de iniciarem a RCR caso fossem os familiares da paciente em questão. Os médicos responderam no T1 de forma negativa, resposta que tendeu a se tornar mais fortemente negativa no T2. Os funcionários da área de enfermagem responderam afirmativamente no T1 e essa resposta se tornou negativa no T2 ($p=0.0001$) (Figura 7). A segunda opção abordava o fato de a RCR ser iniciada caso o questionado pertencesse à equipe de saúde. A resposta dos profissionais da saúde foi afirmativa no T1 com tendência à negatividade no T2 (Figura 8).



*NS = não significante a 0.05

Figura 7 – Escore médio da decisão de iniciar RCR em um familiar, com idade avançada, que havia manifestado previamente o seu desejo de não ser ressuscitado.

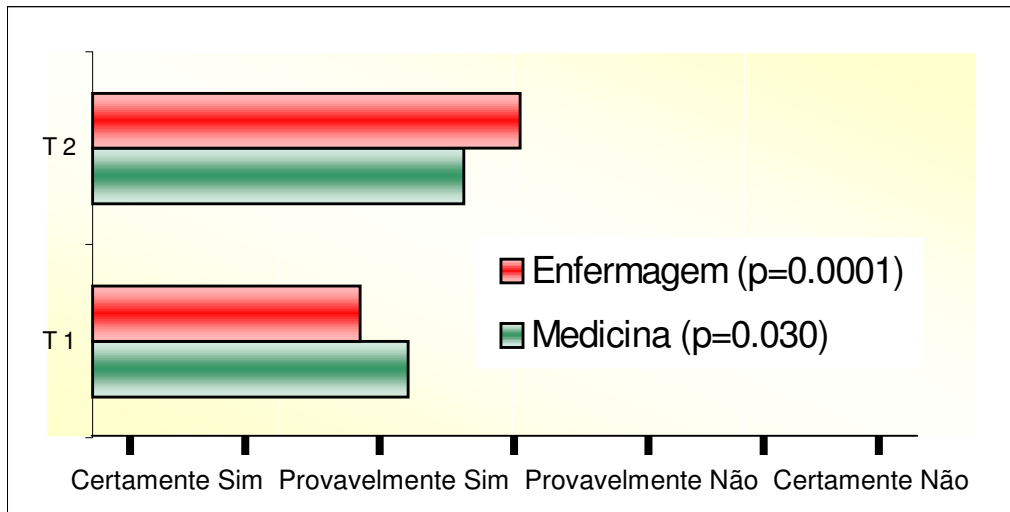
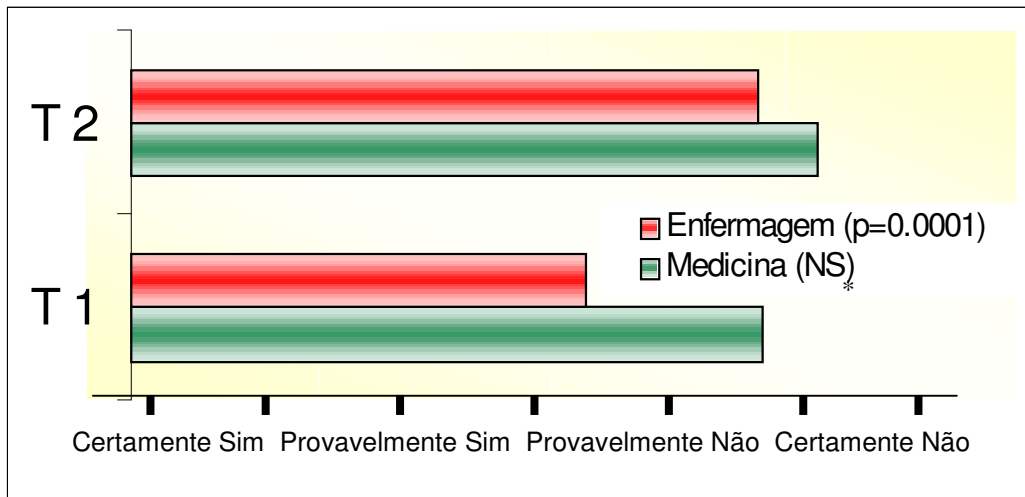


Figura 8 – Escore médio da decisão de iniciar RCR em um paciente, com idade avançada, que havia manifestado previamente o seu desejo de não ser ressuscitado.

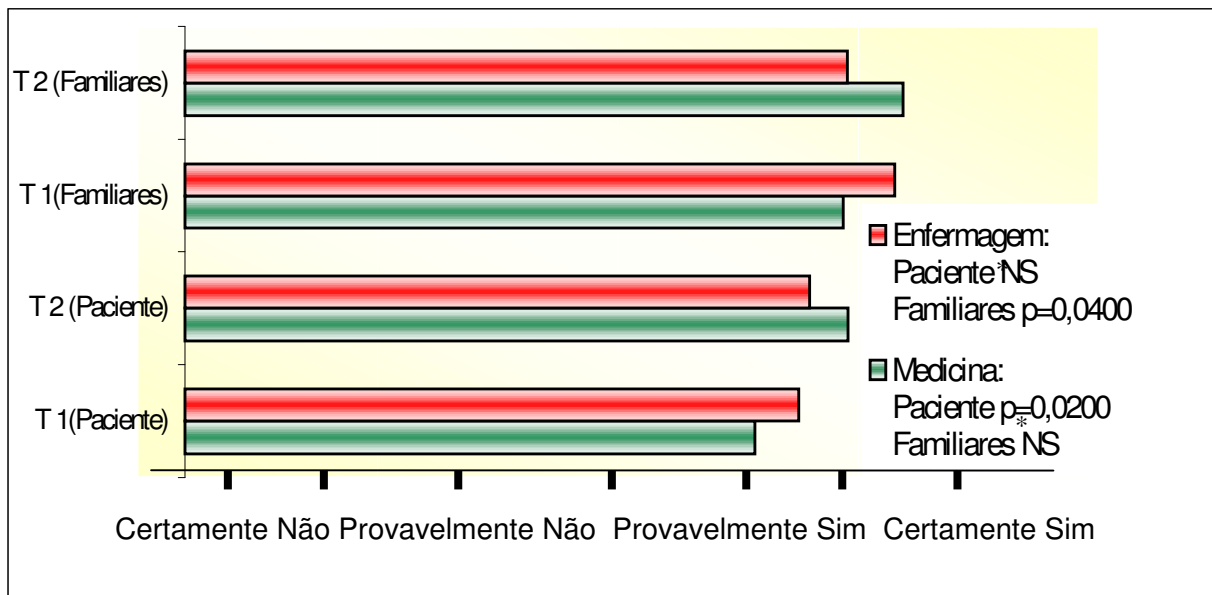
Caso 3: Paciente do sexo masculino, com 63 anos, apresentando o diagnóstico de insuficiência cardíaca por miocardiopatia isquêmica, com fração de ejeção de 20%. Internado na UTI, em centro médico sem condições de transplante cardíaco, sem resposta ao tratamento clínico, dependente de dobutamina e ventilação mecânica por 30 dias.

Quando questionados se, em caso de PCR nesse paciente, iniciariam as técnicas reanimatórias, os médicos responderam negativamente no T1 e no T2, enquanto os representantes da área de enfermagem responderam mais negativamente no T2 que no T1 (Figura 9). A maioria dos profissionais respondeu afirmativamente quanto à necessidade do diálogo com o paciente e com seus familiares antes de ser tomada qualquer opção terapêutica (Figura 10).



*NS = não significante a 0.05

Figura 9 – Escore médio da decisão de iniciar RCR em um paciente com 67 anos e sem perspectiva de tratamento.



*NS= não significante a 0.05

Figura 10 – Escore médio da Comunicação com o paciente e familiares antes da tomada de decisão.

Caso 4: Paciente diabética, com 57 anos, internou pela Emergência com o diagnóstico de piodermite. Foi encaminhada à UTI com um quadro séptico que evoluiu com falência de múltiplos órgãos (insuficiência renal necessitando de métodos dialíticos, insuficiência respiratória necessitando de ventilação mecânica e insuficiência circulatória dependendo de drogas vasoativas). Uma última opção terapêutica seria uma desarticulação coxo-femural. A paciente havia dito hipoteticamente, antes da doença, durante conversa com familiares que não aceitaria uma amputação.

Quando questionados se dariam o consentimento para a desarticulação, caso fossem membros da família dessa paciente, os representantes da área médica responderam positivamente no T1 e negativamente no T2. Os representantes da área de enfermagem assinalaram negativamente em ambos os tempos, entretanto no T2 a resposta foi mais fortemente negativa (Figura 11). Foi também avaliado se, no caso dessa opção terapêutica não ser aceita pelos familiares da paciente, deveria ser mantida a terapêutica plena, considerada fútil ou inútil. Os profissionais que participaram do estudo responderam negativamente, com uma tendência a maior negatividade no T2 (Figura 12).

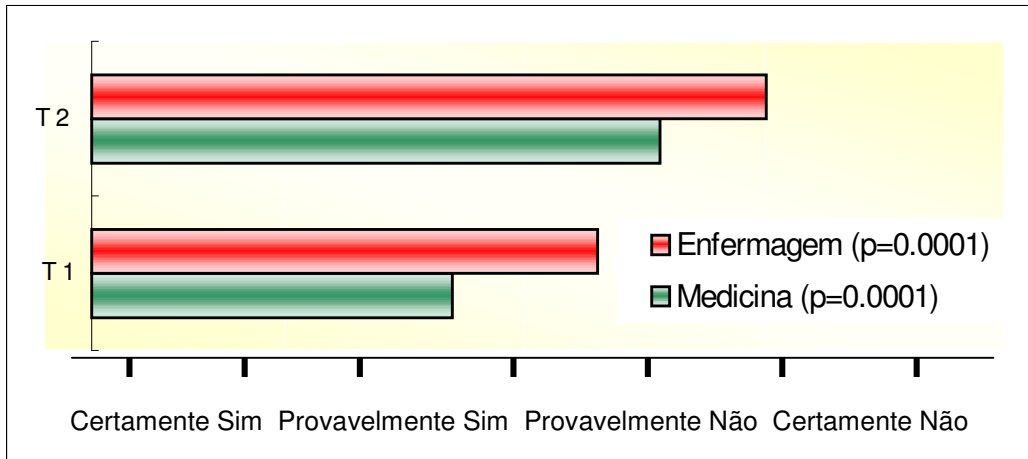


Figura 11 - Escore médio do consentimento, de um familiar, para um procedimento cirúrgico contra a vontade prévia do paciente.

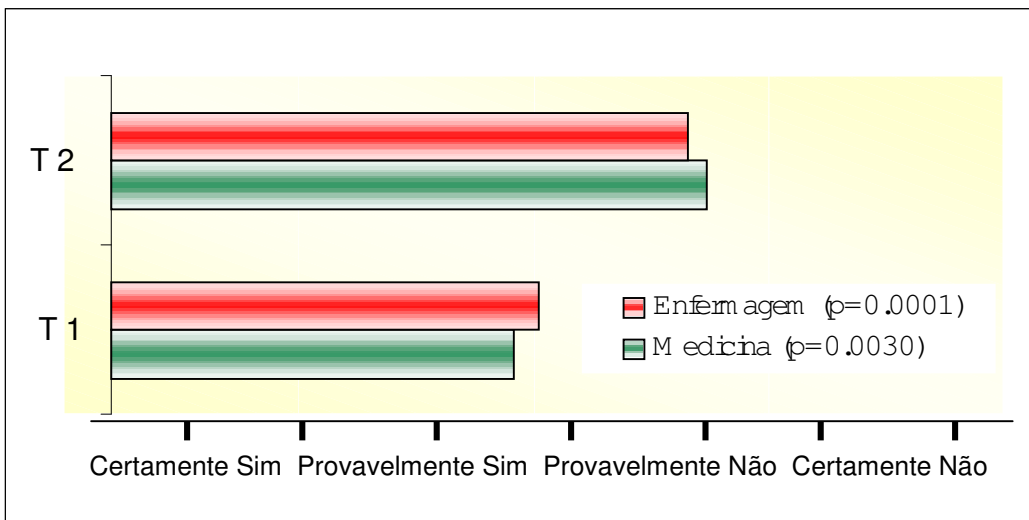


Figura 12 – Escore médio da manutenção da terapêutica fútil ou inútil em uma paciente cujos familiares negaram intervenção cirúrgica.

Caso 5: Paciente do sexo feminino com 52 anos. Internou para gastroplastia por obesidade mórbida. Evoluiu no pós-operatório com infecção de parede, fístula enterocutânea, escaras de decúbito, dependência de ventilação mecânica. Não houve resposta clínica ao tratamento com antibiótico e drenagem cirúrgica. Tentado sem êxito, durante a internação, desmame da ventilação mecânica. Faleceu no 49º dia de internação na UTI.

Foi questionado se, em vigência de piora do quadro clínico que não respondia à terapêutica instituída, deveria ter sido suspensa a medicação plena e, se novas opções terapêuticas, consideradas fúteis para o caso, deveriam ter sido recusadas. Os profissionais responderam negativamente no T1 e positivamente no T2 (Figura 13).

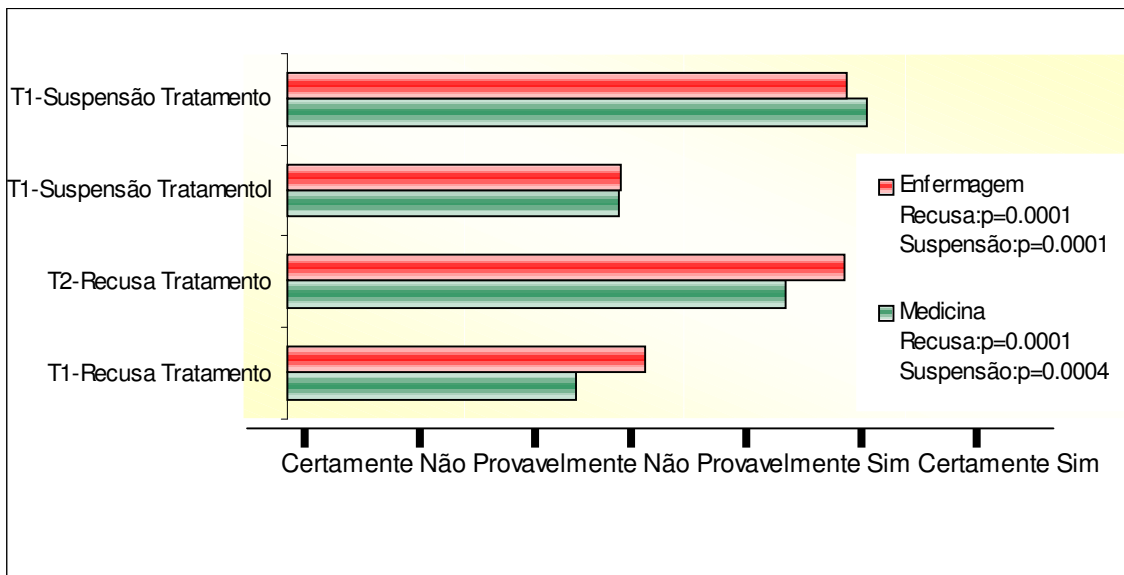


Figura 13 – Escore médio da tomada de decisão quanto à suspensão ou recusa de tratamento fútil ou inútil.

Quando foi perguntado sobre a necessidade da consulta prévia aos familiares de um paciente antes de que qualquer conduta terapêutica fosse tomada, ambos os grupos responderam afirmativamente no T1 com maior tendência a afirmação no T2.

Ao serem avaliadas as respostas do questionário que mostrou qual o comportamento do pesquisado diante do tema Morte e Morrer (Anexo 3) pode ser constatado que os profissionais da área de enfermagem sentiram-se mais angustiados após o debate do que os da área médica. Na ED a média da resposta dos médicos foi de 9,22 pontos com desvio padrão de 5,04 pontos e na dos profissionais de enfermagem foi de 7,37 pontos com desvio padrão de 3,95 pontos, sendo que o número mais baixo estava associado à maior angústia. Esse resultado foi estatisticamente significativo ($p=0.04$).

A tendência da opinião dos pesquisados foi a de considerar que o debate do tema Morte e Morrer deveria ser realizado com mais freqüência, principalmente no ambiente de trabalho. Houve também uma tendência à afirmação de que esse debate poderia alterar as convicções desses profissionais sobre a morte, e conseqüentemente sobre as suas atitudes diante de um paciente terminal. O grupo pesquisado considerou também que seria importante o diálogo com os seus familiares, com os seus pacientes e com os familiares dos mesmos sobre a morte e o morrer (Figura 14).

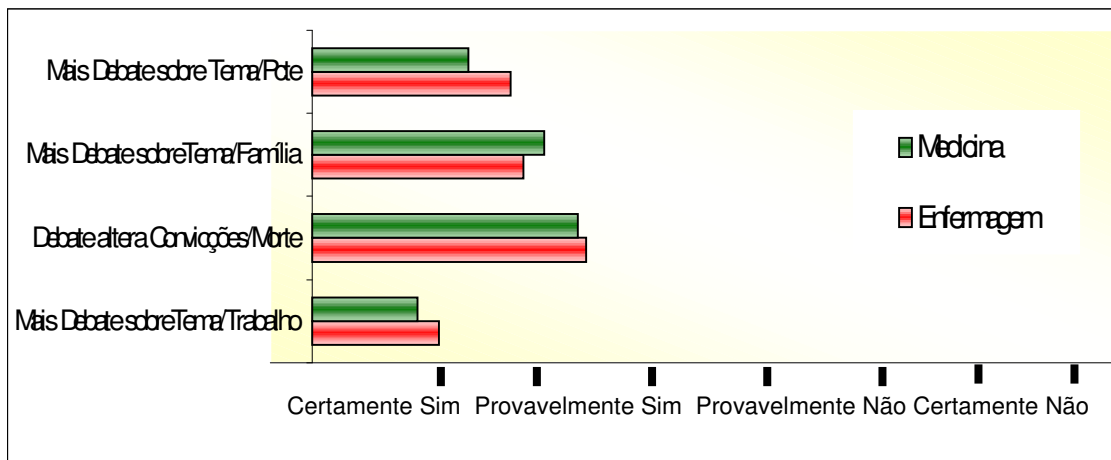


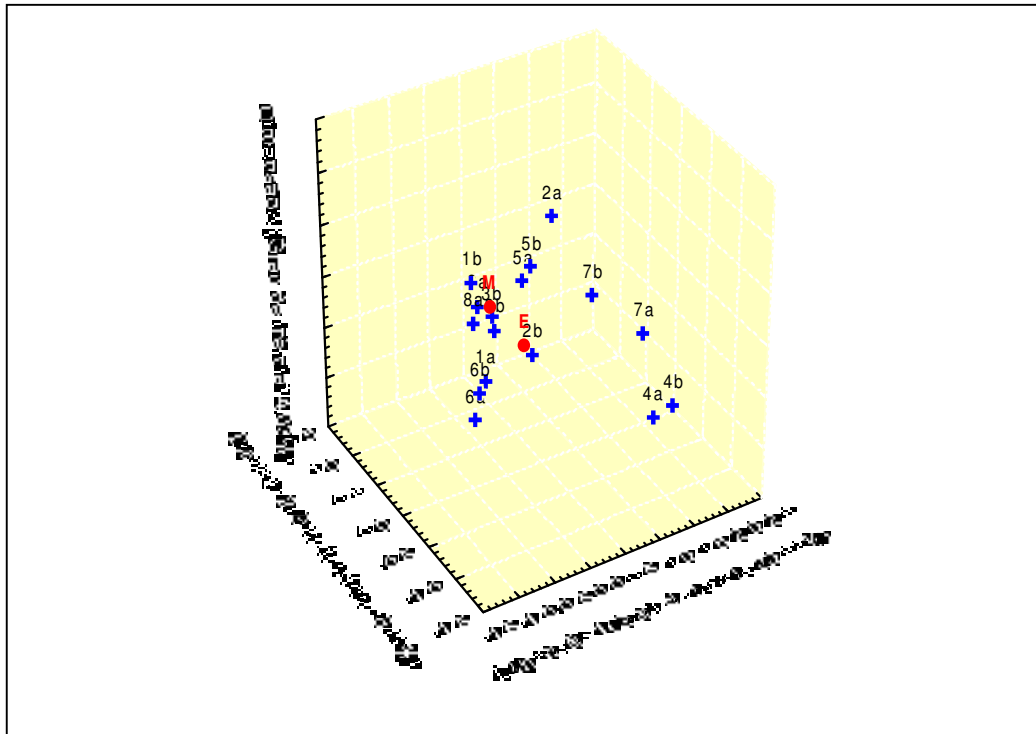
Figura 14 – Escore médio do comportamento dos pesquisados após o debate do tema Morte ou Morrer.

As análises estatísticas referentes às variáveis quantitativas podem ser verificadas nos anexos 7 e 8.

A avaliação da tendência qualitativa através da ACM foi utilizada para a análise das decisões de cunho pessoal e profissional. Foram consideradas decisões pessoais aquelas realizadas no próprio domicílio (Anexo1-perguntas1,2,3,4) e decisões profissionais as que envolviam as discussões dos cinco casos clínicos.

Nas Figuras 15a e 15b podem ser observadas as representações gráficas da ACM, no que abrange às decisões de cunho pessoal. O total de inércia obtido foi de 61%, podendo ser constatada uma tendência de divisão espacial entre os pontos. Essa tendência foi mais expressiva no T2 no que concerne, entre todos os pesquisados, ao

maior diálogo com os familiares sobre a Morte e o Morrer. Na área médica houve uma maior tendência ao respeito à vontade prévia de familiares, e na área de enfermagem à decisão de não ser reanimado na vigência de uma PCR pós- enfermidade.



Medicina = M(números ímpares)

Enfermagem = E(números pares)

a=primeiro tempo do estudo (T1)

b=segundo tempo do estudo (T2)

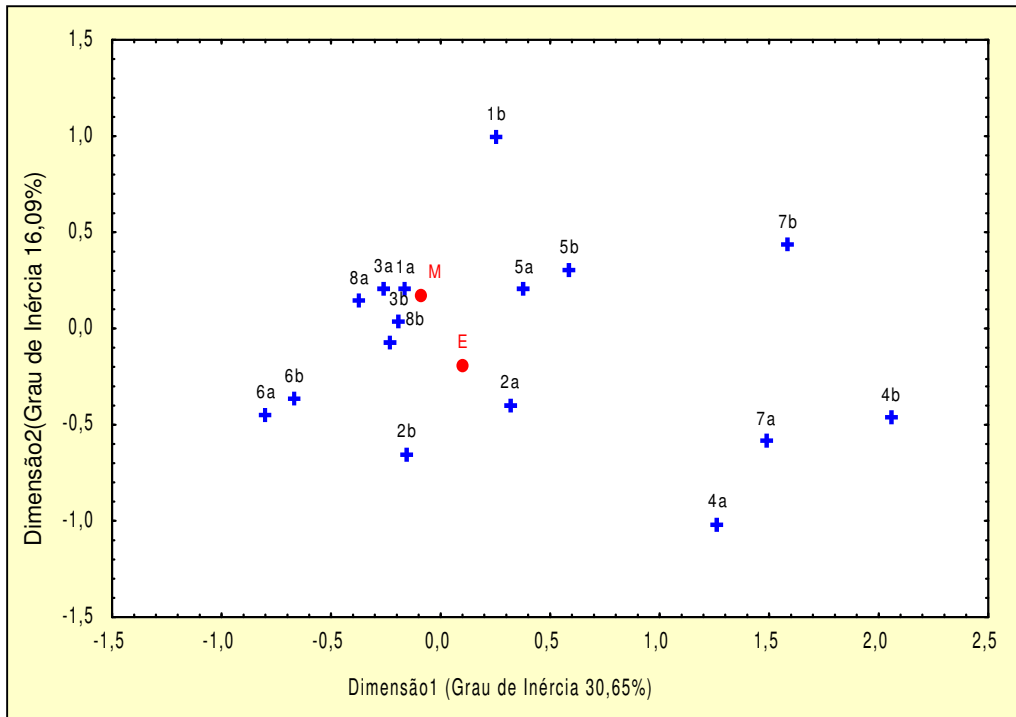
nº 1 e 2 = Conversa com os familiares sobre a morte/morrer

nº 3 e 4 = Desejo de ser reanimado, estando gravemente enfermo, aos 85 anos

nº 5 e 6 = Desejo de ser reanimado, estando saudável, aos 85 anos

nº 7 e 8 = Reanimação de um familiar idoso contra sua vontade prévia

Figura 15a– Tendência qualitativa, em um espaço tridimensional, das decisões de cunho pessoal.



Medicina = M(números ímpares)

Enfermagem = E(números pares)

a=primeiro tempo do estudo (T1)

b=segundo tempo do estudo (T2)

nº 1 e 2 = Conversa com os familiares sobre a morte/morrer

nº 3 e 4 = Desejo de ser reanimado, estando gravemente enfermo, aos 85 anos

nº 5 e 6 = Desejo de ser reanimado, estando saudável, aos 85 anos

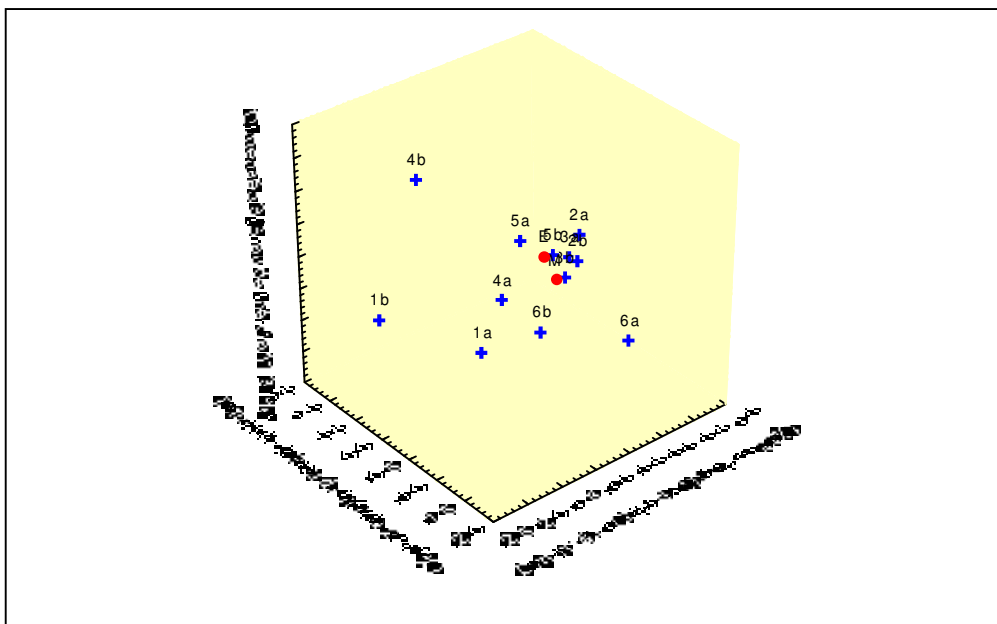
nº 7 e 8 = Reanimação de um familiar idoso contra sua vontade prévia

Figura 15b – Tendência qualitativa, em um detalhe do espaço bidimensional, das decisões de cunho pessoal.

Os casos clínicos foram subdivididos, de acordo com que tipo de decisão deveria ser tomado, para a avaliação de tendência qualitativa.

Nos casos 1 e 3 a decisão principal baseou-se na recusa de um tratamento (RCR) em pacientes sem perspectiva terapêutica para a sua doença de base. As representações gráficas da ACM mostram uma divisão espacial entre os pontos,

principalmente os representados pelos itens 1,4 e 6 (Figuras 16a e 16b), sendo encontrado um total de inércia de 68%. Pode ser constatada uma maior tendência dos profissionais de enfermagem debaterem mais com os familiares de pacientes moribundos a respeito do tratamento dos mesmos e aceitarem melhor a morte de um paciente de 63 anos, com doença terminal. Na área médica houve uma maior tendência à aceitação da morte de uma paciente jovem, sem possibilidades terapêuticas.



Medicina = M(números ímpares) Enfermagem = E(números pares)

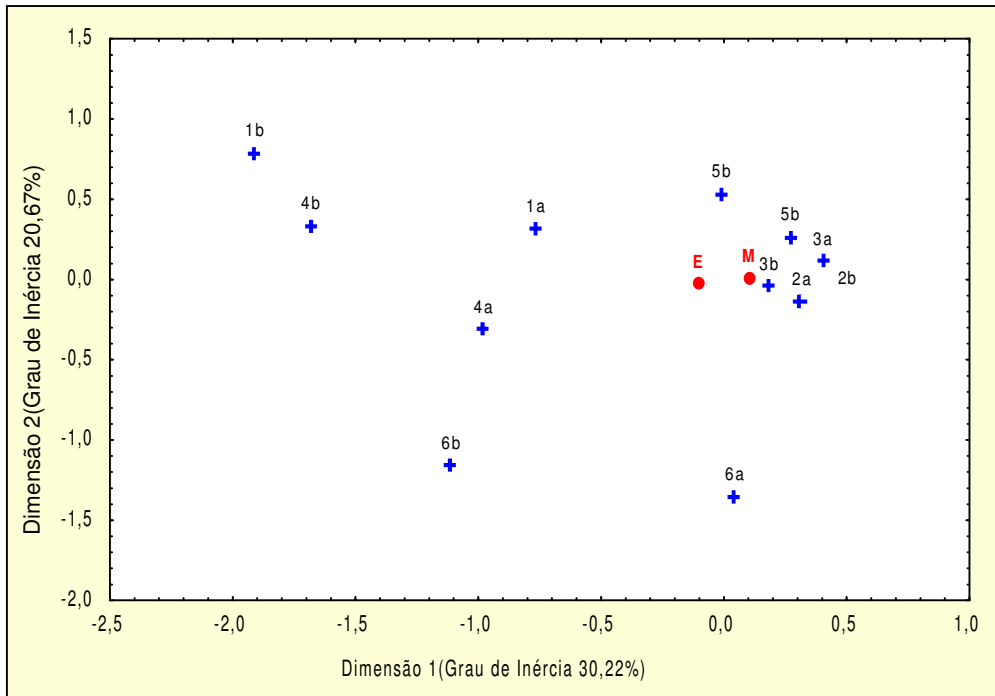
a=primeiro tempo do estudo (T1) b=segundo tempo do estudo (T2)

nº 1 e 2=Decisão de reanimar paciente, com 16 anos, e sem condições terapêuticas

nº 3 e 4 =Decisão de reanimar paciente, com 63 anos, e sem condições terapêuticas

nº 5 e 6 =Conversa com familiares antes da tomada de decisão

Figura 16a– Tendência qualitativa das decisões, em um espaço tridimensional, sobre a recusa de um tratamento (RCR) em pacientes sem perspectivas terapêuticas.



Medicina = M(números ímpares) Enfermagem = E(números pares)

a=primeiro tempo do estudo (T1) b=segundo tempo do estudo (T2)

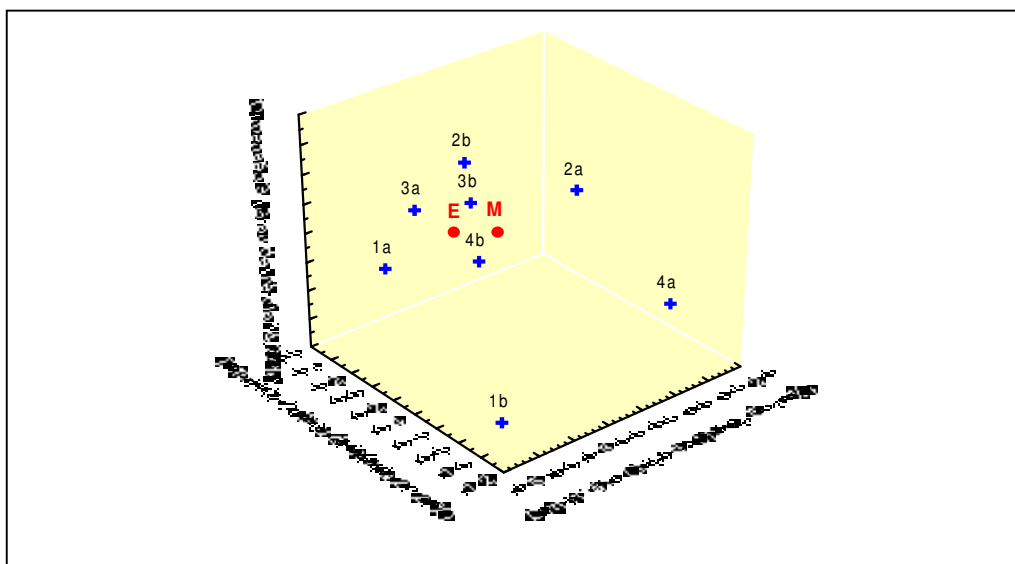
nº 1 e 2=Decisão de reanimar paciente, com 16 anos, e sem condições terapêuticas

nº 3 e 4=Decisão de reanimar paciente, com 63 anos, e sem condições terapêuticas

nº 5 e 6=Conversa com familiares antes da tomada de decisão

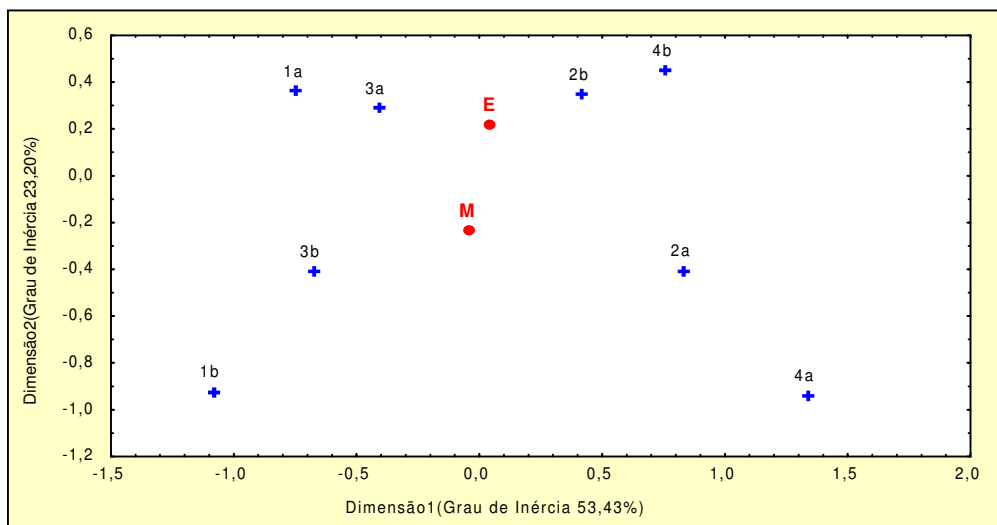
Figura 16b – Tendência qualitativa, em um detalhe do espaço bidimensional, das decisões sobre a recusa de um tratamento (RCR) em pacientes sem perspectivas terapêuticas.

Nas Figuras 17a e 17b podem ser observadas as representações gráficas da ACM que mostram uma clara divisão espacial entre os pontos que representam a decisão de iniciar RCR em um paciente, contra a sua prévia vontade (total de inércia= 91%). Esse fato mostra que os profissionais pesquisados constataram a importância de ser respeitada a vontade prévia dos pacientes.



Medicina = M(números ímpares) Enfermagem = E(números pares)
a=primeiro tempo do estudo (T1) b=segundo tempo do estudo (T2)
nº 1 e 2 = Decisão de reanimar um familiar, com 86 anos, contra sua vontade prévia
nº 3 e 4 = Decisão de reanimar um paciente, com 86 anos, contra sua vontade prévia

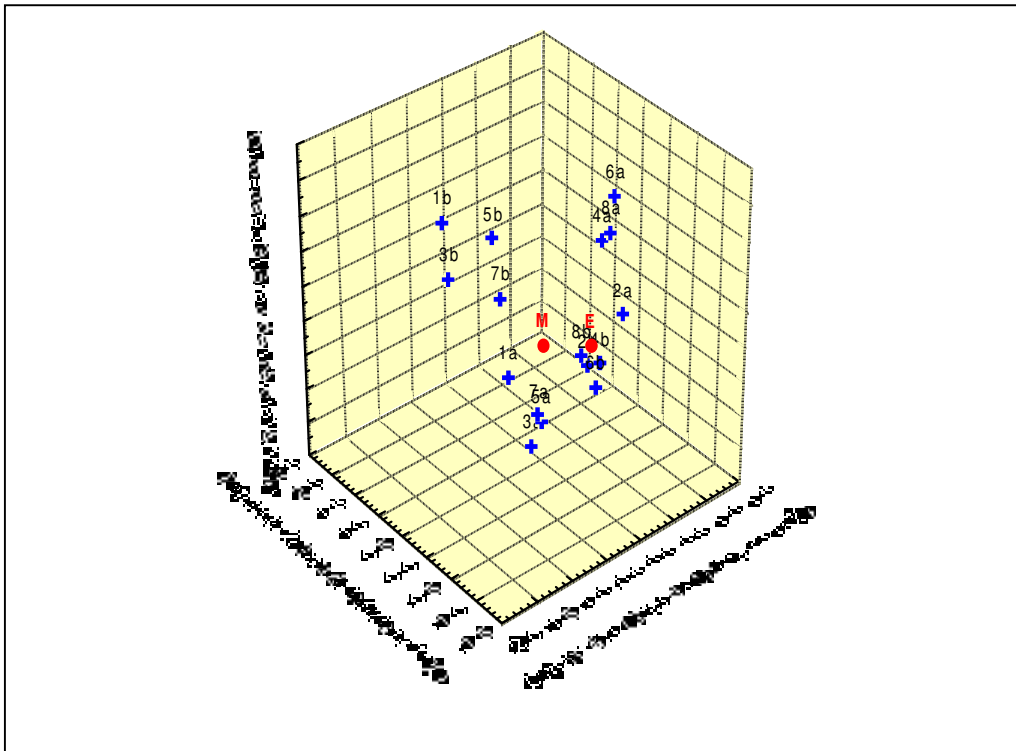
Figura 17a – Tendência qualitativa, em um espaço tridimensional, da decisão de aceitar a vontade prévia de um paciente.



Medicina = M(números ímpares) Enfermagem = E(números pares)
a=primeiro tempo do estudo (T1) b=segundo tempo do estudo (T2)
nº 1 e 2 = Decisão de reanimar um familiar, com 86 anos, contra sua vontade prévia
nº 3 e 4 = Decisão de reanimar um paciente, com 86 anos, contra sua vontade prévia

Figura 17b – Tendência qualitativa, em um detalhe do espaço bidimensional, da decisão de aceitar a vontade prévia de um paciente.

As decisões de suspensão ou recusa de tratamentos considerados fúteis ou inúteis foram analisadas nos casos 4 e 5, cujo total de inércia foi de 67%. Nessa análise foi observada uma divisão espacial mais clara entre os itens 1,3 e 7 (Figuras 18a e 18b), o que mostra uma tendência à mudança de opinião, no que concerne às decisões terapêuticas, mais forte na área médica.



Medicina = M(números ímpares) Enfermagem = E(números pares)

a=primeiro tempo do estudo (T1) b=segundo tempo do estudo (T2)

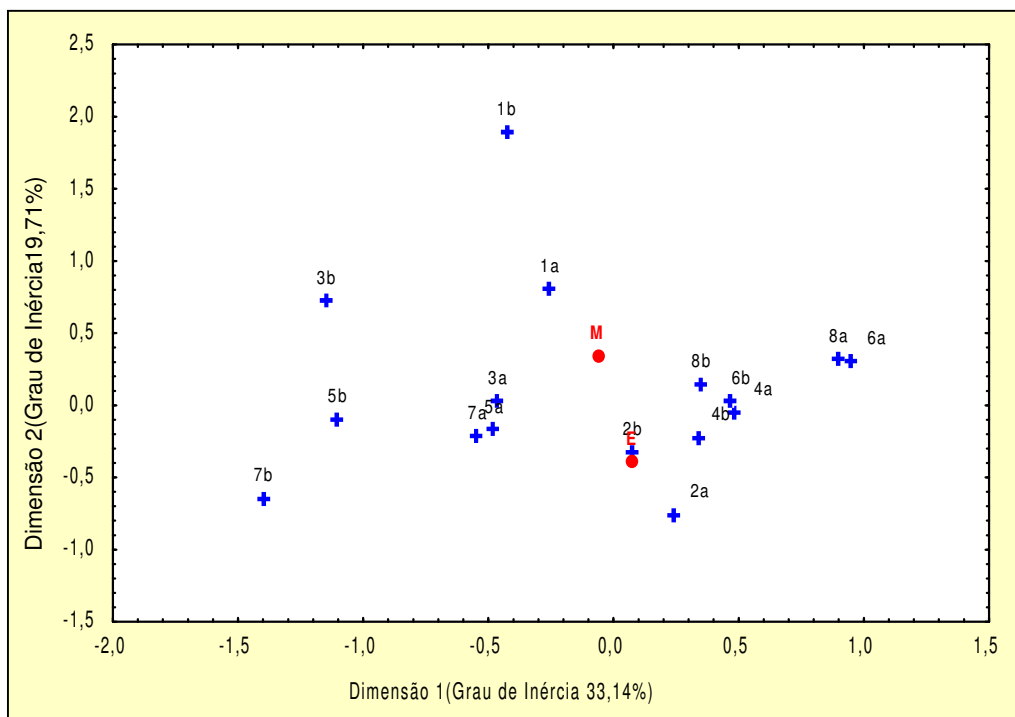
nº 1 e 2=Decisão de seguir a vontade prévia de um familiar

nº 3 e 4=Decisão de manter tratamento fútil/ inútil em paciente que optou por tratamento conservador

nº 5 e 6=Decisão de manter tratamento fútil/inútil em paciente sem condições terapêuticas

nº 7 e 8= Consulta aos familiares antes da tomada de decisão

Figura 18a– Tendência qualitativa, em um espaço tridimensional, das decisões de suspender ou recusar tratamentos considerados fúteis ou inúteis.



Medicina = M(números ímpares) Enfermagem = E(números pares)
a=primeiro tempo do estudo (T1) b=segundo tempo do estudo (T2)
nº 1 e 2=Decisão de seguir a vontade prévia de um familiar
nº 3 e 4 =Decisão de manter tratamento fútil/ inútil em paciente que optou por tratamento conservador
nº 5 e 6 =Decisão de manter tratamento fútil/inútil em paciente sem condições terapêuticas
nº 7 e 8= Consulta aos familiares antes da tomada de decisão

Figura 18b– Tendência qualitativa, em um detalhe do espaço bidimensional, das decisões de suspender ou recusar tratamentos considerados fúteis ou inúteis.

As análises estatísticas realizadas nesta pesquisa mostraram uma tendência dos pesquisados à mudança de opinião no que concerne à Morte e ao Morrer. Entretanto, tendo em vista que o total de inércia encontrado oscilou de 61 a 91% e, considerando que o valor mencionado como ideal para o total de inércia é $\geq 70\%$, esses resultados devem levar a uma conclusão cautelosa.

Pela complexidade do tema Morte e Morrer e pela dificuldade de abordá-lo somente de maneira quantitativa, considerou-se importante adicionar aos resultados desta pesquisa algumas observações efetuadas pelos seus participantes após o preenchimento dos questionários (T1).

Alguns membros da equipe de enfermagem relataram problemas de ordem pessoal, de comunicação entre a área médica e de enfermagem e de foro íntimo diante da recusa ou suspensão de medicamentos.

Uma técnica de enfermagem confessou o seu medo da morte e disse que preferia trocar o dia do seu trabalho do que cuidar de um paciente que viesse a falecer nas suas mãos.

Um participante ilustrou dizendo que muitas vezes o médico solicita que seja levado o material de recuperação para junto de um paciente sabidamente sem indicação para a RCR e que, segundo o médico, esse fato ocorre para facilitar a comunicação com os familiares do paciente moribundo. Outro funcionário corroborou com essa afirmação relatando que o médico geralmente não comunica à equipe de enfermagem e aos familiares dos pacientes sobre o real prognóstico dos mesmos.

Um outro profissional escreveu que “a angústia é de tomar a decisão de parar de investir ou não. Caso a decisão seja a de não investir fica a angústia do grupo que, mesmo com o paciente sedado, quando ele fica entre a vida e a morte, sofre junto com a sua família pois está cuidando do doente até o seu fim”. Quando questionado sobre o medo do julgamento dos pares e de processos ético-legais, esse indivíduo escreveu que “sim tenho medo do julgamento pois nunca saberei se é certo ou errado. O medo de

errar é um peso para ser carregado pelo resto da vida e que sempre surge a questão: estarei fazendo a coisa certa? Quanto aos problemas de comunicação entre a equipe de saúde, relatou que uma angústia é “Quando muda o médico plantonista e recoloca a medicação que havia sido retirada pelo seu colega, acho que isso ocorre por insegurança ou por medo de errar”.

Na área médica foi freqüente o relato do medo do erro médico e o desejo de que as tomadas de decisão fossem baseadas em critérios pré-definidos, o que é difícil quando são abordados os temas para a suspensão ou recusa de tratamentos.

Alguns profissionais referiram, durante o preenchimento dos questionários, que as decisões pessoais sobre a própria vida, no que concerne ao binômio vida-morte, são mais fáceis de serem tomadas do que aquelas que possam envolver a vida de outro ser humano.

Um médico com experiência em UTI relatou que, embora aceite a recusa ou suspensão de tratamentos e esteja acostumado a lidar com esse fato, quando necessitou tomar essas decisões para um ente querido da sua família sentiu-se angustiado e não as aceitou.

É importante ressaltar que os debates durante a realização deste trabalho foram bastante produtivos e enriquecedores tanto para a pesquisadora quanto para a maioria dos profissionais envolvidos. Muitos desses profissionais agradeceram por haver participado do mesmo e referiram que, a partir daquele momento, iriam conversar mais sobre o tema Morte e Morrer, tanto no lar quanto no trabalho.

6. DISCUSSÃO

O ser humano sente a morte como uma inimiga ou adversária e tenta, a todo custo, vencê-la. Nessa luta, tem conseguido, com os avanços tecnológicos do século XX, prolongar a vida com qualidade. Esse fato tem levado à mudança das suas atitudes em relação à morte ou ao morrer que sofreu consideráveis alterações nos últimos 50 anos. O desenvolvimento tecno-científico permitiu a cura de pacientes considerados anteriormente irrecuperáveis, entretanto, em muitos casos, permitiu também o prolongamento do morrer. O profissional da saúde, treinado para curar e salvar vidas, sente-se angustiado ao reconhecer que a sua profissão lhe obriga a conviver com a morte. Essa angústia torna-se ainda mais evidente nos ambientes de terapia intensiva onde salvam-se muitas vidas, mas também onde é rotineiro o retardo da morte. Surge então a necessidade do reconhecimento da futilidade ou inutilidade de certos tratamentos e da avaliação da recusa ou suspensão dos mesmos. Aceitando essa realidade os médicos estariam evitando a prática da distanásia.

A morte, considerada um tabu, é um tema pouco debatido na sociedade moderna. É interessante mencionar que, ao ser explicado aos indivíduos sorteados para participar deste trabalho, qual seria o tema debatido, muitos se mostravam angustiadíssimos diante da realidade que lhes seria imposta, alguns diziam se interessar pelo tema, outros referiam temê-lo e desses, poucos se recusaram a participar do estudo. Reações semelhantes são encontradas em estudos nacionais que mostram serem comuns, entre enfermeiras e estudantes de Enfermagem e de Medicina, os sentimentos de impotência,

tristeza, culpa ou raiva, diante da morte de pacientes (Perazzo 1990, Moritz e cols. 2001). Outro argumento utilizado como justificativa para a negação da participação neste estudo foi a falta de tempo. Esse fato sugere que a evasão ou negação são mecanismos de defesa diante do sentimento de impotência ou fracasso gerado pela constatação da finitude do ser humano (Grosseman 2001, Perazzo 1990). Kübler-Ross (1998) descreveu as reações da equipe multidisciplinar de um hospital norte-americano ao debater sobre a morte e o morrer e salientou que a maior experiência do profissional médico estava relacionada à sua menor adesão ao tema e que as enfermeiras foram as assistentes mais prestativas. É importante ressaltar que 93.4% dos profissionais que participaram deste trabalho completaram todas as suas etapas, o que corresponde a um bom índice de adesão. Esse fato pode ser decorrente da aceitação, por parte daqueles que participaram deste estudo, da importância do debate sobre a morte e o morrer e da constatação da prescrição de terapias fúteis e inúteis.

Quanto aos dados demográficos do grupo estudado pode-se constatar que o perfil dos profissionais da área médica foi semelhante ao dos da área de enfermagem, no que concerne à faixa etária, ao estado civil, à origem étnica, à opção religiosa e à experiência prévia com pacientes terminais. Foi observada uma diferença entre os grupos, no que concerne à distribuição pelo sexo, predominantemente feminino na área de enfermagem e da experiência prévia em UTI também predominante nessa área. A predominância do sexo feminino na área de enfermagem é um fato histórico e esperado no âmbito mundial. Quanto à experiência prévia em UTI é importante ressaltar que no Brasil, na área de enfermagem, é comum a rotatividade dos funcionários nos diversos

setores do hospital e que, principalmente na área técnica, a especialização não é freqüente. Já na área médica as especializações são, na atualidade, quase que um pré-requisito para o exercício profissional. Acrescenta-se a importância da promoção de um maior conhecimento dos profissionais da área da saúde sobre a realidade do tratamento nas UTIs atuais. Portanto pode ser considerado como positivo o fato de os profissionais médicos possuírem pouca experiência nesses setores.

Pode-se constatar que a maioria dos profissionais já havia participado de discussões sobre a recusa ou suspensão de tratamentos, estando mais envolvidos nessas discussões os médicos e enfermeiros. Foi assinalado pelos pesquisados que os principais integrantes dos grupos de debate deveriam ser os médicos seguidos dos enfermeiros, do paciente, de seus familiares e de outros membros da equipe de saúde, como os psicólogos. É importante salientar que a multidisciplinaridade é primordial para o adequado funcionamento dos serviços no século atual, e que os funcionários da área de enfermagem interagem diretamente com o tratamento dos pacientes. Entretanto, não deve ser esquecido que a decisão final e a responsabilidade legal do tratamento de um paciente são do médico. A responsabilidade da liderança diante da morte não pode ser delegada pelos médicos a outros membros da equipe de saúde, apesar de suas participações, informações e do seu apoio serem tão necessários quanto valiosos (Koch 1996).

É histórico o fato de o ser humano temer a sua finitude e evitar as discussões sobre esse tema. Na civilização ocidental ler, falar e ensinar sobre a morte e o morrer é um tabu. As crianças são afastadas dos rituais da morte, os

adultos fogem do assunto e conseqüentemente nas escolas primárias ou profissionalizantes nada se ensina sobre a morte e o morrer (Kubler Ross 1998, Hennezel e Leloup 1999). Roger Bone (1996), um renomado médico intensivista, professor da Universidade de Ohio, ao saber que sofria de uma doença neoplásica com metástases no pulmão e nos ossos, decidiu realizar uma revisão na literatura para avaliar o quanto se havia escrito sobre a morte e o morrer. Chegou à conclusão que os trabalhos mais significantes na história da literatura ocidental haviam tido um importante papel na influência das atitudes do mundo moderno, e que muito se publicou sobre amor, tragédia, sedução, adultério, depressão, brutalidade, hipocrisia, heroísmo, honra, etc.. Entretanto, raramente se deu ênfase ao entendimento da morte. McGovern e Barry (2000) realizaram, na Irlanda, um estudo transversal sobre o ensino, as atitudes e perspectivas de pais e professores no que concerne à abordagem do tema morte nas escolas para crianças de 5 a 12 anos de idade. Entrevistaram 119 pais e 142 professores e mostraram que os adultos, principalmente do sexo masculino, se sentem em desconforto ao falarem sobre a morte com as crianças. Encontraram poucas diferenças entre as atitudes de pais e professores, entretanto os professores eram mais propensos a acreditar que o ensino escolar poderia afastar a responsabilidade dos pais sobre a abordagem de um assunto tão importante na formação de uma criança.

Os profissionais que participaram deste trabalho referiram que pouco haviam conversado com os seus familiares sobre a morte e o morrer, fato que corrobora os

estudos citados anteriormente. Entretanto, ao serem alertados sobre a importância desse debate, nos 30 dias que separaram o primeiro do segundo tempo do estudo, declararam ter havido mais diálogo, entre os entrevistados e seus familiares, sobre o tema em questão. Esse aumento na comunicação ocorreu de maneira mais significativa na área de enfermagem ($p=0.0010$) do que na área médica ($p=0.0300$). Esse fato pode estar associado ao predomínio do sexo feminino na área de enfermagem, já que as mulheres apresentam uma maior tendência a debater, no lar, os problemas que lhes afligem no trabalho. Cabe ressaltar que estudos sobre a morte e o morrer com os profissionais da saúde mostram que as enfermeiras reconhecem os seus conflitos com mais facilidade do que os médicos, que o seu comportamento muda mais rápido e que essas profissionais participam mais dos debates sobre esse tema (Kübler-Hoss 1998).

Quando questionados sobre o desejo de ser ou não reanimado caso viessem a sofrer aos 85 anos uma PCR, os integrantes deste estudo mostraram uma tendência à aceitação da RCR se estivessem saudáveis e à não-aceitação se sofressem de uma patologia grave. É interessante ressaltar que esses indivíduos quando questionados sobre como desejariam morrer responderam preferir uma morte súbita (numa escala de 0 a 19 pontos onde 0 significava morte súbita a média das respostas foi de 1.16 pontos). Pode-se então questionar essa opção, pois se aos 85 anos sofrermos uma PCR e formos reanimados perdemos a chance de uma morte súbita. Pode-se inferir que o ser humano, na realidade, não aceita a morte, e provavelmente sempre a repelirá. Entretanto, embora um dos maiores desejos do homem seja a sua imortalidade, ele não pode vencer a morte, mesmo com todo o desenvolvimento tecnológico deste século.

Como um corolário, para que possam ser seguidas as opções de familiares ou pacientes sobre a morte e o morrer torna-se importante que sejam conhecidos os seus desejos sobre o tema e principalmente, sobre quais condutas desejariam que fossem tomadas diante da morte. Fried e cols. (2002) realizaram um trabalho visando o entendimento das preferências de pacientes gravemente enfermos quanto ao tratamento que lhes seria fornecido. Os autores administraram um questionário sobre a escolha de tratamentos para 226 indivíduos com mais de 60 anos ou que sofressem de alguma patologia incapacitante como, doença neoplásica, insuficiência cardíaca congestiva ou doença pulmonar obstrutiva crônica. Os entrevistados optaram diante de diferentes tipos de tratamentos e de prognósticos de vida futura. A intensidade da terapêutica no que concerne ao tempo de internação, à necessidade da realização de exames complementares e à prescrição de tratamentos invasivos, assim como à qualidade de vida no momento da alta hospitalar influenciaram na escolha do tipo de tratamento que esses pacientes desejariam receber. Noventa e oito por cento dos entrevistados desejaria receber um tratamento pouco invasivo que deixasse poucas seqüelas sendo que 11.2% não desejaria receber um tratamento invasivo. Somente 12% desejaria receber o tratamento caso viesse a sofrer de seqüelas graves.

É um paradoxo que a valorização da vida e a ilusão da eterna beleza e jovialidade, trazidas pela vida moderna, acabem gerando muito mais tristeza e sofrimento pelo fim inevitável da existência (Vomero 2002). Ressalta-se que o sucesso terapêutico de uma RCR é obtido em cerca de 40% dos casos e que, em 25% desses a

reanimação apenas prolonga o processo do morrer. Em pacientes com doença crônica o índice de sucesso da reanimação varia de 0 a 10.5% (Marco e cols. 1997, Hough 1996).

Ao comparar-se o primeiro (T1) com o segundo tempo (T2) deste estudo constatou-se que os profissionais de enfermagem decidiram, na segunda etapa, mais negativamente pela RCR. Esse fato pode ser explicado porque esses profissionais tinham mais experiência em UTI, e foi-lhes lembrado sobre pacientes que haviam passado por situações semelhantes. Quando foi abordado o dilema de iniciar ou não uma RCR em um familiar que tivesse manifestado previamente o desejo contrário a tal conduta, a maioria dos integrantes deste trabalho optou negativamente. Na área médica essa opção tornou-se mais fortemente negativa na segunda etapa ($p=0.0200$). Pode-se inferir que para os profissionais médicos, no T1, tenha prevalecido o sentimento da obrigação profissional e que, esse sentimento tenha sido sobrepujado no T2 pelo reconhecimento de que o ser humano tem o direito de tomar as decisões sobre a sua própria vida e de que os médicos não são os donos dessa vida (Azevêdo 1996).

Constatou-se neste trabalho que a discussão sobre o tema Morte e Morrer, embora tenha provocado um sentimento de angústia naqueles que dela participaram, provocou mudanças no seu comportamento, que podem ser qualificadas como mudanças nas decisões de cunho pessoal e nas de cunho profissional.

As decisões de cunho pessoal, tais como: o debate com familiares sobre o tema morte e morrer, a vontade pessoal de ser reanimado na vigência de uma PCR súbita e a decisão de reanimar um familiar contra a sua vontade declarada previamente, quando

estudadas através da ACM, mostraram que os profissionais apresentaram uma tendência a mudar de opinião. O medo da morte é um sentimento inerente ao processo de desenvolvimento do ser humano. Aparece na infância a partir das primeiras experiências de medo do desconhecido e soma-se ao medo do sofrimento e da própria extinção. Entretanto, deve ser aceita a inevitabilidade da morte que deve ser encarada de frente e compreendida como um fato esperado e não como um privilégio ou desgraça particular de alguém. Refletir sobre a morte pode torná-la mais familiar e, portanto, menos ameaçadora. Compartilhar os sentimentos do morrer torna-os mais suportáveis (Vomero 2002).

Quanto às decisões de âmbito profissional, avaliadas através dos casos clínicos apresentados pela autora, pode-se constatar diferentes aspectos.

Nos casos 1 e 3 foram relatadas as histórias de pacientes, um com 16 e outro com 63 anos, que sofriam de patologias sem perspectiva terapêutica. Foi discutido principalmente o fato do reconhecimento da irreversibilidade de algumas doenças tanto em pacientes jovens quanto naqueles com idade mais avançada e a recusa da RCR nesses doentes. A ACM mostrou uma tendência à aceitação da recusa da RCR tendo como suporte um total de inércia de 68%. Resultados semelhantes foram encontrados por Mellport e Nistun (1997). Esses autores entrevistaram 148 médicos e enfermeiros e constataram que 50% dos profissionais, embora tivessem sido elucidados de que não havia diferenças éticas quanto às condutas de recusa ou suspensão, considerava mais fácil a decisão de recusar do que a de suspender tratamentos. Neste trabalho, um dos fatos que pode haver influenciado na decisão da recusa da RCR foi o conhecimento do

sofrimento ao qual foram submetidos os pacientes e da angústia que abalou a equipe de saúde. Embora seja reconhecida a dificuldade dos profissionais da saúde, principalmente dos médicos, de aceitarem a terminalidade das doenças e a inutilidade de certos tratamentos, é essencial que esses profissionais aceitem a morte do paciente terminal sob seus cuidados. É conhecido o fato de muitos médicos submeterem seus pacientes criticamente doentes a tratamentos mais extensivos do que eles próprios escolheriam para si, sendo esses tratamentos dirigidos mais pela tecnologia do que pela preferência dos pacientes (Kipper 2001). O medo que esse profissional enfrenta diante do julgamento dos seus pares, do reconhecimento da morte e do sentimento de fracasso é a explicação para tal procedimento. Vinte e cinco por cento dos médicos e estudantes de medicina sentem que a suspensão de tratamento pode ser definida como eutanásia (Koch 1996). É importante lembrar que eutanásia significa abreviar um sofrimento por intermédio de uma morte induzida e que a ortotanásia se refere ao alívio do sofrimento e conseqüentemente ao não prolongamento do morrer. Portanto, a suspensão de um tratamento considerado fútil deve ser encarada como ortotanásia e não como eutanásia (Caldana e Martins 1996, Pessini 1996, Kovács 1998). O médico deve lembrar que o Código de Ética Médica, embora enfatize o absoluto respeito pela vida humana, refere em seu artigo 60, ser vedado ao médico “complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos”. Ressalta-se que as atitudes médicas são julgadas pela sua intenção e não pelo seu efeito (Santos 1996, Luce e Alpers 2000, Grisard 2000, Pardo 2001, Gogliano 2001).

Palisier e cols. (2002), em um estudo retrospectivo com o intuito de determinar se a recusa ou suspensão do tratamento é mais freqüente em pacientes com mais de 65 anos, mostraram que embora os pacientes mais idosos apresentassem uma maior associação de comorbidades e os mais jovens sofressem de trauma grave, as decisões de suspensão ou retirada de tratamento foram semelhantes nos dois grupos. Neste estudo, a análise quantitativa mostrou que os profissionais de enfermagem tiveram maior aceitação da morte do paciente idoso, vítima de uma doença clínica do que da morte da jovem de 16 anos, vítima de complicações cirúrgicas. A morte de jovens e de crianças é mais dificilmente aceita pela sociedade. Mais especificamente para a mulher, a morte de uma criança faz-lhe pensar na perda de um filho, que lhe é algo inconcebível. Os profissionais da área médica aceitaram melhor a morte da paciente jovem que faleceu após complicações de um ato cirúrgico. Pode-se sugerir que esse fato deveu-se à participação dos cirurgiões que conheciam o caso e sabiam da sua irreversibilidade.

No caso clínico número 2 o principal fato discutido foi o direito do homem de decidir pelo término da sua vida bem como o dever dos seus familiares e dos profissionais envolvidos com o seu tratamento de respeitarem essa vontade. Nesse caso o estudo de tendência mostrou um total de inércia de 91%, podendo-se afirmar que o ser humano respeita a vontade do próximo. A sociedade atual pesa a autonomia pessoal e o direito de decidir o curso da sua própria existência mais do que pesa a justiça distributiva e a necessidade dos outros. É imperativo que seja respeitada a autonomia do paciente (Koch 1996). Entretanto, para que haja o conhecimento da vontade prévia de nossos familiares e pacientes é essencial que o tema morte seja amplamente debatido na

sociedade, e que esse tema pare de ser tratado como um tabu. Refletir sobre a morte pode torná-la mais familiar e, portanto, menos ameaçadora (Vomero 2002).

Nos casos 4 e 5, os aspectos debatidos foram o reconhecimento do tratamento fútil ou inútil e o direito do médico de suspender ou recusar esse tipo de tratamento. Nesse caso foi também discutida a importância do diálogo com a família e da aceitação da vontade prévia dos pacientes, antes da tomada de decisão sobre a recusa ou suspensão de tratamentos.

Nos últimos 25 anos a futilidade de alguns tratamentos e a recusa ou suspensão dos mesmos têm sido amplamente debatidas na literatura médica tanto do ponto de vista ético-legal quanto técnico. A partir de 1990 tentou-se estabelecer critérios para a definição do tratamento fútil ou inútil. Inútil seria o tratamento que não atingiria as metas terapêuticas e fútil seria aquele que, embora atingisse as metas terapêuticas, não influenciaria na evolução do quadro clínico do paciente. Entretanto, o conceito de futilidade é difícil de ser aplicado na prática, já que dados probabilísticos de tratamento não podem ser considerados em decisões individuais (Schneiderman e cols. 1990, American Heart Association 2000). A tendência atual é a de que para as decisões sobre vida-morte o paciente seja analisado individualmente, que a sua autonomia seja preservada, que deva haver debate sobre o fato entre a equipe multidisciplinar, o paciente e seus familiares e que o médico não seja obrigado a prescrever um tratamento considerado fútil ou inútil (Society of Critical Care Medicine 1990). Membros da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, durante o I Fórum Nacional de Formação do Intensivista (Dias e cols. 2001) concluíram que, diante de decisões de recusar ou

suspender um tratamento fútil ou inútil, esse processo deva ser conduzido com dignidade pela equipe multidisciplinar, com respeito à autonomia do paciente e com o conhecimento e aceitação de seus familiares. Foi também definido que a distanásia deve ser evitada e que a analgesia e sedação devem ser priorizadas visando o menor sofrimento do paciente.

Como foi descrito na Revisão Bibliográfica deste estudo, a melhor tecnologia disponível nas UTIs atuais levou, em muitas situações, a um prolongamento do morrer e conseqüentemente a um maior sofrimento dos pacientes internados nesses setores, dos seus familiares e da equipe de saúde que cuida diariamente desses enfermos. É um fato mundialmente constatado que a maioria das mortes nas UTIs ocorre após a recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis.

Trabalhos brasileiros mostram o comportamento do médico intensivista diante da decisão de recusar ou suspender um tratamento. Um estudo de âmbito nacional que aplicou um questionário anônimo aos médicos intensivistas que participavam do IX Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva constatou que a maioria dos profissionais (94%) já havia participado de discussões sobre a recusa ou suspensão de um tratamento. Essas decisões foram mais freqüentemente tomadas por profissionais com mais idade. Os sedativos e analgésicos foram as medicações menos comumente recusadas ou suspensas, e os métodos dialíticos constituíram a terapêutica mais comumente recusada ou suspensa. Diante da negativa de admissão de um paciente na UTI, os fatores levados em consideração com maior freqüência foram o diagnóstico e o prognóstico da enfermidade. Os pacientes sem chances de recuperação foram

internados na UTI quando foi considerado que o tratamento fornecido nessa unidade poderia aliviar o seu sofrimento, propiciando-lhe uma morte digna (Moritz e cols. 2001). Outro estudo regional avaliou os dados de 155 prontuários de pacientes que foram a óbito na UTI do HU da UFSC no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2001. Os autores constataram que das 155 mortes que ocorreram nesse período, em 50 pacientes (32%) a morte foi precedida da recusa ou suspensão de tratamento. Quando comparados aos enfermos cuja medicação plena foi mantida até o óbito, esses pacientes apresentavam mais idade, maior tempo de internação na UTI e maior associação de comorbidades. As terapêuticas mais freqüentemente suspensas ou retiradas foram as drogas vasoativas (82%) e os antibióticos (48%), sendo a futilidade o motivo da tomada dessa decisão em 100% dos casos (Pamplona e Moritz 2002). Pode-se constatar que no Brasil e também em Florianópolis, a recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis é comum nas UTIs, o que indica a importância da comunicação entre aqueles que trabalham nessas unidades e os demais profissionais envolvidos no tratamento dos pacientes no âmbito hospitalar, já que esses profissionais geralmente não estão familiarizados com esse fato.

Quando os profissionais que participaram deste trabalho, ao discutirem a evolução das pacientes descritas nos casos clínicos 4 e 5, tomaram conhecimento da futilidade ou da inutilidade de certos tratamentos optaram no T2 pela recusa ou suspensão dos mesmos. A análise ACM mostrou um total de inércia de 67%, que permite inferir haver ocorrido uma mudança de intenção daqueles que participaram deste estudo.

É importante ser mencionado que o maior receio dos profissionais que tomam as decisões da suspensão ou recusa de tratamentos é o julgamento dos seus pares e da sociedade e também o temor de processos ético-legais. Fried e cols. (1993) realizaram um estudo abordando os limites da autonomia do paciente e mostraram as atitudes de 256 médicos no que refere às suas decisões terapêuticas diante de pacientes terminais. Embora esses profissionais considerassem a autonomia do paciente como o fato mais relevante diante da tomada de decisão, os aspectos ético-legais e o medo de “matar o paciente” eram os fatores que mais contribuía nas decisões sobre a terminalidade do paciente. Corroboram esses achados o depoimento dos profissionais de enfermagem que participaram deste estudo e descreveram atitudes inseguras dos médicos diante da terminalidade de seus pacientes. Foi citado o fato de alguns profissionais “fingirem que iriam recuperar um paciente que apresentasse PCR junto aos seus familiares” ou “recolocarem medicações suspensas por insegurança”. Por medo, insegurança ou por obstinação terapêutica esses profissionais estariam promovendo distanásia em seus pacientes esquecendo que o objetivo da Medicina é a preservação e restauração da saúde, devendo a morte ser esperada como um último estado evolutivo desse esforço, implícito e inerente desde o seu começo (Pessini 1996). Um estudo realizado nos EUA avaliou o comportamento de 906 enfermeiras diante de decisões da suspensão ou recusa de tratamentos. Constatou que 99% dessas profissionais concordava com esse tipo de conduta, apesar de 34% delas afirmarem que algumas vezes agiam contra a sua consciência (Puntillo e cols. 2001).

A tendência da opinião dos participantes deste trabalho foi a de considerar que o debate do tema Morte e Morrer deveria ser realizado com mais frequência, principalmente no ambiente de trabalho, e que esse debate poderia alterar as suas convicções sobre a morte, e conseqüentemente sobre as suas atitudes diante de um paciente terminal. Esses resultados podem ser decorrentes do fato de esses profissionais haverem constatado que a falta de comunicação durante o tratamento de um paciente terminal tanto entre os da equipe que o assiste quanto entre esses profissionais, o paciente e seus familiares gera angústias, e essas, sim, podem levar a processos ético-legais; que a busca da decisão compartilhada e da mutualidade é a base da relação médico-paciente; que o direito à verdade e à informação são os requisitos indispensáveis para a licitude do ato médico (Gogliano 2001). Estudos internacionais corroboram com o pensamento daqueles que participaram deste estudo apontando a importância da comunicação entre os profissionais da saúde, seus pacientes e os familiares dos mesmos (Asch 1996, Hanson e cols. 1997, Curtis e cols. 2000b, Nelson e Danis 2000).

Entretanto, a melhor comunicação não pode ser considerada como o único fator que poderá solucionar problemas tão amplos quanto os relacionados à morte. Um estudo visando um melhor tratamento hospitalar de pacientes gravemente enfermos, avaliou 9.105 pacientes hospitalizados que sofriam uma ou mais patologias graves com prognóstico reservado. O estudo abrangeu 3 fases. Na primeira fase 4.301 pacientes foram entrevistados por enfermeiras treinadas quanto aos seus desejos sobre o tratamento que lhes seria prescrito. Foi observado que somente 47% dos médicos

tinham conhecimento sobre a vontade dos seus pacientes, que 38% dos pacientes que morreram tiveram no mínimo 10 dias de internação na UTI e que 50% dos pacientes que estavam conscientes, ao morrerem, haviam se queixado de dor aos seus familiares. Durante a segunda fase do estudo, foram avaliados dois grupos de pacientes. Um grupo controle (n=2152) e outro que sofreu intervenção (n=2.652) por parte dos profissionais de enfermagem, que buscavam uma melhor comunicação e um maior conhecimento dos desejos dos pacientes e de seus familiares. Os autores mostraram que as decisões terapêuticas foram semelhantes nos dois grupos e portanto, o melhor conhecimento sobre a vontade dos pacientes não alterou a conduta dos médicos (Support investigators 1995). Esse fato mostra quão complexos são os sentimentos relacionados à morte e o quanto os médicos sofrem diante das decisões que podem levar ao final da vida.

Embora a deficiência da comunicação não possa ser definida como o único fator de conflito entre os profissionais da área da saúde, os pacientes terminais internados em UTI e/ou seus familiares, indiscutivelmente a falta da comunicação é um dos principais fatores negativos no que concerne ao atendimento desses pacientes (Asch 1996, Hanson e cols. 1997, Nelson e Danis 2000). Tilden e cols. (1995), ao entrevistarem 32 famílias de pacientes que faleceram em UTI após a suspensão do tratamento, relataram que os familiares consideram que os médicos e enfermeiros devem ajudá-los propiciando a comunicação, delimitando qual o papel da família diante das decisões polêmicas, facilitando o consenso familiar e consolando a sua dor. Acrescentaram que o conhecimento dos profissionais da UTI sobre as necessidades dos familiares de um paciente grave poderá ajudá-los em decisões que diminuam suas próprias angústias.

Entretanto, a atitude dos médicos depende da sua cultura e do seu treinamento profissional. O estudo de Sprung e cols. (2000) que avaliou se os médicos comunicavam ou não aos pacientes ou seus familiares suas decisões de recusar ou suspender um tratamento corrobora essa afirmação. Por um período de oito meses e meio esses autores constataram que 86% dos óbitos na UTI ocorreram após a recusa ou a suspensão de um tratamento, e que somente em 48% dos casos essa decisão foi discutida com os familiares dos pacientes envolvidos. Naqueles pacientes cuja decisão não foi debatida com os seus familiares, tal fato ocorreu por decisão exclusivamente médica (57.9%), por suspeita da não-compreensão da família (21%) ou por falta de disponibilidade dos familiares (21%). Os autores constataram que os médicos treinados nos EUA comunicaram, aos familiares dos pacientes, a sua decisão de recusar ou suspender um tratamento em 93% dos casos, enquanto esse índice foi de 22% para os médicos treinados na Europa.

Abbott e cols. (2001) realizaram um estudo de coorte, prospectivo, que avaliou a experiência de 48 familiares de pacientes que haviam falecido na UTI após a recusa ou a suspensão de tratamentos. A maioria daqueles que responderam ao questionário (62%) foi vítima de conflitos íntimos durante as decisões que definiriam a suspensão de um tratamento. Também ocorriam conflitos entre eles e os médicos da UTI que eram relacionados a problemas de comunicação ou à percepção de negligência ou desprezo dos médicos, durante as discussões sobre as orientações terapêuticas a serem tomadas. Breen e cols. (2001) publicaram um trabalho que tinha como objetivo determinar a incidência e a natureza dos conflitos interpessoais quando eram tomadas

decisões que limitassem a vida de pacientes internados em UTI. Foram avaliados 406 médicos e enfermeiros envolvidos no tratamento de 102 pacientes, dos quais a terapêutica foi suspensa ou recusada. Houve conflito, de pelo menos uma decisão, em 78% dos casos. Esses conflitos ocorreram principalmente entre os componentes do estafe ou entre esses e os familiares dos pacientes envolvidos (48%). Em 63% os conflitos ocorreram quando foram debatidas decisões que pudessem limitar a vida, em 45% quando houve falha na comunicação ou deficiência do controle da dor dos pacientes e em 19% esses conflitos foram originados por problemas sociais. Neste trabalho, a autora enfatizou, durante as discussões dos casos, a importância de ser comunicada a verdade aos pacientes e seus familiares. É importante ser lembrado que, nos ambientes de UTI o paciente, por ser vítima de uma intercorrência aguda que lhe ameaça a vida e por estar fragilizado tanto do ponto de vista emocional quanto físico, geralmente não é capaz de participar das decisões sobre o tratamento que lhe é prescrito, entretanto a comunicação com os seus familiares não pode ser deixada em segundo plano. Nessas discussões a pesquisadora relatou o fato de que todos os familiares dos pacientes envolvidos no debate souberam e concordaram com as decisões de recusa ou suspensão de tratamentos. O trabalho de Jacob (1998) avaliou a conduta de 17 familiares de pacientes cuja terapêutica deveria ser suspensa ou recusada e concluiu que esses indivíduos se sentiam capazes para tomar as decisões sobre essa conduta terapêutica, e que a aceitação da mesma estava diretamente ligada à interação entre os médicos, enfermeiros e familiares. Num estudo semelhante, Abbott e cols. (2001) ao entrevistarem 48 familiares de pacientes cuja terapêutica havia sido

suspensa ou recusada, constataram que os conflitos quanto à comunicação, principalmente com os médicos plantonistas, foram a maior barreira para a aceitação das condutas propostas. Calam e cols. (2000) também referiram como uma das principais barreiras na relação médico-paciente diante da morte o medo que os indivíduos têm de abordar esse assunto e o desconforto causado pelo tema.

Ressalta-se que, para haver esse tipo de comunicação, é de primordial importância que o ser humano reconheça a morte como uma etapa da sua existência e que com ela deve aprender a conviver. O homem deve aceitar a inevitabilidade da morte e aprender a encará-la sem medo. Para tal, torna-se necessário que esse tema passe a ser debatido no lar, nas escolas e nas universidades, que as crianças possam voltar a participar dos rituais da última despedida e que os doentes possam morrer junto dos seus familiares e amigos. Aprender a aceitar e conviver com a morte e o morrer torna-se essencial na formação dos profissionais da saúde.

Nos últimos anos tem sido enfatizado que o ensino sobre a morte e o morrer deve constar dos currículos de cursos da área da saúde. Billings e Block (1997) realizaram uma revisão da literatura sobre cuidados paliativos e educação médica para o final da vida. Foram encontradas 9.000 citações desde 1980 até 1995 sendo 310 artigos dedicados ao ensino sobre o tema em questão. Os autores concluíram que o ensino formal sobre o atendimento no final da vida é inadequado. Em 1998, Weisseman e cols. avaliaram o treinamento de médicos para o atendimento de pacientes terminais. Foram estudados 31 estudantes, residentes e profissionais da área médica que mostraram desconforto durante as discussões sobre os problemas ético-legais relativos à

suspensão de tratamentos e ao controle da dor de pacientes terminais. Os estudantes sugeriram que esses tópicos deveriam constar do processo educacional. Hayes e cols. (1999) mostraram que o treinamento, durante o final do curso médico, sobre problemas éticos envolvendo as decisões sobre o tratamento do paciente terminal é válido e deve ser enfatizado. No mesmo ano foi publicado o resultado de uma conferência de consenso sobre a educação médica para esse tipo de tratamento que indicou que deverem ser considerados, durante o ensino médico sobre a morte, 4 aspectos primordiais: 1. Psicológicos, sociológicos culturais e espirituais, 2. Habilidade de comunicação, 3. Valores Éticos, 4. Auto-conhecimento e auto-reflexões (Barnard e cols. 1999).

No ano de 2000, Fins e Nilson, descreveram a sua experiência sobre um programa de educação médica. Esse programa foi bem aceito por aqueles que dele participaram e foi orientado para o treinamento de residentes através de discussões que abordavam temas sobre o médico diante da morte e os valores éticos, culturais e religiosos que abrangem o final da vida, o tratamento paliativo e o controle da dor. Cada vez mais se tem a certeza da importância do ensino e do tratamento multidisciplinar de pacientes terminais (Casarett e Siegler 1999, Hojat e cols 2000, MacLeod 2001, Magnani e cols. 2002), não podendo ser esquecido que o paciente, mesmo sendo vítima de uma doença aguda, pode não responder à terapêutica instituída e que, na inexistência de novas opções terapêuticas para a doença de base, também deve ser considerado como paciente terminal. Levy (2001) comentou que o treinamento formal sobre o fim da vida não consta dos programas de pós-graduação, e constatou que os

pacientes e seus familiares não se sentem satisfeitos com o tratamento dos pacientes terminais nas UTIs, que o controle da dor desses pacientes é inadequado, que o diálogo é o fator mais importante no que concerne à qualidade do atendimento, e que é necessário que sejam inseridos programas de treinamento formal sobre o tratamento do paciente terminal.

Mularski e cols. (2001) reconhecendo a importância do ensino multidisciplinar sobre a morte e o morrer, descreveram os tópicos para a elaboração de um modelo ideal para o atendimento de pacientes terminais na UTI. Definiram que as metas do tratamento desses indivíduos devem ser guiadas pela disponibilidade tecnológica e que as decisões devem ser baseadas nas necessidades individuais dos mesmos. Ressaltaram que os profissionais no final de sua graduação médica devem: 1. Conhecer as limitações dos sistemas prognósticos e como utilizá-los, como lidar com os princípios éticos e com as diferenças culturais dos familiares dos pacientes, como encaminhar as decisões de recusa ou suspensão de tratamentos e como reconhecer e tratar a dor e o desconforto dos pacientes; 2. Aprender que as preferências individuais e as diferenças étnicas e religiosas dos pacientes devem ser respeitadas, que os familiares devem participar das decisões e que os profissionais devem considerar os seus próprios conceitos sobre a terminalidade da vida; 3. Ter habilidade de comunicação com toda a equipe de saúde, com os pacientes e seus familiares, perder o medo de falar sobre a morte, ajudar os familiares a suportar as suas perdas, tomar as decisões diante de incertezas e trabalhar em colaboração com a equipe multidisciplinar.

Apesar do reconhecimento mundial da importância do ensino da tanatologia, esse fato ainda tem sido considerado secundário. O estudo de Weisseman e Block (2002) corrobora essa afirmação. Esses autores revisaram 46 programas de pós-graduação que envolviam o tratamento de pacientes gravemente enfermos ou terminais. Os autores concluíram que é precário o ensino sobre a conduta a ser tomada em pacientes terminais e que esse fato pode explicar os problemas enfrentados pelos profissionais nessa área.

Neste estudo pode-se constatar que a discussão e o melhor conhecimento sobre o tratamento de pacientes terminais nas UTIs, principalmente sobre a recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis, pode levar os profissionais da saúde a aceitarem a terminalidade desses pacientes e, conseqüentemente, a uma menor incidência da prática da distanásia. Como um corolário, haverá menor sofrimento diante da morte e do morrer por parte dos profissionais da saúde, dos pacientes e dos seus familiares.

Deve ser destacado como principal fator limitante deste trabalho o fato de os resultados serem baseados na alteração de conduta dos profissionais 30 dias após o debate sobre o tema morte e morrer. Um só debate sobre um tema tão complexo pôde levar a um maior conhecimento sobre o mesmo, mas é difícil afirmar que levará à mudança de atitude e principalmente à mudança de comportamento individual. Outros fatores limitantes que devem ser mencionados são: a) o fato de que a predominância do sexo feminino na área de enfermagem poderia estar associado às diferenças encontradas entre os grupos estudados. Essas diferenças não seriam portanto entre os

profissionais e sim entre os sexos; b) o fato de o estudo haver sido efetuado entre profissionais de uma universidade, portanto ligados ao ensino e diferenciados de outros grupos.

Após a constatação da importância da abordagem do tema Morte e Morrer, da influência do debate sobre esse tema na conduta dos profissionais da saúde, e da necessidade de que esse debate torne-se habitual, a autora permite-se sugerir que o estudo da Morte e do Morrer faça parte do ensino formal nos cursos de formação e de pós-graduação da área da saúde.

7. CONCLUSÕES

1. Há uma tendência de os profissionais da saúde sentirem-se angustiados ao falar sobre a morte dos seus pacientes e terem dificuldade de aceitá-la.
2. Há uma tendência de os profissionais da saúde considerarem que o tema Morte e Morrer deveria ser mais debatido.
3. O debate e a informação sobre a Morte e o Morrer pode levar os profissionais da saúde a uma mudança de conduta diante da morte, do morrer e da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis.
4. Os resultados deste trabalho permitem sugerir que :
 - 4.1. O tema Morte e Morrer passe a ser debatido rotineiramente nos ambientes hospitalares.
 - 4.2. O tema Morte e Morrer faça parte da formação curricular dos profissionais da área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott KT, Sago JG, Breen CM, Abernety AP, Tulsky JA. 2001. Families looking back: One year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med* 29 (1):197-201.
- Alcântara HR. 1979. *Deontologia e Diceologia*. São Paulo: Andrei. 253p.
- Almeida AP. 1961. Parada Cardíaca. *Rev Bras Anesthesiol* 11: 237-309.
- American Heart Association. 2000. Ethical Aspects of CPR and ECG. *Circulation* 102 (suppl I): I-12-I-21.
- Araújo Neto JP. 1983. Centro de tratamento intensivo e anestesiologia. *Rev Bras Anesthesiol* 33(1):63-5.
- Asai A, Fukuhara S, Inoshita O, Miura Y, Tanabe N, Kurokawa K. 1997. Medical decisions concerning the end of life: a discussion with Japanese physicians. *J Med Ethics* 23(5): 323-27.
- Asch DA, Hansen-Flashen J, Lanken PN. 1995. Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical physicians in the United States: Conflicts between physician's practices and patient's wishes. *Am J Respir Crit Care Med* 151(2): 288-92.
- Asch DA. 1996. The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. *New Engl J Med* 334(21):1374-9.

- Azevêdo ES. 1996. Bioética e medicina intensiva. *Rev Bras Terap Intens*, 8(4):174-8.
- Bailey ED, Wydro GC, Cone DC. 2000. Termination of resuscitation in the prehospital setting for adult patients suffering nontraumatic cardiac arrest. National Association of EMS Physicians Standards and Clinical Practice Committee. *Prehosp Emerg Care* 4(2):190-5.
- Beechler CR, Steinmetz PT. 1985. Decision making in the critically ill patient. *Prim Care* 12(2):341-52.
- Belancieri MF, Koyama RE. 2002. Sofrimento e morte sob a ótica dos estagiários de enfermagem da USC-Bauru. <http://www.psicologiahospitalarmfb.ig.com.br/texto1.html> (20/6/2002)
- Bizatto JI. 1990. *Eutanásia e responsabilidade médica*. Porto Alegre: SAGRA. 246p.
- Boemer MR, Rossi LRG, Nastari RR. 1991. *A idéia da morte em unidade de terapia intensiva - Análise de depoimentos*. In: CASSORLA RMS, editor. *Estudos Brasileiros da Morte*. Campinas: Papirus. p145-57.
- Boff L. 2002. O direito de morrer. <http://www.jbonline.terra.com.br/jb> (12/01/02)
- Bone R. 1996. As I was dying: An examination of classic literature and dying. *Ann Intern Med* 124(12):1091-3.
- Bossaert L. 1998. *European Resuscitation council guidelines for resuscitation*. Amsterdam: Elsevier. 217p.

- Braun KL, Zir A. 2001. Roles for the church in improving end-of-life care: perceptions of Cristian clergy and laity. *Death Study* 25(8):685-704.
- Braz E, Bitencourt E. 2000. O diagnóstico da Morte antes do Morrer. *Nursing Set*: 24-7.
- Breem CM, Abernethy AP, Abbott KH, Tulsky JA. 2001. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med* 16(5):339-41.
- Buss MK, Marx ES, Sulmasy DP. 1998. The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Acad Med* 73(4):418-22.
- Calam B, Far S, Andrew R. 2000. Discussions of "code status" on a family practice teaching ward: what barriers do family physicians face?. *CMAJ* 14;163(10):1255-9.
- Caldana RP, Martins LAN. 1996. A morte auxiliada por médicos. *ARS Curandi/JAMA* 29(7):78-87.
- Campbell ML. 1998. Teaching medical ethics in critical care. *New Horizons* 6(3): 289-92.
- Carrol JD, Green PE, Schaffer CM. 1986. Interpoint distance comparisons in correspondence analysis. *J Marketing Res* 23:271-80.
- CFM. 1997. Morte Encefálica. <http://www.cfm.org.br> (julho/2001)
- Chipman C, Adelman R, Sexton G. 1981. Criteria for cessation of CPR in the emergency department. *Ann Emerg Med* 10(1):11-7.

- Cook D. 2001. Patient autonomy versus parentalism. *Crit Care Med* 29(2): N24-N25 suppl.
- Cordeiro F.1993. Prolongar artificialmente a vida: quando e como? *Rev Ass Med Brasil* 39 (1):59-60.
- Cotler M. 1991. Forgoing medical treatment: To Withdraw, Withhold, Deny. *Seminars in Anesthesia* 3(3):163-9.
- Curtis JR, Patrick DL, Caldwell ES, Collier AC. 2000a. The attitudes of patients with advanced AIDS toward use of the medical futility rationale in decisions to forgo mechanical ventilation. *Arch Intern Med* 160(12):1597-601.
- Curtis JR, Patrick DL, Caldwell ES, Collier AC. 2000b. Why don' t patients and physicians talk about end-of-life care?. *Arch Intern Med* 160(12):1690-6.
- Danis M. 1998. Improving end-of-life care in the intensive care unit: what's to be learned from outcome research? *New Horiz* 6(1):110-8.
- Delumeau SM-B. 2000. De religiões e de Homens. São Paulo: Editora Loyola. 403p.
- Dias FS, Souza RP, Trotta EA, Pereira E, Moritz RD, Kaufmann ML. 2001. Terminalidade na Medicina Intensiva – Qual o papel do médico intensivista frente à morte?. *Atualidades AMIB*. 20 (abril-junho): 5-6.
- Escobar AL. 1990. El morir humano há cambiado. *Bol oficina Sanit Panan* 108 (5-6): 465-72.

- Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Caballero J e cols. 2001. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intens Care Med* 27(11): 1744-9.
- Federwisch A. 1998. Medical futility. Who has the power to decide? *Nurse Week/Health Week* Jul:1-3.
- Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. 2001. *Lancet* 357(9249):9-14.
- Fins JJ, Solomon MZ. 2001. Communication in intensive care settings: The challenge of futility disputes. *Crit Care Med* 29 (2):N10-N15 suppl.
- França GV. 2000. Bioética. *Rev Conselho Federal de Medicina* Mai-Jun: 8-9.
- Gherardi CR, Biancolini C, Butera JJ, Calvillo L, Canteli M, Cardonnet L, et al. 2000. Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico. *Medicina Intensiva* 16(2):53-6.
- Glance LG, Osler T, Shinozaki T. 1998. Intensive care unit prognostic scoring systems to predict death: a cost-effectiveness analysis. *Crit Care Med* 26 (11): 1842-9.
- Gogliano D. 1993. Pacientes terminais - Morte encefálica. *Bioética* 1(2):
<http://www.cfm.org.br/julho/2001>

- Grisard N. 1999. *Bioética - uma atualização*. In: Corrêa Neto Y, Sobierajski A, Valin RC. *Manual de Terapêutica Clínica / Associação Catarinense de Medicina*. 2a ed. Florianópolis: Expert Cópias & Gráfica Expressa. p14-21.
- Grisard N. 2000. *Manual de orientação ética e disciplinar / Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina*. 2a ed, Florianópolis: Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina. 225p.
- Grosseman S. 2001. Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico. Tese de Doutorado. Programa de pós-graduação em Engenharia de Produção, Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas/UFSC. Maio. 282p
- Hall K. 1997. *Bioethics* 11(3-4):241-5.
- Hansen-Flaschen JH. 1991. When life support is futile. *Chest* 100 (5):1191-2.
- Hanson LC, Danis M, Garret J. 1997. What is wrong with end-of-life? Opinions of bereaved family members. *J Am Geriatr Soc*. 45 (11):1339-44.
- Headley JA. 1991. The DNR decision – Part II. Ethical principles and application. *Dimmens Oncol Nurs* 5(2):34-7.
- Hennezel M, Leloup JY. 1999. *A arte de morrer*. 2a ed. Petrópolis: Vozes. 143 pg.
- Herbert CL. 1997. To be or not to be - an ethical debate on the not-for-ressuscitation status of a stroke patient. *J Clin Nurs* 6(2): 99-105.

- Hinkla H, Kosunen E, Metsanoja R, Lammi UK, Kellokumpu-Lehtinen P. 2002. Factors affecting physicians' decisions to forgo life-sustaining treatments in terminal care. *J Med Ethics* 28(2): 109-14.
- Hough MC.1996. Dilemas éticos defrontados pelas enfermeiras de Terapia Intensiva na prática clínica. *Clínicas de Terapia Intensiva* 1(1):125-35.
- Jacob DA. 1998. Family members' experiences with decision making for incompetent patients in the ICU: a qualitative study. *Am J Crit Care* 7(1):30-6.
- Keenan SP, Busche DD, Chen LM, Esmail R, Inman KJ, Sibbald WJ. Withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit: a comparison of teaching and community hospitals. The Southwestern Ontario Critical Care Research Network. 1998. *Crit Care Med* 26(2):200-2.
- Keenan SP, Bushe KD, Chen LM, McCarthy L, Inman KJ, Sibbald WJ. 1997. A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or withdrawal of life support. *Crit Care Med* 25(8): 1324-31.
- Kipper D, Martin L, Fabbro L. 2000. Decisões médicas envolvendo o fim da vida – o desafio de adequar as leis às exigências éticas. *J Pediatr* 76(6):403-6.
- Koch KA. 1996. A linguagem da morte: Euthanatos et mors. *Clínicas de Terapia Intensiva* 1(1):1-13.
- Kovács MJ. 1998. Autonomia e o Direito de Morrer com Dignidade. <http://www.cfm.org.br> (agosto/2001)

- Kübler-Hoss E. 1998. *Sobre a morte e o morrer*. 8a ed, São Paulo: Martins Fontes. 296p.
- Levin PD, Sprung CL. 1999. End of life decisions in intensive care. *Intensive Care Med* 25: 893-5.
- Lovisoló E. 1993. *Dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Larousse. 460p.
- Luce JM, Alpers A. 2000. Legal aspects of withholding and withdrawing life support from critically ill patients in the United States and providing palliative care to them. *AmJ Resp Crit Care Med* 162(6) 2029-32.
- Luce JM. 1995. Physicians do not have a responsibility to provide futile or unreasonable care if a patient or family insists. *Crit Care Med* 23(4):760-6.
- Luce JM. 1997. Withholding and withdrawal of life support: ethical, legal, and clinical aspects. *New Horiz* 5(1):30-7.
- Machado FO, Moritz RD. 1999. *Crítérios de admissão e alta em Unidade de Terapia Intensiva*. In: Corrêa Neto Y, Sobierajski A, Valin RC. *Manual de Terapêutica Clínica / Associação Catarinense de Medicina*. 2a ed. Florianópolis: Expert Cópias & Gráfica Expressa. p 504-6.
- Mackay K, Moss AH. 1997. To dialyze or not dialyze: an ethical and evidence-based approach to the patient with acute renal failure in the intensive care unit. *Adv Ren Replace Ther* 4(3): 288-96.

- Marco CA, Bessman ES, Schoenfeld CN, Kelen CD. 1997. Ethical issues of cardiopulmonary resuscitation: current practice among emergency physicians. *Acad Emerg Med* 4(9): 898-904.
- Martin LM. 1993. *A ética médica diante do paciente terminal*. São Paulo: Santuário. 399p.
- McGovens M E, Barry MM. 2000. Death education: Knowledge, attitudes, and perspectives of Irish parents and teachers. *Death Stud* 24(4): 325-33.
- McLean RF, Tarshis J, Mazer CD, Szalai JP. 2000. Death in two Canadian intensive care units: institutional difference and changes over time. *Crit Care Med* 28 (1):100-3.
- Meleiro AMAS. 2000. *Médico como Paciente*. São Paulo: Lemos Editorial. 271p.
- Melltor PG, Nillstun T. 1997. The difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. *Intensive Care Med* 23(12):1264-7.
- Mohr M; Kettler D. 1997. Ethical conflicts in emergency medicine. *Anaesthesist* 46(4):275-81.
- Moritz RD, Costa AD, Mattos JD, Machado FO. 2001. O comportamento do médico intensivista brasileiro diante da decisão de recusar ou suspender um tratamento. *Rev Bras Terap Intens* 13(13):21-8.
- Moritz RD, Moritz SC, Martins J. 2001. The knowledge and acceptance of Death and Dying by medical and nursing students in a public university in Brazil. In 8th World

Congress of Intensive Care and Critical Care Medicine; October 28-November 1;
Sydney. Australia. p.136. Abstract 155.

Moritz RD. 1999. Decisões difíceis em UTI. *Rev Bras Terap Intens* 11(1): 3-4.

Nelson JE, Danis M. 2001. End-of-life care in the intensive care unit: Where are we now?
Crit Care Med 29 (2):N2-N9 suppl.

Nyman DJ, Eidelmman LA, Sprung CL. 1996. Eutanásia. *Clínicas de Terapia Intensiva*
1(1):85-96.

Pamplona FW e Moritz RD. 2002. Avaliação sobre a recusa ou suspensão da terapêutica
de pacientes que foram a óbito na UTI-HU, UFSC. *Rev Bras Terap Intens* 1:105
suppl.

Pardo A. Sobre la moralidad de retirada de tratamientos a los pacientes.
<http://www.unav.es/bioetica/dejarm.html> (julho/2001)

Pellegrino ED. 2000. Decisions to withdraw life-sustaining treatment. A moral algorithm.
JAMA 283 (8): 1065-7.

Perazzo S. 1990. *Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim*. Rio de Janeiro:
Francisco Alves. 147p.

Pessini L. 1996. Distanásia: Até quando investir sem agredir? <http://www.cfm.org.br>
(agosto/2001)

Pinheiro CTS. 2000. A vida depois da UTI. *Rev Bras Terap Intens* 12(4):171-2.

- Plaisier BR, Blostein PA, Hurt KJ, Malangoni MA. 2002. Withholding/Withdrawal of life support in trauma patients: is there an age bias? *Am Surg* 68(2): 159-62.
- Povar G. 1990. Withdrawing and withholding therapy: putting ethics into practice. *J Clin Ethics* 1(spring):53.
- Prendergast TJ, Luce JM. 1997. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Resp Crit Care Med* 155 (1):15-20.
- Prendergast TJ. 1995. Futility and the common cold. How requests for antibiotics can illuminate care at the end of life. *Chest* 107 (3): 836-44.
- Prendergast TJ. 2000. Withholding or withdrawal of life-sustaining therapy. *Hosp Pract (Off Ed)* 35(6):91-2,95-100,102.
- Prendergast TJ. 2001. Advance care planning: Pitfalls, progress, promise. *Crit Care Med* 29 (2): N34-N39 suppl.
- Puntilhlo KA, Benner P, Drougt T, Drew B, Stotts N e cols. 2001. End-of-life issues intensive care units: a national random survey of nurses'knowledge and belief. *Am J Crit Care* 10(4):216-29.
- Rew DA. 1999. European science and surgery from 500BC-AD1500. Part I. *European J Surg Oncol* 25 (2):199-204.
- Ribeiro OV. 1953. Ressuscitação em Anestesia. *Rev Bras Anesthesiol* 3(3):137-50.
- Rinpoche S. 1999. O livro tibetano do viver e do morrer. São Paulo: Talento.536p.

Rosner F, Kark PR, Bennett AJ, Buscaglia A, Cassel EJ, Farnsworth PB, "et al". 1992. Medical futility. Committee on bioethical issues of the medical society of the state of New York. *N Y State J Med* 92 (11): 485-8.

Rosner F. 1993. Why nutrition and hydration should not be withheld from patients. *Chest* 104 (6): 1892-6.

Rymes JA, McCullough LB, Teasdale TA, Wilson N. 2000. Withdrawing very low-burden interventions in chronically ill patients. *JAMA* 283(8):1061-3.

Sabbatini RME. 1996. Tecnologia Médica e dignidade. <http://www.epub.org.br> (julho/2001)

Sakland. 1959. The Special Care Unit. *Anesthesiology* 20 (6):822-4.

Sancho MG. 2000. Morir com Dignidad. *Prática Hospitalar (Cuidados paliativos)* 9 (Mai-Jun):55-62.

Santos ES. 1996. Atitudes de Sanitaristas e Intensivistas frente à morte. *Medicus* 1(10): 20-1.

Santos RLC. 1996. Aspectos Médico-Legais. *ARS Curandi* 7 (29):3-4.

Schioldborg P. 2000. Students' attitudes toward active euthanasia, assisted suicide and proposed amendments to the penal code. *Tidsskr Nor Laegeforen* 120 (19): 2283-8.

Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD. 2000. Impact of ethics consultations in the intensive care setting: A randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 28(12):3920-4.

- Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. 1990. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 112 (12):949-53.
- Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. 1996. Medical futility: response to critiques. *Ann Intern Med* 125(8):669-74.
- Shutz R, Johnson AC. 1990. Administrações de hospitais. São Paulo: Livraria Pioneira Editora. 345p.
- Silva MHF. 1995. Lidando com a morte. A especificidade do sofrimento do profissional da saúde no contexto hospitalar. *Rev Psicologia Argumento* 13(16): 95-119.
- Simon SR, Pan RJ, Sullivan AM, Clark-Chiarelli N, Connelly MT, e cols. 1999. Views of managed care- a survey of students, residents, faculty, and deans at medical schools in the United States. *N Engl J Med* 340(12):928-36.
- Siner DA. 1989. Advances directives in emergency medicine: medical, legal and ethical implications. *Ann Emerg Med* 18(12):1364-9.
- Singer PA, Barker G, Bowman KW, Harrison C, Kernerman P, Kopelow J, et al. 2001. Hospital policy on appropriate use of life-sustaining treatment. *Crit Care Med* 29(1):187-91.
- Sjökvist P, Nistun T, Svantesson M, Berggren L. 1999. Withdrawal of life support - who should decide?. *Intensive Care Med* 322(5): 949-54.
- Sjökvist P, Sundin PO, Berggren L. Limiting life support. 1998. Experiences with a special protocol. *Acta Anaesthesiol Scand* 42(2): 232-7.

- Slomka J. 1992. The negotiation of death: clinical decision making at the end of life. *Soc Sci Med* 35(3):251-9.
- Smedira NG, Evans BH, Grais LE, Cohen NH, Cooke M, Schechter WP, et al. 1990. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med* 322 (5): 309-15.
- Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. 1990. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatment in the critically ill. *Crit Care Med* 18 (12):1435-9.
- Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. 1992. Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatments. *Crit Care Med* 20 (3):320-6.
- Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. 1997. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine' s ethics committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med* 25 (5):887-91.
- Sprung C, Eidelman LA, Steinberg A. 1997. Is the patient' s right to die involving into a duty to die?: Medical decision making and ethical evaluations in health care. *J Eval Clin Pract* 3(1): 69-75.
- Sprung CL, Eidelman LA, Reuven R, Geber D, Jakobson DJ. 2000. Communication of end of life decisions in the ICU. *Crit Care Med* 28 (12): A35 suppl.

- Stevens L, Cook D, Guyatt G, Griffith L, Walter S, McMullin J. 2002. Education, ethics, and end-of-life decisions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 30(2):290-6.
- Tilden VP, Tolle SW, Garland MJ, Nelson CA. 1995. Decisions about life-sustaining treatment. Impact of physician' s behaviors on the family. *Arch Intern Med* 155(6):633-8.
- Vincent JL. 1996. Ethical issues in critical care medicine: United States and European views and differences. *Intensive Care World* 13 (4):142-4.
- Vincent JL. 2001. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med* 29 (2):N52-N55 suppl.
- Vincent JL.1999. Forgoing life support in western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 27 (8):1626-33.
- Vomero MF. 2002. Morte. <http://www.espiritnet.com.br/super.htm> (fevereiro 2002)
- Wachter RM, Luce JM, Bernard LO, Raffin TA. 1989. Life-Sustaining treatmente for patients with AIDS. *Chest* 95 (3):647-52.
- Weissman DE, Block SD. 2002. ACGME Requirement for end-of-life training in selected residency and fellowship program: a status report. *Acad Med* 77(4):299-304.
- Zaidhaft S, Batista AD, Rego GC, Bines J, Rubnstein L, Drumond LEF. 1992. O estudante de Medicina e a morte. In: Júlio de Melo Filho. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 57-63.
- Zaidhaft S. 1990. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 155p.

ANEXOS

ANEXO 1

DADOS DEMOGRÁFICOS

Idade: _____ anos
Sexo: F () M ()
Estado Civil: Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Vive com um(a) companheiro(a) ()
Religião: _____
Origem Étnica: Português () Africano () Alemão () Italiano () Asiático ()
Outros () Quais: _____
Profissão: _____
Setor do Hospital onde trabalha: _____
Nunca trabalhou em UTI () Trabalha () ou Trabalhou () em UTI. Tempo () anos
Trabalha () ou Trabalhou () com pacientes terminais. Tempo () anos

DECISÕES SOBRE RECUSAR O INÍCIO DE UM TRATAMENTO OU SUSPENDER UM TRATAMENTO

- No ambiente hospitalar você já participou dessa discussão alguma vez :

--	--	--	--	--	--

Muito Frequentemente Frequentemente Pouco Frequentemente Raramente Nunca

Caso positivo:

1. Cite quais profissionais estavam envolvidos no debate: _____

2. Quem você considera que deveria participar desse debate:

Paciente () Psicólogo ()
Famíliares () Assistente Social ()
Médico () Religiosos ()
Enfermeira () Outros () Quais : _____

Técnicos e auxiliares enfermagem ()

- No ambiente domiciliar domiciliar:

1. Você já conversou em casa com os seus familiares, principalmente os mais idosos sobre a morte e sobre decisões diante do morrer:

--	--	--	--	--	--

Muito Frequentemente Frequentemente Pouco Frequentemente Raramente Nunca

2. Caso você tivesse uma doença grave e irrecuperável a apresentasse uma parada cardiorrespiratória desejaria ser ressuscitado?

--	--	--	--	--	--

Certamente Sim Provavelmente Sim Provavelmente Não Certamente Não

3. Se você tivesse 85 anos apresentando uma boa saúde compatível com a idade, e tivesse subitamente uma parada cardiorrespiratória gostaria de ser ressuscitado?

--	--	--	--	--	--

Certamente Sim Provavelmente Sim Provavelmente Não Certamente Não

4. Caso um familiar seu mostrasse o desejo de não ser ressuscitado diante da idade avançada ou de uma doença grave e, nessas circunstâncias, sofresse uma parada cardiorrespiratória, você iniciaria a RCR.

--	--	--	--	--	--

Certamente Sim Provavelmente Sim Provavelmente Não Certamente Não

5. Como você desejaria morrer:

Repentinamente

--	--	--	--	--	--	--

 Após uma doença consuptiva

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Paciente do sexo feminino com 16 anos. História de estenose de esôfago pós-ingestão de soda cáustica aos 4 anos de idade. Internada para correção cirúrgica, por pneumonia de repetição. Evoluiu no pós-operatório com mediastinite mantendo um quadro séptico sem perspectiva de tratamento cirúrgico e sem melhora com o tratamento clínico. O quadro evoluiu com falência de múltiplos órgãos e a paciente apresentou parada cardiorrespiratória no 60º dia de internação.

Você acha que essa paciente deveria ser reanimada?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certamente Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Certamente Não			

CASO 2

Senhora de 86 anos, vivendo com os familiares e apresentando boas condições de saúde para a sua idade, havia referido diversas vezes aos membros de sua família que gostaria de *morrer de repente*. Apresentou perda súbita do nível de consciência e parada cardiorrespiratória.

Se fosse seu familiar você chamaria uma equipe de saúde e iniciaria reanimação cardiopulmonar?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certamente Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Certamente Não			

Se você pertencesse à equipe de reanimação, iniciaria as técnicas reanimatórias?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certamente Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Certamente Não			

CASO 3

Paciente do sexo masculino, com 63 anos, apresentando o diagnóstico de insuficiência cardíaca por miocardiopatia isquêmica, com fração de ejeção de 20%. Internado na UTI, em centro médico sem condições de transplante cardíaco, sem resposta ao tratamento clínico, dependente de dobutamina e ventilação mecânica por 30 dias.

Caso esse paciente apresentasse parada cardiorrespiratória:

Você iniciaria as técnicas reanimatórias?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certamente Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Certamente Não			

Antes desse fato, durante a internação você acha que deveria conversar com o paciente para saber qual a sua opinião?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certamente Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Certamente Não			

Antes desse fato, durante a internação, você acha que deveria conversar com os familiares do paciente para saber qual a sua opinião?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certamente Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Certamente Não			