



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Gaudencio, Debora; Messeder, Octavio
Dilemas sobre o fim-da-vida: informações sobre a prática médica nas UTIs
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 1, marzo, 2011, pp. 813-820
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018473012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Dilemas sobre o fim-da-vida: informações sobre a prática médica nas UTIs

Dilemmas of the end-of-life:
information about the medical practice in the ICUs

Debora Gaudencio¹
Octavio Messeder²

Abstract *The objective of this research was to investigate the knowledge, opinion and practice of critical care physician concerning end-of-life decisions. In this descriptive and cross-sectional study a questionnaire was applied to the physicians working in Intensive Care Unit (ICU) or Semi-ICU of 5 Hospitals in Salvador, Bahia State. Currently the physicians dealing with terminal patients are indeed concerned about providing comfort to their patients, and at times even avoiding the use of life support measures. Nevertheless, many of the participants admitted that they have omitted information regarding these decisions in the medical records, as they fear consequences with the Medical Council or civil actions against them. This insecurity is related to the lack of information and the absence of an established and clear legislation on these matters. More discussions on this important subject are necessary, involving physicians, hospitals and patients.*
Key words *Dilemmas, End-of-life, Terminal patient, Decisions, Life support measures*

Resumo *O objetivo desta pesquisa foi coletar informações acerca do conhecimento, opinião e conduta dos médicos intensivistas sobre questões a respeito das decisões em pacientes terminais. Neste estudo descritivo, de corte transversal, foi aplicado um questionário aos médicos que trabalham em UTIs e semi-UTIs de cinco hospitais em Salvador (BA). Pode-se perceber que existe uma tendência dos médicos que lidam com pacientes terminais a assumir condutas para fornecer conforto, deixando inclusive de introduzir um mecanismo de suporte de vida (MSV). Entretanto, a maioria dos participantes admitiu que omite informações no prontuário por receio de punições pelo código de ética e/ou código penal. Essa insegurança pode ser relacionada com a falta de informação por parte dos profissionais, bem como a ausência de uma legislação clara e objetiva sobre o assunto. Portanto, amplas discussões multidisciplinares acerca dessas questões fazem-se necessárias no ambiente hospitalar.*

Palavras-chave *Dilemas, Fim-de-vida, Paciente terminal, Decisões, Mecanismos de suporte de vida*

¹Hospital Português da Bahia. Av. Princesa Leopoldina 914/101, Barra Avenida. 40140-005 Salvador BA.
 debora_gaudencio@yahoo.com.br

²Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA.

Introdução

A morte está longe de ser um tema de fácil abordagem e manejo¹. Dentre as questões evocadas está o processo de morrer, completamente imbricado em aspectos como sofrimento e qualidade do fim-da-vida². Logo, debates sobre a conduta diante de pacientes terminais, como a eutanasia e a distanásia, tornam-se inevitáveis, o que parece exigir a compreensão do fenômeno próprio representado pela morte, para uma delimitação mais adequada do problema, tanto em termos individuais, quanto coletivos³.

O progresso da medicina e a adoção de terapias extraordinárias de suporte de vida dificultam a definição dos limites terapêuticos nos cuidados intensivos e podem não respeitar os princípios éticos da beneficência e da não maleficência. Apesar de atitudes de limitação terapêutica na UTI diante de pacientes sem esperança de vida já ocorrerem de acordo com conceitos éticos e morais defensáveis, muitas vezes são acompanhadas de grandes conflitos bioéticos, entre os integrantes das equipes assistenciais e familiares⁴.

Quando a concepção da família a respeito da situação clínica do paciente difere significativamente em relação a do médico, torna-se improvável alcançar um plano de tratamento apropriado. Nesses casos, o médico deve esclarecer sobre sua posição e concordar em encontrar-se novamente com a família após consultar outros profissionais, comitê de ética da instituição na qual o paciente se encontra e pesquisar sobre outros recursos terapêuticos⁵. Mas a quem deveria estar centralizado o poder decisório? Não deveria o próprio paciente decidir, se apresentar condições clínicas, sobre seu processo de morrer?

O avanço tecnológico tornou possível manter viva uma pessoa muito doente ou em estágio terminal, porém ligada a aparelhos de sustentação artificial da vida, como a ventilação mecânica. Esses recursos terapêuticos podem ser considerados indispensáveis e heróicos em um caso e desnecessários em outro⁶.

Atualmente, as unidades de terapia intensiva recebem muitos enfermos portadores de doenças crônicas incuráveis, cujas intercorrências clínicas, as mais diversas, acabam sendo contempladas com os mesmos cuidados oferecidos aos doentes agudos. Se para a maioria dos pacientes pode-se alcançar plena recuperação, para os enfermos incuráveis pouco se oferece além de uma sobrevida precária e, às vezes, não mais que vegetativa. O orgulho de alcançar a cura facilmente se transforma em uma meta a ser atingida pelos médicos e a

morte, em vez de ser vista como o desfecho natural da vida, passa a ser um inimigo a ser vencido⁷.

Talvez o fato dos médicos se concentrarem apenas nos equipamentos, pulso, pressão sanguínea, secreções e excreções, esquecendo de enxergar o ser humano através do rosto amargurado pelo sofrimento, seja a tentativa de rejeitar a morte tão próxima que comprova a sua falta de onipotência e própria mortalidade⁸.

Alguns estudos já apontam que os cuidados médicos com o paciente terminal envolvem, muitas vezes, o uso excessivo e inapropriado da tecnologia. Não são encontradas estatísticas precisas; todavia, pressupõe-se que milhares de doentes estejam internados em unidades de terapia intensiva sendo submetidos à prática médica fútil - ação médica cujos potenciais benefícios para o paciente são nulos ou mínimos, não superando os seus potenciais malefícios. É importante mencionar que este conceito de futilidade gerou muitas controvérsias, já que a definição seria crucial nas decisões de não introduzir ou interromper intervenções⁹.

Na Europa, um estudo mostrou que 73% dos intensivistas admitem pacientes sem esperança de vida, sendo que 40% afirmam que, mesmo nesses pacientes sem prognóstico, o tratamento é feito com uso amplo de medicamentos e modalidades terapêuticas até que morte seja concluída. Percebeu-se também que existem diferenças interessantes entre o que os intensivistas fazem e o que eles acreditam que deveria ser feito¹⁰.

Os médicos intensivistas se deparam diariamente com questões como a introdução e a retirada de mecanismos de suporte de vida. Intensificando os dilemas, tanto dos profissionais da saúde quanto familiares e o próprio paciente assumem posições distintas diante das situações de pouca ou nenhuma esperança de vida.

Foi realizado um corte transversal e retrospectivo em que foram revisados todos os óbitos ocorridos em 2002 em três unidades de terapia intensiva pediátrica de referência de Porto Alegre por uma equipe de pesquisadores treinados para esse fim. Foram avaliadas as características gerais, o modo de morte (ressuscitação cardiopulmonar, morte encefálica, ordem de não reanimar, não oferta e retirada de suporte vital), o tempo de internação, o plano de final de vida e a participação da família nessa decisão. Os pesquisadores concluíram que a ressuscitação cardiopulmonar ainda é oferecida em uma frequência maior do que a descrita nos países do hemisfério norte, enquanto que a limitação de suporte vital é realizada preferencialmente através da ordem de não

reanimar. Esse estudo mostrou uma pequena participação da família e evidenciou dificuldades em relação às decisões de final-de-vida enfrentadas por intensivistas do sul do país¹¹.

No Brasil, ainda não existem protocolos hospitalares de não ressuscitação (NR) e essa prática já é adotada com certa frequência, apesar de não ser formalmente registrada em prontuário. Geralmente, as ordens de NR são dadas verbalmente e de maneira informal, com o intuito de “deixar o paciente morrer”, no caso de sofrer parada cardiorrespiratória, na tentativa de evitar desgaste emocional do paciente e da família. Esta decisão, muitas vezes eticamente adequada por atender aos princípios da beneficência e não maleficência, pode infringir o princípio da autonomia se sua adoção for unilateral, sem a participação do paciente¹².

Um estudo realizado em 1992 nos Estados Unidos comparou as respostas de um questionário, cujas questões eram relacionadas ao fim-de-vida, respondido por médicos e pacientes. Foi observado que a maioria desses dois grupos entrevistados acreditava que o próprio paciente, se apresentasse condições, deveria ser o responsável pelo processo de decisões sobre o seu fim-de-vida. A maioria dos médicos também considerava que eles deveriam ajudar e orientar os pacientes nas decisões¹³.

Na abordagem aos pacientes terminais, condutas como a não introdução de medidas, bem como a interrupção de alguma intervenção já iniciada, devem ser cautelosamente analisadas. Um questionário aplicado a médicos nos Estados Unidos e Inglaterra demonstrou que aproximadamente 59% dos mesmos não consideram eticamente diferentes não iniciar e retirar uma medida estabelecida¹⁴.

Para alguns autores, os médicos devem enxergar que os pacientes que estão morrendo na UTI querem que seus sintomas sejam bem tratados, seus desejos sejam respeitados e que permaneçam rodeados pelos seus entes queridos¹⁵. Quando a morte é inevitável, existe concordância de que ela seja tranquila, sem dor ou desconforto para todos os pacientes¹⁶.

Todos os casos que implicam decisões de vida e de morte são muito difíceis, pois envolvem desafios clínicos e problemas éticos complexos. É notável que a literatura vem abordando com mais frequência os dilemas que envolvem o fim-da-vida, mas não existe um consenso ou modelo de prática médica para permitir uma morte digna e talvez nunca venha a existir, já que essa é uma definição estritamente individual, ou seja, somente

o próprio sujeito que está vivenciando a experiência da morte poderia defini-la como digna ou não.

A questão é: o que fazer quando todos os recursos terapêuticos se esgotam? Entubar, iniciar a ventilação mecânica, manter a função cardíaca artificialmente e prolongar ao máximo a vida, ou essa conduta estaria não apenas adiando a morte, mas aumentando o sofrimento do paciente e seus familiares? Qual a opinião dos médicos sobre essas questões?

Diante dessa realidade repleta de dilemas quanto à conduta direcionada ao fim-de-vida dos pacientes, é importante que os médicos intensivistas estejam não apenas familiarizados, mas atualizados e seguros em relação a alguns conceitos, questões éticas e jurídicas que serão fundamentais no exercício da medicina intensiva.

O objetivo desta pesquisa foi coletar informações sobre o conhecimento, opinião e conduta dos médicos intensivistas sobre questões a respeito das decisões em pacientes terminais internados em unidades de terapia intensiva de Salvador (BA).

Material e métodos

Utilizando os unitermos na língua inglesa **death, end-of-life, decision-making ICU, ethic e euthanasia**, foi pesquisado, no PubMed, artigos pertinentes e selecionados os mais aplicáveis a este estudo, visando a uma revisão bibliográfica, que forneceu fundamentação teórica ao projeto sobre conceitos éticos a respeito da prática médica e do morrer dignamente.

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, constituído por análise quantitativa, baseado em pesquisa de campo, realizado através da aplicação de questionário no período de janeiro a abril de 2007.

A população do estudo foi composta pelos médicos das unidades de terapia intensiva e semi-intensiva do Hospital Português da Bahia, Hospital Salvador, Hospital Santa Izabel, Hospital Espanhol e Hospital Aliança. Foi decidido incluir médicos de diferentes hospitais, não só para se obter maior número de opiniões, mas também para evitar que estas pudessem ter sido influenciadas por condutas mais específicas de determinada instituição.

Para ser incluído no estudo, o participante deveria ser médico, atuando em ambiente de medicina intensiva dos hospitais supracitados. Eram excluídos aqueles que se recusassem a responder o questionário. Houve apenas uma recusa.

O instrumento utilizado para a coleta foi um questionário autoaplicável, anônimo, composto de questões que visavam traçar os dados socio-demográficos da população-estudo, bem como colher informações sobre a prática médica e opiniões diante de um paciente terminal. As perguntas incluíram questões sobre introdução, não introdução e retirada dos mecanismos de suporte de vida, distanásia, ortotanásia, eutanásia e os fatores que influenciam nas decisões.

O questionário foi entregue pessoalmente ao médico que deveria assinar um termo de consentimento livre e esclarecido caso concordasse em participar da pesquisa. Os questionários anonimamente preenchidos foram guardados em uma urna, que somente foi aberta ao final da coleta, preservando assim o anonimato dos participantes.

Ao término da aplicação dos questionários, um banco de dados foi montado com todas as informações contidas em cada questionário para análise.

O atual projeto foi submetido à aprovação pelos comitês de ética em pesquisa do Hospital Português da Bahia, Hospital Santa Izabel, Hospital Espanhol e pelo Conselho Médico do Hospital Aliança antes do início coleta dos dados em cada instituição. O Hospital Salvador, por não possuir um comitê de ética, aceitou a aprovação dada pelo Hospital Português. Os sujeitos somente foram incluídos no estudo caso concordassem voluntariamente em participar do mesmo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi utilizado o programa SPSS 12 para a formação de um banco de dados e análise estatística através de distribuição percentual e determinação de médias, mínimas e máximas. Os dados coletados foram submetidos a uma análise de conteúdo, que, de acordo com Gil¹⁷, constitui uma técnica de investigação, através de descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, cuja finalidade é a interpretação dos dados.

Resultados

Foram respondidos 161 questionários. A Tabela 1 mostra as características demográficas dos 161 médicos que participaram da pesquisa. A maioria dos participantes, somando 77%, é do sexo masculino, 68,3% são casados e 65,8% são católicos. A idade média da população foi de 34,99 anos e a média de tempo de trabalho foi de 4,99 anos.

A respeito da frequência com que os médicos participam de discussões sobre a não introdu-

ção de um tratamento ou mecanismo de suporte de vida (MSV), as variáveis não foram quantificadas, já que o objetivo era saber a frequência com que o médico se sente abordado por essas questões, se tratando, portanto, de uma questão subjetiva. A maioria, 68,9%, respondeu que participa frequentemente dessas discussões e 89,4% afirmam já ter optado por não introduzir MSV, como é demonstrado na Tabela 2.

Foi questionado também sobre os participantes desses debates. Primeiramente era perguntado quem participa da discussão e, em seguida, quem os médicos consideram que deveriam participar. O percentual foi maior na segunda pergunta em todas as opções de participantes. A diferença mais significativa foi em relação à participação dos pacientes; 19,9% dos médicos afirmaram que os pacientes participam e 77,0% (124 médicos) consideram que eles deveriam ajudar nas decisões (Gráfico 1).

A Tabela 3 demonstra os fatores que influenciam nas decisões. Os participantes deveriam enumerá-los de 1 a 5 por ordem de importância (1 = mais importante/5 = menos importante). Setenta e sete por cento dos médicos participantes consideram as condições clínicas do paciente como o fator que mais influencia na decisão de introduzir um MSV e 36 afirmam que a idade é o fator que menos influencia. E a respeito da legalização da eutanásia no Brasil, 32,9% dos médicos são a favor, 41,6 % são contra e 25,5 % não têm certeza.

Tabela 1. Características da população-estudo.

Características	n = 161	
Idade	35	(26-60)
Sexo		
Masculino	124	77%
Feminino	37	23%
Estado civil		
Solteiro	43	26,7%
Casado	110	68,3%
Separado	6	3,7%
Vive com companheiro(a)	2	1,2%
Viúvo	-	-
Religião		
Católica	106	65,8%
Espírita	28	17,4%
Evangélica	2	1,2%
Outras	3	1,8%
Sem religião	19	11,8%
Ateu	3	1,8%

A pergunta 6 questiona se o médico é a favor de continuar submetendo o paciente terminal a todo tratamento e tecnologia disponível; 73,9% dos médicos responderam que não. Já a pergunta 7 era sobre interromper um tratamento em caso de paciente terminal, 67,1% são a favor. E a pergunta 8 indagava a respeito da retirada de um MSV; 50,3% se consideram a favor dessa conduta em casos de pacientes sem prognóstico (Tabela 4).

Foi questionado sobre o registro em prontuário, em caso de óbito de paciente terminal após decisão de não introduzir tratamento ou meca-

nismo de suporte de vida: 50,9% referem que documenta de forma fiel, 11,8% omitem algumas informações possivelmente relevantes por considerá-las desnecessárias, 29,2% omitem informações por medo de problemas com o código de ética médica e/ou código penal, apenas um médico, 0,6%, afirmou que documenta sua conduta no prontuário de forma inverídica e 7,5% referem nunca ter decidido por não introduzir MSV.

Em relação às decisões que envolvem o fim-da-vida de pacientes terminais, foi questionado sobre o medo de punição pelo código de ética

Tabela 2. Decisões sobre recusar a não introdução de um tratamento ou MSV.

	Você participa dessa discussão?		Já optou por não introduzir MSV?
	n	%	
Frequentemente	111	68,9	
Pouco frequentemente	29	18,0	
Raramente	17	10,6	
Nunca	4	2,5	
Total	161	100	161 (100)

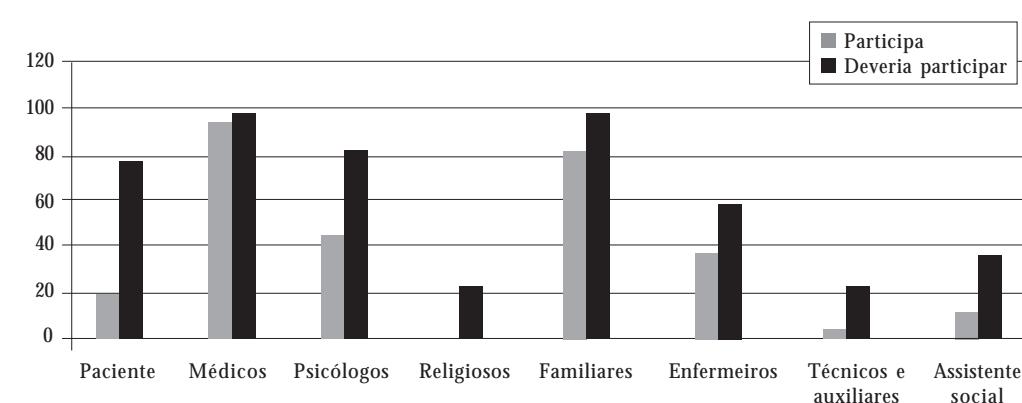


Gráfico 1. Comparação entre os participantes dos debates e quem deveria participar na opinião dos médicos.

Tabela 3. Fatores que influenciam nas decisões por odem de importância.

Fatores	1	2	3	4	5	Total %
Idade	7,5	24,8	13,7	18,0	36,0	100
Condições clínicas	77,0	17,4	3,1	1,2	1,2	100
Vontade do paciente	19,9	32,3	26,7	11,8	9,3	100
Opinião da família	8,7	19,9	22,4	31,7	17,4	100
Ética médica	26,7	19,8	16,1	16,1	11,2	100

médica e/ou código penal: 20,5% sempre temem algum tipo de punição, 46,0% algumas vezes, 19,9% raramente e 13,6% nunca. A grande maioria dos médicos participantes acredita que são necessárias reformulações nesses códigos citados e 45,3% afirmam manter-se informados sobre as atualizações.

Para finalizar o questionário, um caso clínico era descrito a respeito de um paciente de 87 anos, com câncer de pulmão avançado e metástases cursando com diminuição do nível de consciência. A primeira pergunta era se o paciente sofresse uma parada cardiorrespiratória, o médico iniciaria as manobras de reanimação; 14,3 % responderam que tentariam reanimá-lo. Em seguida, era questionado se a vontade do paciente e a opinião da família influenciariam na decisão; 70,2% dos médicos afirmaram que seriam influenciados pelo paciente e 64,6%, pela família. Por fim, o participante deveria imaginar que ele próprio era o paciente do caso descrito; apenas 1,9% gostariam que as técnicas reanimatórias fossem aplicadas (Tabela 5).

Discussão

A literatura vem abordando, cada vez mais, os assuntos relacionados ao fim-da-vida e muitos estudos sobre os pacientes terminais nas unidades de terapia intensiva já foram realizados. Os médicos participantes do presente trabalho confirmaram que discussões sobre o assunto ocorrem frequentemente no ambiente hospitalar.

Geralmente, o médico não decide sozinho e outros profissionais, às vezes familiares e/ou o próprio paciente, participam das discussões. Dentro médicos, psicólogos, religiosos, enfermeiros, técnicos, assistentes sociais, familiares e pacientes, ficou claro, na atual pesquisa, que médicos e familiares são os que mais participam dos debates. Entretanto, ficou evidenciada uma divergência entre o que acontece na prática e o que os médicos consideram como certo, sendo que a maioria respondeu que é a favor da participação, além do médico e de familiares, de psicólogos, enfermeiros e o próprio paciente, concordando com o Jonhston¹³, anteriormente citado, o qual mostrou que os médicos acreditavam que o próprio paciente, se apresentasse condições, deveria ajudar a decidir sobre o processo do seu fim-de-vida.

É notável que existe uma tendência dos médicos que lidam com pacientes terminais a assumir condutas para fornecer conforto, deixando inclusive de introduzir um MSV que ajudaria a prolongar uma vida. A atual pesquisa confirma essa nova visão de intervenção diante de um paciente sem prognóstico, visto que a maioria dos participantes afirma já ter optado por não introduzir um MSV.

Deixar de introduzir suporte vital ou um tratamento são condutas médicas que devem ser cautelosamente analisadas e discutidas e muitos

Tabela 4. Perguntas 6, 7 e 8.

* Pergunta	6	7	8
Sim	-	108 (67,1)	81 (50,3)
Não	119 (73,9)	5 (3,1)	30 (18,6)
Em alguns casos	42 (26,1)	48 (29,8)	20 (31,1)
Total	161 (100%)	161 (100%)	161 (100%)

*6 – Você é a favor de continuar submetendo o paciente a todo tratamento e tecnologia disponível, mesmo em caso de doença terminal?

7 – Você é a favor de interromper um tratamento em caso de paciente terminal?

8 – Você é a favor de retirar um MSV em caso de paciente terminal?

Tabela 5. Caso clínico.

Caso *	Sim	Não	Não tenho certeza
Iniciar as técnicas reanimatórias?	23 (14,3)	115 (71,4)	23 (14,3)
Vontade do paciente	113 (70,2)	36 (22,4)	12 (7,5)
Opinião da família	104 (64,6)	40 (24,8)	17 (10,6)
E se fosse você?	3 (1,9)	144 (89,4)	14 (8,7)

*Paciente 87 anos com CA de pulmão avançado e metástases. Encontra-se na UTI com diminuição do nível de consciência e apresentou parada cardiorrespiratória.

Você iniciaria as técnicas reanimatórias?

Se você fosse previamente informado sobre a vontade do paciente, sua decisão poderia ser influenciada?

Se você fosse previamente informado sobre a vontade dos familiares, sua decisão poderia ser influenciada?

Imagine que você é o paciente descrito acima. Você gostaria que as manobras reanimatórias fossem iniciadas?

fatores influenciam na decisão. Segundo os dados obtidos através das respostas dos médicos participantes, ficou claro que as condições clínicas, ou seja, a falta de prognóstico, é o fator de maior importância para essas decisões, seguido da ética médica. A vontade do paciente e opinião da família também influenciam com importância moderada, já a idade foi considerada, pela maioria, um fator de baixa importância para a decisão final.

A respeito da legalização da eutanásia no Brasil, a maioria é contra e um percentual de incerteza de 25,5 pode ser considerado alto, visto que se espera que médicos intensivistas tenham uma opinião formada sobre o assunto. Vale ressaltar que essa questão visava obter apenas opiniões, não se referindo à prática médica, uma vez que a eutanásia é uma conduta proibida no país.

Distanásia é considerada um sinônimo de obstinação terapêutica, ou seja, prática médica obstinada a prolongar a vida do paciente a despeito do prolongamento do sofrimento. Atualmente, recursos como não introduzir MSV ou até mesmo retirá-lo são possibilidades analisadas a fim de conduzir a morte do paciente de forma digna, sem prolongar ou abreviar, como enfatiza o conceito de ortotanásia. Todavia, não introduzir e retirar um MSV ainda são condutas polêmicas e podem não ser aceitas de maneira semelhante. Os dados obtidos na presente pesquisa demonstram que a maioria dos médicos intensivistas é contra insistir na terapêutica em pacientes sem prognóstico. Se 89,9% afirmam já ter optado por não introduzir MSV, 67,1% são a favor de interromper um tratamento já iniciado e apenas a metade dos participantes, 50,3%, concordam com a retirada de um MSV, presume-se que essas questões são entendidas de forma distinta. Por outro lado, Dickenson¹⁴ mostrou que os médicos ingleses e norte-americanos não consideram eticamente diferentes as condutas de não introduzir e de retirar MSV.

Sendo as questões éticas acerca das condutas médicas diante de pacientes terminais um assunto atual e polêmico, é de extrema importância que aqueles que vão lidar diretamente com esse grupo de enfermos se mantenham informados. Portanto, apesar de termos como distanásia e ortotanásia não possuírem consenso na literatura bioética sobre suas definições, é importante que os intensivistas busquem seus conceitos.

O registro no prontuário deveria ser fidedigno à conduta realizada; entretanto, o presente trabalho demonstra que os intensivistas evitam registrar algumas condutas. A maioria dos mé-

dicos admitiu que omite informações no prontuário, seja por considerá-las desnecessárias, ou por receio de punição pelo código de ética e/ou penal. Além da falta de protocolos hospitalares de condutas diante de um paciente sem esperança de cura, como limitação de suporte vital, a ausência de uma legislação clara e objetiva a respeito do assunto contribui para a insegurança dos médicos.

Apesar de a maioria afirmar que teme punições e achar necessárias reformulações no código de ética médica e/ou código penal, uma minoria afirmou que se mantém atualizada. Cada profissional deveria ter interesse em buscar conhecimento; todavia, as próprias instituições precisam incentivar seus funcionários a se manterem informados diante de questões éticas e jurídicas.

No caso clínico apresentado no questionário, o qual se referia a um paciente idoso e em estágio avançado de câncer de pulmão metastático, a maioria dos médicos respondeu que não iniciaria as técnicas reanimatórias se o paciente evoluísse com parada cardiorrespiratória. É interessante que, quando foi pedido que os médicos se imaginasse no lugar do paciente do caso citado, o percentual de não iniciar as manobras de reanimação aumentou. Ou seja, alguns responderam que tentariam a reanimação no paciente descrito; todavia, preferiam que essas manobras não fossem realizadas se eles fossem o paciente. A opinião do paciente e da família não foi considerada de forte importância para todos os médicos. Esse não seria um dado que demonstra a insistência de alguns profissionais em centralizar o poder decisório nos médicos, não respeitando assim os desejos individuais do moribundo?

Considerações finais

Indubitavelmente, a medicina intensiva vem passando por transformações no âmbito das suas intervenções frente ao paciente terminal. Uma nova visão de medicina crítica, a qual prioriza o conforto do enfermo, vem substituindo uma medicina obstinada a manter o paciente vivo. Essas mudanças trazem a oportunidade de pacientes sem prognóstico evoluírem com uma morte menos sofrida.

Entretanto, os médicos intensivistas se deparam com conflitos éticos e culturais os quais vão interferir na conduta final. E descentralizar o poder decisório, que ainda se concentra nas mãos do médico, e deixar o próprio sujeito, quando possível, decidir sobre o fim da sua vida, ainda é

um desafio. Diante de um cotidiano repleto de dilemas, percebe-se um distanciamento entre a prática médica e a opinião dos profissionais nas unidades de terapia intensiva.

O código de ética médica atual já apresenta algumas mudanças da visão ética a respeito da prática médica diante de pacientes terminais, mostrando uma medicina preocupada em não submeter o paciente a um fim-de-vida doloroso. Todavia, este estudo mostra que há certa insegurança quanto a definições importantes que envolvem os pacientes sem prognóstico. A falta de uma legislação clara e objetiva a respeito do as-

sunto, bem como a falta de interesse dos próprios profissionais em se manter informados, resulta numa medicina intensiva insegura. Um sinal importante dessa insegurança é a omissão de informações no prontuário e o registro inacurado da conduta realizada.

Percebe-se, portanto, a necessidade de amplas discussões multidisciplinares sobre essas questões no ambiente hospitalar, assim como para esclarecer a sociedade a respeito desse tão importante tema. É imprescindível que não apenas os profissionais busquem manter-se informados, mas também as próprias instituições os incentivem.

Colaboradores

D Gaudêncio e O Messeder participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Elias N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
2. Pessini L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: São Camilo-Loyola; 2001.
3. Batista SR, Schramm RF. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):31-41.
4. Kipper DJ, Piva JP. Dilemas éticos e legais em pacientes criticamente doentes. *J Pediatr (Rio J)*. 1998; 74:261-262.
5. Lang F, Quill T. Making Decisions with Families at the End of Life. *American Family Physician* [periódico na Internet] 2004 [acessado 2007 jan]. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp>
6. Pessini L. *Eutanásia: por que abreviar a vida?* São Paulo: Loyola; 2004.
7. Pessini L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. *Bioética* 2004; 12(1):39-60.
8. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
9. Zucker BM. *Medical Futility: and the evaluation of life-sustaining interventions*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
10. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Critical Care Medicine* 1999; 27(8):1626-1633.
11. Lago P, Jefferson P, Délio K, Pedro CG, Cristiane P, Mateus G, Branco R, Bueno F, Traiber C, Araújo T, Wortmann D, Librelato G, Soardi D. Limitação de suporte de vida em três unidades de terapia intensiva pediátrica do sul do Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2005; 81(2):111-117.
12. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética* 1993; 1:129-138.
13. Jonhston CS, Pfeifer PM. End-of-life Study Group: patient and physician roles in end-of-life decision making. *J Gen Intern Med* 1998; 13:43-45.
14. Dickenson LD. Are medical ethicists out of touch? Practitioner end of life attitudes in the US and UK towards decisions at the end of life. *J. Med. Ethics* 2000; 26:254-260.
15. Cook D, Graeme R, Daren H. Dying in the ICU: strategies that may improve end-of-life care. *Can J Anesth* 2004; 51(3):266-272.
16. Carvalho PRA, Rocha TS, Santo AE, Lago P. Modos de Morrer na UTI Pediátrica de um Hospital Terciário. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2001; 47(4):325-331.
17. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5a ed. São Paulo: Atlas; 1999.