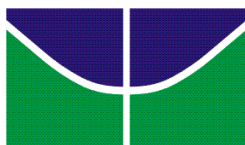


**DECISÕES ÉTICAS NA TERMINALIDADE DA VIDA: CONHECIMENTOS E
CONDUTAS DE MÉDICOS INTENSIVISTAS
DE GOIÁS E DISTRITO FEDERAL**

KATIA TÔRRES BATISTA

Brasília, 2010



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

**DECISÕES ÉTICAS NA TERMINALIDADE DA VIDA: CONHECIMENTOS E
CONDUTAS DE MÉDICOS INTENSIVISTAS
DE GOIÁS E DISTRITO FEDERAL**

Kátia Tôrres Batista

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Bioética da Universidade
de Brasília como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Bioética.

Orientadora: Prof.^a Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília, 2010

Banca examinadora

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl – Presidente

**Instituto de Psicologia e Cátedra Unesco de Bioética da
Universidade de Brasília**

Prof. Dr. Volnei Garrafa - Membro

**Faculdade de Ciências da Saúde e Cátedra Unesco de Bioética da
Universidade de Brasília**

Profa. Dra. Dora de Oliveira e Silva Porto – Membro

Conselho Federal de Medicina

Profa. Dra. Helena Eri Shimizu – Suplente

**Departamento de Enfermagem e Cátedra Unesco de Bioética da
Universidade de Brasília**

Dedico aos meus queridos filhos

Rafael e Marina,

Pais e irmãos.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília, representado por seu Coordenador Professor Doutor Volnei Garrafa, pela possibilidade de estudar e analisar os dilemas éticos e morais diretamente influentes em todos os campos da nossa vida.

Aos professores e colegas, que pelo ensino, experiência, convivência e discussões muito enriqueceram o conhecimento e senso de colaboração.

À Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor pela possibilidade de exercer a medicina, propiciar a reabilitação aos pacientes de forma digna e associar a essa atividade assistencial e humanitária a oportunidade de realizar o curso de mestrado. Aos colegas da equipe de Cirurgia Plástica do Hospital Sarah, pelo apoio e aprendizado durante a convivência.

À orientadora, Professora Doutora Eliane Maria Fleury Seidl, especial agradecimento pela amizade, seriedade e competência. Durante todo o trabalho esclareceu dúvidas, incentivou, forneceu apoio científico e proporcionou uma dinâmica de discussão que propiciou a realização dessa dissertação.

“Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer. A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A reverência pela vida exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir...”

Rubem Alves

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS TABELAS.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
I - INTRODUÇÃO	12
II - REVISÃO DA LITERATURA	20
1 - Morte Encefálica	20
2 - Eutanásia	25
3 - Distanásia e futilidade terapêutica.....	27
4 - Ortotanásia e limitação terapêutica	28
5 - Estado terminal e estado vegetativo persistente.....	30
6 - Unidades de Terapia Intensiva	32
6.1 - Ressuscitação cardiopulmonar	37
6.2 - Cuidados ordinários e extraordinários	39
6.3 - Não adoção ou retirada de medidas de suporte de vida	40
III – JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	42
1. Justificativa.....	42
2. Objetivos do estudo	44
IV - METODOLOGIA	45
1 - Aspectos éticos	45
2 – Participantes	45
3 - Instrumento	46
4 - Procedimentos de coleta de dados.....	46
5 - Análise de dados	47
IV- RESULTADOS.....	48
1 - Uma experiência preliminar: vivenciando um ambiente de UTI.....	48
2 - O estudo com médicos intensivistas.....	49
2.1. Caracterização sociodemográfica e da atuação profissional dos participantes.....	49
V – DISCUSSÃO	55
1. Análise bioética	63
2 -Limitações do estudo.....	68
VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXO 1	87
Carta de Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.....	87
ANEXO 2	88
Termo de consentimento livre e esclarecido	88
ANEXO 3	89
Declaração de responsabilidade e conflitos de interesses	89
ANEXO 4	90
Questionário Piloto	90
ANEXO 5	92
Questionário final	92
ANEXO 6	95
Resolução CFM N° 1.480/ 97.....	95
ANEXO 7	98
Resolução CFM n° 1.805/2006.....	98

Brasília, 9 de novembro de 2006	100
ANEXO 8	101
Resumo apresentado ao Congresso Brasileiro de Bioética	101
ANEXO 9	102
Resolução CREMESP nº 71/95.....	102

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – Distribuição do número de leitos de UTI no Brasil por região, 2003 ⁶⁷	34
Tabela 1 - Características sociodemográficas e da atuação profissional dos médicos participantes (N=15).	50
Tabela 2 – Distribuição quanto à religião ou crença em doutrina específica (N=15). .	51
Figura 2 - Conhecimento da Resolução do CFM nº 1.805/06 ¹² , segundo relato dos participantes.	51
Tabela 3 - Distribuição dos participantes quanto à definição de ortotanásia (N=15). ...	52
Tabela 4 – Definição de morte encefálica (N=15).	52
Tabela 5 – Categorias de fatores norteadores para tomada de decisão quanto à limitação ou retirada de suporte vital, segundo os participantes.	53
Tabela 6 – Categorias de aspectos que impediriam ou limitariam a aplicação da Resolução 1.805/2006 ¹² , segundo a percepção dos participantes.	54

LISTA DE ABREVIATURAS

AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira
CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CFM - Conselho Federal de Medicina
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CRM - Conselho Regional de Medicina
DF – Distrito Federal
EEG – Eletroencefalograma
ES – Espírito Santo
GO – Goiás
LSV - Limitação de suporte vital
LT – Limitação terapêutica
ME – Morte encefálica
RCP - Ressuscitação cardiopulmonar
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONR - Ordem de não ressuscitação
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
SVA - Suporte vital avançado
TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

Nos dias atuais, a morte ocorre principalmente em hospitais, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O atendimento a pessoas na terminalidade da vida pode representar situação de extrema dificuldade para os médicos, sobretudo, os intensivistas. Na tentativa de dirimir esses dilemas, o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução 1.805/2006, que dispõe sobre a legalização da ortotanásia; no entanto, essa resolução tem gerado dúvidas e foi suspensa por decisão liminar pelo Ministério Público. Esse estudo teve por objetivos: (1) descrever conhecimentos e condutas de médicos intensivistas em situações de limitação de suporte vital de pacientes no final da vida; (2) analisar, à luz da bioética, os conhecimentos e as condutas concernentes à morte encefálica e à prática da ortotanásia. Realizou-se estudo descritivo, exploratório, com aplicação de questionário anônimo durante evento sobre terapia intensiva realizado na região Centro-Oeste. Técnicas quantitativas e qualitativas foram usadas na coleta e na análise de dados. Participaram quinze médicos que trabalhavam em UTI, dez homens e cinco mulheres, com idade entre 20 e 40 anos. Os participantes relataram conceitos diferentes para ortotanásia, indicando desconhecimento sobre o tema. Foram apontados como aspectos norteadores para a tomada de decisão no final da vida, em maior frequência, o prognóstico da doença e a irreversibilidade da morte. Constatou-se o desconhecimento da referida Resolução de cerca da metade dos participantes. Quanto às limitações para a sua aplicação, citaram-se os aspectos legais, a falta capacitação e de consenso da equipe, a insegurança para decidir sobre a questão e a dificuldade para confirmar o diagnóstico de morte encefálica. O estudo aponta para a necessidade de discussão, à luz da bioética, dos temas referentes à limitação do suporte vital, tendo em vista a dignidade do processo de morrer. A ortotanásia é ética e moral quando for baseada em coordenações consensuais de ações que defendam a autonomia dos pacientes e seus familiares em situações de terminalidade da vida. Concluiu-se que a linguagem dos profissionais para definir os termos referentes às situações do final da vida pode confundi-los e, principalmente, a comunidade leiga, em especial quando a relação médico-paciente ocorre de forma assimétrica. Evidenciou-se também a necessidade do entendimento e do esclarecimento relativamente a seus conceitos e definições.

DESCRITORES: bioética, terminalidade da vida, limitação de suporte vital, unidade de terapia intensiva

ABSTRACT

Nowadays, death mainly occurs in hospitals, at Intensive Care Units (ICUs). Care delivery in the terminality of life can represent an extremely complex situation for physicians, mainly for those working in intensive care. In the attempt to solve these dilemmas, the Federal Medicine Council issued Resolution 1.805/2006, about the legalization of orthotanasia; this resolution has generated doubts though, and was suspended after an injunction by the Public Prosecution Service. This research aimed to: (1) describe knowledge and conducts of intensive care physicians in situations of end-of-life limitation of life support to patients; (2) analyze, in the light of bioethics, knowledge and conducts related to brain death and orthotanasia. A descriptive and exploratory research was carried out. An anonymous questionnaire was applied during an intensive care event in the Central-West of Brazil. Quantitative and qualitative techniques were used for data collection and analysis. Fifteen physicians participated with worked at ICU, ten men and five women, between 20 and 40 years of age. Participants reported different concepts for orthotanasia, indicating lack of knowledge on the theme. The aspects more frequently appointed to guide decision making at the end of life were the disease prognosis and the irreversibility of death. Almost half of the participants did not know the above mentioned resolution. As to limitations for its application, legal aspects were mentioned, as well as lack of training and consensus in the team, insecurity to decide on the issue and difficulty to confirm the diagnosis of brain death. The study points towards the need for discussion, in the light of bioethics, about themes related to the limitation of life support, in view of the dignity of the dying process. Orthotanasia is ethical and moral when based on consensual coordination of actions that defend the autonomy of patients and their relatives in life terminality situations. In conclusion, the professionals' language to define the terms related to end-of-life situations can confuse them and, mainly, the lay community, particularly when the physician-patient relation occurs asymmetrically. The need to understand and clarify these concepts and definitions was also evidenced.

DESCRIPTORS: bioethics, terminality of life, limitation of life support, intensive care unit

I - INTRODUÇÃO

Os dilemas relacionados à terminalidade da vida ocupam relevante e persistente espaço de discussão no contexto da bioética¹⁻⁵. São questões que ultrapassam, muitas vezes, os limites individuais e familiares, entrando no campo religioso ou de interesses de grupos sociais. A dificuldade é ainda maior quando se procura expressar essas questões na ética médica e na lei.

*A morte tem relação específica com a existência humana e faz parte do desenvolvimento humano*⁶. Segundo Heidegger⁷ constitui uma limitação do *ser-aí*, significa que a transcendência humana contém uma possibilidade de *não-ser*; entretanto, o caráter negativo da morte se coloca quando esta representa o término físico da vida. No sentido positivo, o ser humano leva em conta que a morte é um fenômeno da própria existência e não do término dela. É algo que apenas podemos experimentar indiretamente, no outro que morre. Para Dilthey⁸ temos conhecimento da morte, mas não podemos compreendê-la. É algo estranho e terrível, passível de representações fantásticas, da fé religiosa e da metafísica, que procuram tornar compreensível tal fato, como a crença nos mortos, a veneração dos antepassados e o culto aos defuntos.

Para doentes em fase terminal, não só a qualidade de vida é importante, mas também a morte digna. O que é morte digna no mundo atual, tecnológico e medicalizado? Steinhauer et al⁹ avaliaram fatores considerados importantes no final da vida para garantir uma morte digna, na perspectiva de pacientes e profissionais. Encontraram como principais fatores, para os pacientes, a sensação da vida completa, o desejo de não ser um peso para os familiares e para a sociedade, a capacidade para ajudar os outros, de estar em paz com Deus e a importância do prognóstico para o planejamento da morte. Esses autores enfatizaram a importância do estado de consciência, do controle do ambiente e dos sintomas, da preparação para a morte, do

bom relacionamento com os profissionais de saúde e da oportunidade de resolver pendências diversas. Concluíram que não há uma definição de morte digna, pois se trata de um processo dinâmico, particular, que deve ser compartilhado entre pacientes, familiares, cuidadores e profissionais, respeitando-se valores, religiões e preferências das pessoas. Os autores concluíram, ainda, que não só os cuidados físicos são cruciais, mas também os psicossociais, valorizando as experiências vivenciadas e o significado espiritual da vida⁹.

No estudo realizado por Moritz⁴, acerca do comportamento dos profissionais de saúde diante da morte, verificou-se a necessidade de maior debate sobre os temas morte e morrer, o sentimento de angústia ao falar da morte dos pacientes e a dificuldade de aceitá-la, ocasionando muitas vezes o prolongamento artificial da vida. Ademais, considerou-se que o debate sobre esse tema pode levar à mudança de conduta de profissionais. Finalmente, sugeriu-se o debate rotineiro do tema nos hospitais e na formação curricular dos profissionais da área da saúde.

São muitas as discussões sobre as decisões éticas do final da vida na maioria dos países. Em alguns, como o Brasil, discute-se a legalização e a aplicação da ortotanásia, ou seja, a morte natural, sem interferência da ciência, permitindo ao paciente morte digna, sem sofrimento, respeitando a evolução e o percurso da doença, limitando o suporte vital^{1,2,10}. É importante salientar que o Código Penal¹¹ vigente no Brasil foi criado pelo Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, pelo Presidente Getúlio Vargas, e entrou em vigor no dia 1º de janeiro de 1942, muito antes do surgimento da primeira UTI no Brasil. Ademais, o Código Penal brasileiro não acompanha o Código de Ética Médica, e com isso há margem para a ortotanásia ser considerada como eutanásia passiva e crime. Na tentativa de regulamentar a situação, orientar os profissionais e humanizar o processo de morte, o Conselho Federal de Medicina

publicou em 2006 a Resolução 1.805¹², na qual permitia ao médico *limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal*. Porém, um ano depois, a resolução foi suspensa por decisão liminar da 14ª Vara Federal do Distrito Federal, em ação movida pelo Ministério Público Federal¹³. Anteriormente a essa Resolução já havia, há nove anos o Projeto de lei do senador Gerson Camata (PMDB-ES)¹⁴ para legalizar a ortotanásia, o qual foi aprovado pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania e seguiu para aprovação na Câmara dos Deputados. De acordo com o projeto, não será mais considerado crime deixar de fazer uso de meios "desproporcionais e extraordinários", em situação de morte iminente ou inevitável. Para ser aplicada a ortotanásia, no entanto, é necessário o consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge ou companheiro, ascendente (pais e avós), descendente (filhos) ou irmão. Além disso, a situação de morte inevitável e próxima deve ser previamente atestada por dois médicos.

Em outros países, a discussão sobre as questões da terminalidade da vida já evoluiu e a eutanásia está legalizada em países como Holanda e Bélgica²⁻⁴. Estudo realizado na Holanda¹⁵ encontrou 2,6 pedidos/ano de aplicação da eutanásia para grupos de 10.000 habitantes, o que correspondeu a 1% da população, principalmente de indivíduos provenientes de zonas urbanas, com idade média de 67 anos, com o diagnóstico de câncer, doenças do sistema musculoesquelético, neurológico e síndrome de imunodeficiência adquirida. Os sintomas que mais influenciaram essa solicitação pelos pacientes foram, nos primeiros anos, a presença de dor e a dispnéia; nos anos seguintes predominaram a percepção de degradação e sentimento de desesperança¹⁵.

Na Nova Zelândia, ainda que a eutanásia seja ilegal, 63% dos médicos participantes de um estudo amplo optaram pela adoção de condutas que poderiam

acelerar a morte: 5,6% dessas condutas corresponderiam ao suicídio assistido ou eutanásia e 53% dos participantes informaram que não tinham discutido o assunto previamente na equipe¹⁶. No intuito de regulamentar as condutas relacionadas à terminalidade da vida, o serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto¹⁷, e países como os EUA¹⁸, França¹⁹ e Espanha²⁰ apresentaram propostas e leis para padronização de decisões a respeito de doentes competentes, incompetentes, bem como o testamento vital, definindo diretrizes prévias e modelos para a “ordem de não reanimar”.

Ademais, a literatura mostra que em todo mundo tem havido intenso debate sobre obstinação terapêutica, distanásia e tratamento fútil²¹⁻²⁶. A obstinação terapêutica consiste na busca de formas de tratamento cujos efeitos podem ser mais nocivos do que aqueles da própria doença²¹. É também denominada de intervenção não benéfica ou com baixa probabilidade de sucesso, realizada quando o sofrimento é inútil, pois não se pode atingir a cura esperada²¹⁻²⁵. A distanásia é o termo utilizado para o prolongamento artificial da morte, a morte em sofrimento²⁶. Aqui cabe a reflexão quanto aos critérios utilizados para definir o que constitui fazer o bem e garantir o respeito à dignidade humana — e quem estaria apto para tal —, papel primordial da discussão bioética. Algumas medidas quantitativas, como as de sobrevivência após medidas de ressuscitação cardiopulmonar, poderiam ser úteis, mas outros aspectos — psicológicos, sociais, econômicos, religiosos, familiares e jurídicos — são igualmente importantes²⁴. Quem estaria qualificado para identificar tais situações? Quais as repercussões psicossociais e econômicas?

Quanto ao tratamento fútil, cabe salientar que para sua definição é necessário saber da meta que se pretende alcançar e da probabilidade de sucesso aceitável.

Destaca-se, no entanto, que é mais difícil aplicar análises de custo-benefício em situações que incluem intervenções muito dispendiosas²¹⁻²⁵.

Outros estudos investigaram as práticas, condutas e opiniões de pessoas nas situações de terminalidade da vida e procuraram, inicialmente, conceituar e definir o momento exato da morte do ponto de vista clínico, ético e legal^{3, 4, 9,10}. Vale ressaltar que, na maioria das situações investigadas, os pacientes estavam muito mal ou em coma, dificultando o exercício da autonomia e o consentimento informado para pesquisas ou participação na decisão nos momentos finais da vida. Pela lei brasileira, ninguém pode dar o consentimento em nome de outra pessoa adulta para tratamento ou investigação, nem mesmo familiares e cuidadores. Ademais, ainda que o indivíduo tenha competência para exercer sua autonomia, quando os procedimentos são ilegais, muitas questões surgem, dentre elas: o que seria necessário para o exercício da autonomia da pessoa em fase terminal da vida? Qual o propósito da medicina? O que se pretende para o final da vida, uma morte digna ou o prolongamento artificial? É possível a “boa morte”?

Estudo realizado em Uganda²⁷ ilustra temas discutidos aqui, ao pesquisar as preferências das pessoas em situação de terminalidade da vida. Os resultados mostraram que a maioria relatou preferência por morrer em casa, sem dor ou outros sintomas angustiantes e estar com as finanças adequadas para as necessidades básicas. Em estudo realizado na Austrália²⁸ e em sete países europeus²⁹, observou-se que o país de origem era o principal determinante da atitude do médico diante das decisões de limitar ou não o suporte terapêutico, embora características individuais dos médicos como idade, crenças religiosas, sexo e experiência com pacientes terminais eram também fatores determinantes. Esses exemplos ilustram o fato de que apesar dos aspectos particulares, como culturais e religiosos, a maioria das pessoas morre em instituições hospitalares,

nas UTI, ou após cuidados de longa duração e muitos óbitos ocorrem devido à não adoção ou à retirada de medidas de suporte vital. Em resumo, na sociedade atual, o fenômeno da morte transferiu da esfera privada (casa) para os hospitais (espaço público) e tornou-se mais difícil, portanto, entender o fenômeno da morte, especialmente diante de doentes em fase terminal, no cotidiano das unidades de terapia intensiva quando se aplica ou se limita as medidas de suporte vital.

A morte sempre suscitou temor e inquietação no ser humano e as discussões sobre o fenômeno da morte se acentuaram com o advento e aplicação da tecnologia médica e, por isso, o tema proposto tem alta relevância entre os capítulos da bioética. Hoje a morte é vista como uma adversária que deve ser vencida a qualquer custo, com a possibilidade de o médico oferecer à pessoa em fase terminal uma forma de morrer^{4,30}. Atualmente são vários os conceitos e as definições de morte, como exemplo as definições de ortotanásia, eutanásia, distanásia e outros. São termos criados para definir as formas de morrer, mas podem ser confundidos, mal interpretados pela sociedade e pela comunidade médica, incluindo os intensivistas^{30,31}. Ademais, associado ao avanço tecnológico, somam-se o crescente envelhecimento populacional e as mudanças de valores éticos e direitos humanos, o que exige uma definição de quem seja o sujeito para deliberar sobre onde e como se deseja morrer. O principal dilema ético entre os intensivistas é quando utilizar toda a tecnologia disponível e por quanto tempo, considerando-se também relações de custo-benefício. Nessa perspectiva, frisa-se que cerca de 60% a 70% de doentes graves são incapazes de falar por si³⁰. Segundo Gracia³², o médico deveria contrabalançar seu *status* e dividir com o assistido o processo de deliberação. Segundo o autor, o importante não é tomarmos decisões clínicas corretas e, sim, prudentes.

Nessa perspectiva, o presente estudo se propõe à descrição exploratória do estágio atual do conhecimento e da conduta de médicos intensivistas do Estado de Goiás e do Distrito Federal quanto às questões do final da vida com análise e discussão à luz da bioética.

Para desenvolver o tema, o presente trabalho foi organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo foram introduzidos conteúdos de revisão da literatura para o entendimento sobre a definição de morte encefálica, eutanásia, distanásia e ortotanásia, descreveram-se o arcabouço do funcionamento das UTI no Brasil e os principais dilemas da ressuscitação cardiopulmonar, dos cuidados ordinários e extraordinários, da não-adoção ou retirada de medidas de suporte de vida. O primeiro capítulo apresenta, ao final, a justificativa do estudo e seus objetivos.

No segundo capítulo referente à metodologia, foram descritos os participantes, os instrumentos e procedimentos de coleta e análise de dados, a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Foram escolhidos médicos intensivistas para responder aos questionários devido à complexidade e frequência dos dilemas por eles vivenciados. Ademais, eles lidam com pessoas, na maioria das vezes, não mais competentes para decidir, e mesmo que competentes, sem condições para exercer sua autonomia.

No terceiro capítulo, estão apresentados os resultados da pesquisa descrevendo-se as características demográficas da amostra, bem como a análise das respostas às questões fechadas e abertas. No quarto capítulo os dados foram discutidos e analisados à luz da bioética, cujo eixo central girou em torno da ortotanásia e da Resolução do CFM 1.805/2006¹², procurando auxiliar na reflexão dos aspectos norteadores e limitadores nas decisões nos momentos finais da vida. No quinto capítulo, como considerações finais, identificaram-se as limitações do estudo e sua relevância. As medidas de

limitação de suporte vital, ou ortotanásia, ainda estão em discussão: de um lado, a defesa da sacralidade da vida, do outro os direitos individuais e do profissional médico, com o poder de não adoção ou retirada de medidas de suporte vital.

II - REVISÃO DA LITERATURA

Com base na revisão da literatura, pretendeu-se, inicialmente, identificar definições de morte encefálica, dos termos eutanásia, distanásia, ortotanásia, paciente terminal e estado vegetativo. A seguir, foram descritos as unidades de terapia intensiva, os procedimentos e os dilemas relativos à não adoção ou à retirada do suporte vital.

1 - Morte Encefálica

Ainda existe confusão entre as definições de morte encefálica e de morte cerebral. Na enciclopédia virtual Wikipédia³³, de acesso à população geral, designa-se *Morte Cerebral ou Morte Encefálica, a perda definitiva e irreversível das funções cerebrais relacionadas com a existência consciente*. No meio médico, o raciocínio que levou em 1968 à enunciação dos princípios do diagnóstico clínico da morte encefálica eram fundamentados no fluxo sanguíneo encefálico, ou seja, quando os níveis pressóricos se elevavam no interior do crânio, ocasionando queda no fluxo sanguíneo a ponto de suprimir a função neural e levando o tecido nervoso evoluir para lesão irreversível³⁴.

Historicamente, considera-se importante reportar à redefinição do conceito de morte ocorrida a partir de década de 1950³⁵. Esse período marca o início da era dos transplantes, com o primeiro transplante cardíaco realizado em 1967, por Christian Barnard, ocasião em que várias mudanças ocorreram, sobretudo, quanto à exigência da confirmação do momento exato da morte³⁵. Mollaret e Goulon³⁶ designavam o quadro clínico, caracterizado por respiração controlada, arreflexia e perda irreversível da consciência associada ao "silêncio" eletroencefalográfico, de *coma dépassé*. Hoje, a denominação de morte encefálica nada tem a ver com o conceito tradicional de morte, antes baseado somente nos parâmetros cardiorrespiratórios.

Até o fim do século XIX, acreditava-se que o cérebro era o único provedor da consciência, concepção que foi ampliada no século XX a partir do aporte de mais informações e conhecimentos do funcionamento cerebral. Com o desenvolvimento de técnicas de substituição de órgãos e medidas de terapia intensiva, tornou-se imprescindível estabelecer uma definição de morte cerebral³⁷. O primeiro passo na direção da definição de morte encefálica foi em 1960, em Harvard, por uma comissão presidida por Henry Beecher que concluiu que indivíduos em coma irreversível poderiam ser declarados mortos. Em 1969, a sociedade americana de eletroencefalografia publicou os critérios para definir morte cerebral³⁸. Em 1970, concluiu-se que estariam mortos os indivíduos com morte encefálica, mesmo se o cerebelo e a ponte estivessem em funcionamento. A grande confusão surgiu diante do fato de declarar a morte cerebral em corpos ainda vivos, quando mantidos por aparelhos^{37,38}.

Em 1975, a *American Bar Association* definiu morte como a cessação irreversível das funções totais do cérebro, de acordo com os padrões costumeiros da prática médica³⁸. Em 1981, a Comissão do Presidente dos Estados Unidos para o Estudo dos Problemas Éticos na Medicina e Pesquisa Biomédica e de Comportamento incorporou aos critérios para definição de morte cerebral o teste circulatório e respiratório para determinar a morte³⁸, por meio da *Uniform Determination of Death Act* (UDDA)³⁹ que definiu morte encefálica como a cessação irreversível dos sistemas circulatório e respiratório ou de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral, demonstrados por coma, apneia arreflexia, devendo ser repetida a avaliação clínica após um período de duas a 24 horas.

Bittencourt⁴⁰, após revisão da literatura mundial do diagnóstico de morte encefálica, considerou importante descartar causas reversíveis de coma capazes de

mimetizar a morte encefálica (ME). Os exames necessários para confirmação de morte encefálica são: exames clínicos que incluem reflexos coclear, corneano, oculocefalgiro, oculo vestibular, cocleopalpebral, teste da apneia avaliados por 12 horas e repetido a cada 12 horas. O exame eletroencefalográfico (EEG) deve demonstrar ausência de atividade elétrica cerebral o qual deverá ser realizado conforme as normas técnicas da *American EEG Society*⁴¹. Pela sua praticidade, o EEG deverá ser o exame de eleição para confirmação de ME quando houver pendências legais ou necessidade de diagnóstico precoce. Outros exames fidedignos são a angiografia de quatro vasos encefálicos ou outros métodos de medição do fluxo sanguíneo cerebral que demonstrem ausência de fluxo sanguíneo cerebral. Outra possibilidade é a ultrassonografia que poderá fornecer informações valiosas sobre ausência de circulação sanguínea em território das artérias carótidas que, quando disponível, substitui a angiografia cerebral com a vantagem de ser um exame não agressivo.

Nos trabalhos desenvolvidos pelo Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo³⁴ e por outros grandes centros mundiais de neurologia^{35,37,42,43}, discute-se a fundamentação do diagnóstico clínico da morte encefálica formulada em 1968, hoje invalidada pela larga aceitação dos conceitos relativos à "zona de penumbra" da isquemia focal, propostos em 1981³³. O *President Council on Bioethics*³⁷ de Washington traz no volume de dezembro de 2008 as controvérsias na determinação da morte, com temas como discussão clínica e patofisiológica, diagnóstico de morte encefálica, mudanças históricas sobre essa definição e debates filosóficos e éticos. Discutiu-se, também, como as confusões geradas pelo termo "morte cerebral" poderiam ser esclarecidas com a definição dos termos coma *depassé*, coma irreversível, coma apneico irreversível, parada cerebral e, o mais usado atualmente, morte encefálica. Os pesquisadores concluíram que os critérios

utilizados para o diagnóstico clínico de morte encefálica não permitiriam a exclusão de diagnóstico falso-positivo e a recuperação espontânea, tornando-se necessários os exames complementares para o diagnóstico. Ademais, o teste da apneia muito empregado em UTI para o diagnóstico clínico, pode desencadear ou antecipar a morte⁴². Outros exames empregados para o diagnóstico de morte também geram controvérsias, por exemplo, o EEG que capta a função do encéfalo, mas tem dificuldade para captar a função do tronco encefálico⁴³.

Vale ressaltar que o conceito inicial e tradicional de morte cerebral, previsto na legislação sobre transplantes, foi incluído em diversos Códigos de Deontologia Médica⁴⁴ e resultou em terminologia mais precisa e adequada. Com a denominação atual de morte encefálica, e o evoluir do tempo, modificações ocorrerão conforme se apresentem dados relevantes e inéditos em novos estudos sobre a atividade do tronco cerebral e do córtex. Embora muitos parâmetros já sejam suficientes para confirmação da morte encefálica, no Brasil, vários serviços de terapia intensiva não dispõem de recursos técnicos e humanos para confirmação desses diagnósticos⁴⁵.

Para Kind⁴⁶, a definição de morte ainda está por se construir. A questão central nas discussões culturais era saber quem teria a competência para determinar quando um ser humano estaria morto e para atestar a morte. Médicos e os juristas são pessoas autorizadas a atestar a morte, embora esse não seja um debate de consenso absoluto. O fato é que a definição de morte gera controvérsias, apesar das leis, das resoluções e das regulamentações e tem sido criticado como um construto social, pois esta definição foi elaborada para fins utilitários, com o objetivo de permitir os transplantes⁴⁶.

Com vista à regulamentação, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou as resoluções para caracterizar morte encefálica para doadores, não doadores e ortotanásia. A Resolução CFM nº 1.480 de 08/08/1997⁴⁷ definiu morte como a *parada total e*

irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial.

A morte encefálica é a abolição da vida de relação e da coordenação da vida vegetativa por lesão irreversível dos hemisférios cerebrais e do tronco cerebral. É diferente da morte cortical ou morte cerebral que apenas compromete a vida de relação, mas o tronco cerebral continua a regular os processos vitais pela integridade dos centros vasomotor, respiratório e termorregulador, sem a ajuda de meios artificiais⁴⁰. Na prática não é difícil distinguir entre morte encefálica e estado vegetativo persistente: neste último a respiração é espontânea, a estabilidade cardiovascular e os ciclos sono e vigília estão presentes.

A retirada de órgãos em pacientes com morte encefálica para transplantes está regulamentada pela Lei n° 9.434 de 4 de fevereiro de 1997⁴⁸, complementada pela Lei n° 10.211 de 23 de março de 2001⁴⁹. O aspecto mais importante dessa lei é a constatação da morte por dois médicos não participantes da equipe de transplantes, ao lado da utilização de critérios clínicos e tecnológicos, definidos por resoluções do Conselho Federal de Medicina. Tais definições decorrem da Resolução CFM n° 1.480, de 8 de agosto de 1997⁴⁷ que conceituou morte encefálica e a de n° 1.826, de 24 de outubro de 2007⁵⁰, que dispôs sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador.

Por fim, houve a edição da Resolução CFM n° 1.805/2006¹², foco de interesse do presente trabalho. Essa resolução foi revogada pelo Ministério Público Federal em 2007, nos autos da Ação Civil Pública n° 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal¹³, mas foi interposto recurso pelo Conselho Federal de Medicina perante o Tribunal Regional Federal – 1ª região, considerando-se tratar de medida de legítima justiça e de

defesa dos interesses maiores da sociedade⁵¹. Assim, no momento de coleta de dados do presente estudo, essa resolução não estava em vigência, mas havia ações judiciais em andamento para restabelecer seus efeitos normativos.

2 - Eutanásia

É importante a inserção deste tópico para a distinção dos termos que aparentemente são semelhantes, mas expressam significados diferenciados, tais como eutanásia, distanásia e ortotanásia^{52,53}. Schramm e Batista^{1,2} quando apresentam o debate bioético sobre a eutanásia e a “boa morte”, descrevem-na como *práxis que vem sendo entendida, desde a antiguidade, em seu sentido literal: boa morte (εὖ = adv. bem // regular, justamente // com bondade, com benevolência // felizmente; θάνατος = morte), ou seja, um passamento sem dor e sem sofrimento*. Atualmente, o conceito prevalecente é antecipação da morte de paciente incurável, geralmente terminal e em grande sofrimento físico ou psíquico, movido por compaixão^{1,2}. É classificada, segundo o modo de atuação do agente, em eutanásia ativa e eutanásia passiva; em relação à intenção do profissional, em direta e indireta ou duplo-efeito; e segundo a vontade do paciente, em voluntária e involuntária^{52,53}. É possível a “boa morte”?

A compreensão do significado de “bom” decorre de conformações históricas, pressupostos e valores. Na interpretação do significado da “boa morte”, devem-se considerar os valores e as crenças que definem o sentido da vida e da existência. Sob essa perspectiva, a eutanásia seria um ato de cuidado e respeito aos direitos fundamentais. A “boa morte” foi muito praticada na Antiguidade, como forma libertadora para o enfermo incurável e em agonia; outras formas, a piedosa e a eugênica também foram realizadas⁵². Na forma eugênica eliminaram-se pessoas com malformações, loucos, idiotas e portadores de alterações genéticas graves. A discussão

sobre o tema prosseguiu ao longo da história da humanidade e vale ressaltar o papel que teve o programa nazista da eutanásia com a proposta de “higienização social”, e que até hoje tem gerado desconfianças e medo para a sua prática.

A eutanásia é ilegal na maioria dos países. No Brasil é crime constante do Código Penal artigo 121⁵⁴, caracterizada como homicídio doloso. Foi liberada na Holanda (desde 2001), na Austrália (1996 – 1997), na Suíça, na Bélgica (desde 2002), no México (2008)⁵⁵. No estado do Oregon, nos EUA (1994)⁵⁵, legalizou-se o suicídio assistido, confundido com eutanásia. Na Holanda⁵⁶, a sua prática reconhece os cuidados na retirada de suporte vital: (1) a pedido do paciente; (2) nos casos considerados fúteis; (3) para o tratamento vigoroso da dor, mesmo que possa apressar a morte; (4) no suicídio assistido, prática realizada por meio de doses letais de medicamentos e (5) a pedido de pacientes competentes. Os três primeiros fazem parte da boa prática médica, os dois últimos deveriam ser feitos somente a pedido do paciente.

Além disso, os requisitos para a prática prudente da eutanásia são: o pedido voluntário do paciente, a condição insuportável e desesperada, a falta de alternativas aceitáveis para o tratamento, quando o método seja tecnicamente adequado e o parecer de outro médico^{57,59}. No entanto, na medida em que a decisão for tomada, os médicos não veem razão para prolongar o sofrimento⁵⁹. Muitas dessas decisões tornam-se mais complexas quando o paciente já não é mais competente para decidir e, para isso, propõe-se a realização de testamento em vida⁶⁰.

Vários autores discutem a eutanásia no Brasil, como Schramm² que destacou os argumentos que têm sido colocados contra a eutanásia: a sacralidade da vida e a desconfiança, possibilidade de atos não altruístas, pressão psíquica, qualidade de vida ruim, ausência de autonomia. O autor conclui que o mais importante na aplicação da eutanásia é o sentimento de compaixão. Já na concepção do bioeticista anglo-saxão,

Engelhardt⁶¹⁻⁶³, se racionalidade, liberdade e dignidade distinguem a “boa vida”, por que não poderiam definir a boa morte? A liberdade pessoal e a dignidade da pessoa humana são fundamentais para a moralidade secular. Em suma, a cultura da moralidade secular requer a ruptura com o passado tradicional cristão. Na tradição cristã o significado da “boa morte” está relacionado ao sofrimento e ao arrependimento. A meta da morte na perspectiva cristã tradicional não é agradável, exige sacrifício, a busca da santidade, aceitar Cristo e a sua cruz. Em contrapartida, as preocupações pós-tradicionais e seculares buscam a autodeterminação, o controle, a dignidade e a autoestima que fazem do suicídio assistido e da eutanásia ativa voluntária escolhas morais plausíveis, ao contrário do contexto tradicional cristão, no qual a eutanásia e o suicídio assistido não são aceitos⁶⁰⁻⁶¹. A lei da Espanha⁶⁴, por exemplo, considera crime de homicídio adotar a eutanásia, o mesmo posicionamento da lei brasileira.

A complexidade do debate é tamanha que dos países europeus, apenas a Holanda, a Bélgica e a Suíça têm legislação que trata especificamente do tema⁵⁷. Na Suíça, a eutanásia não é propriamente legal, mas se considera que ajudar um doente terminal a morrer é um ato humanitário. Na Inglaterra a eutanásia é ilegal, mas os juízes têm concedido sentenças favoráveis a pedidos de pacientes terminais com doenças incuráveis que provocam dores extremas os quais querem suspender seus tratamentos⁵⁷. Nos Estados Unidos, a eutanásia é ilegal, mas o estado do Oregon aprovou o *Ato da Morte com Dignidade* que legaliza o suicídio medicamente assistido³⁸.

3 - Distanásia e futilidade terapêutica

A distanásia é conceituada como agonia prolongada, morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido. Esse termo foi proposto por Morache, em 1904, em seu livro *Naissance et Mort*, sendo muito utilizado e discutido por Pessini²⁶.

A palavra fútil tem origem na palavra latina *futilis* e significa o que derrete facilmente ou derrama, mas o seu uso comum deriva de uma lenda grega. *As filhas de Danaus, o Rei da Argos, assassinaram os seus maridos e pelos seus crimes foram condenadas à eternidade a coletar água em baldes vazios e quando chegavam ao destino estavam com o balde vazio*, ou seja, seria algo que é inútil ou ineficaz²¹.

Futilidade descreve a inutilidade, a ausência de benefício ou de qualquer efeito. Especificamente, refere-se à falta de qualquer efeito desejado, ou seja, de intervenções médicas benéficas ao paciente, tanto por benefício direto, pela prevenção de danos ou por respeito às escolhas autônomas do paciente²². A futilidade terapêutica pode ser definida como o conjunto de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos inadequados e inúteis diante da situação irreversível da doença que pode causar sofrimento ao doente e a seus familiares ou terapia que não é capaz de atingir seus objetivos e não aumenta a sobrevida e melhora a qualidade de vida²¹⁻²⁵.

O Comitê de Ética da *Society of Critical Care*⁶³ publicou uma compilação de idéias que poderiam servir de guia para a suspensão de tratamento fútil. Os participantes do consenso concluíram que, para desaconselhar um tratamento, o tema deveria ser debatido entre os interessados, observando-se os valores morais da comunidade. As decisões deveriam ter respaldo legal e não poderiam levar em consideração unicamente escores prognósticos, destacando-se o papel fundamental do paciente na recusa prévia de tratamentos fúteis e da comunicação entre a equipe, pacientes e familiares.

4 - Ortotanásia e limitação terapêutica

Segundo Borges⁵³, em oposição à distanásia, surge o conceito de ortotanásia, morte correta, de origem etimológica grega proveniente do prefixo orto (certo) ou orthós (normal) e thanatos (morte). Significa o não prolongamento artificial do processo

natural da morte e deveria ser praticado apenas pelo médico, deixando a morte seguir seu curso natural, com o consentimento do paciente ou do familiar. A ortotanásia é conduta atípica perante o Código Penal, pois não é causa de morte da pessoa, uma vez que o processo de morte já está instalado, embora decorrências legais sejam possíveis.

Villas Boas⁵⁴ discute no seu artigo sobre a ortotanásia e o Direito Penal brasileiro considerando se é lícito deixar que o doente morra sem que sejam utilizados os recursos modernos de prolongamento vital ou se a retirada desses recursos configuraria eutanásia, delito de homicídio no ordenamento jurídico brasileiro. Essa autora descreve a distinção entre eutanásia passiva e ortotanásia. Na eutanásia passiva, omitem-se ou suspendem-se arbitrariamente condutas que ainda eram indicadas e oportunas as quais poderiam beneficiar o paciente, enquanto na ortotanásia — ou limitação terapêutica —, opta-se pela não adoção de medidas que não exerçam função e serviriam somente para o prolongamento artificial da vida. Compreendendo assim que as decisões da não adoção ou da suspensão de suporte vital “fútil” fariam parte do exercício médico regular e não implicaria crime. Enfim, procura-se a dignidade na morte, mais do que o prolongamento do sofrimento.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) acompanhando a evolução técnico-científica vem ampliando o debate sobre a terminalidade da vida. Em 2006 elaborou a Resolução 1.805¹² e em 2009 atualizou o Código de Ética Médica⁴⁴, vedando ao médico *efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida e exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.*

A resolução gerou interpretações distintas por parte de médicos, religiosos e de outros segmentos da sociedade. Uma das questões é sua inespecificidade das definições

sobre as situações e critérios clínicos para o diagnóstico da morte, o que daria margem a outras interpretações e atuações conforme a experiência e o conhecimento técnico de médicos em situações de limitação de suporte vital de pacientes no final da vida. O exemplo demonstrado pela posição do Ministério Público Federal, em documento de 20 de novembro de 2006, no qual recomendou a revogação da resolução CFM sobre a terminalidade da vida⁵³. Outro ponto não suficientemente esclarecido refere-se às diretrizes, procedimentos e orientações práticas para sua aplicação, o que colocaria em questão a obrigatoriedade dos cuidados paliativos.

5 - Estado terminal e estado vegetativo persistente

Neste tópico buscou-se distinguir entre estado terminal e vegetativo persistente. Os pacientes em estado terminal são aqueles cuja doença não responde a nenhuma terapêutica conhecida e entraram em processo que leva à morte, sendo portadores de enfermidades irreversíveis independentemente de tratamento ou não⁵. A palavra terminal é utilizada também para a falência de órgãos e a necessidade de aparelhos para substituição, por exemplo, a insuficiência renal crônica terminal. Os doentes podem desenvolver falência de múltiplos órgãos e sistemas e mesmo assim permanecer vivos graças às possibilidades tecnológicas disponíveis nas UTI e são considerados vítimas de enfermidades terminais cujo tratamento intensivo propiciaria o retardo da morte e não a recuperação da vida. Nessas situações, os médicos, demais profissionais, pacientes e familiares deparam-se com questionamentos sobre a manutenção do suporte avançado de vida, o melhor tratamento para o doente na fase terminal e quais terapias poderiam ser suspensas ou recusadas. Entende-se por suporte vital o conjunto de atos médicos, mediante o uso de tecnologia, procedimentos e/ou medicações que permite manter estável um paciente gravemente enfermo até que o seu organismo possa reagir

naturalmente contra a agressão cirúrgica, traumática, tóxica ou infecciosa que o levaram a ser internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Este suporte pode ser provido por reanimação cardiopulmonar, respiradores artificiais, diálise renal, drogas vasoativas, intervenções cirúrgicas na emergência, amputação, antibióticos, transfusão, nutrição e hidratação¹⁰.

Na Resolução do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) n.º 71⁶⁹, de 08 de novembro de 1995, definiu-se no artigo 2º que *paciente grave é aquele que apresenta instabilidade de algum de seus sistemas orgânicos, devido a alterações agudas ou agudizadas. Paciente de risco é aquele que tem alguma condição potencialmente determinante de instabilidade*. Parece uma definição simples, todavia existe grande confusão, principalmente no meio profissional, sobre a definição do momento exato da morte e do estado vegetativo permanente. Consideram-se como critérios para nortear as medidas e atitudes a serem adotadas para a confirmação da morte e a definição de terminalidade, (1) subjetivos: a falta de reações a estímulos; de interação com o meio ambiente; de resposta à dor; de pulso; da perfusão e o padrão ventilatório entre outros; (2) objetivos: exames laboratoriais; anatomopatológico; medidas de variáveis fisiológicas que confirmem ou não o estágio avançado e irreversível da doença; e (3) intuitivos: avaliados pelos profissionais e pelo paciente, e (4) morais e éticos: *prima-facie* os princípios da autonomia; beneficência; não-maleficência e justiça¹⁰.

O estado vegetativo persistente ou permanente é o estado de completo desconhecimento de si e do ambiente, acompanhado por ciclos de sono-vigília e preservação completa ou parcial das funções autonômicas do hipotálamo e do tronco cerebral⁵. Para o diagnóstico de estado vegetativo persistente, considera-se a falta de provas de consciência de si ou do ambiente, de sinais de resposta visual, auditiva, tátil

ou de estímulos nocivos voluntários e incapacidade para interagir com os outros, de provas da compreensão da língua ou da expressão, os ciclos intermitentes de sono-vigília, incontinência vesical e intestinal, a preservação das funções autonômicas do hipotálamo e tronco cerebral, suficientes para permitir a sobrevivência com cuidados médicos e de enfermagem.

Quando os pacientes apresentam doença incurável, progressiva, irreversível e não respondem a qualquer tratamento curativo, mas se mantêm os cuidados para alívio da dor e de outros sintomas e de oferta de alimentação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda os cuidados paliativos⁵. A ação paliativa, segundo Moritz⁵, é definida como *qualquer medida terapêutica sem intenção curativa, que visa diminuir, em ambiente hospitalar ou domiciliar, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente*. Pessoas com doenças crônico-evolutivas, por exemplo, demandam cuidados paliativos, prática já exercida no Brasil, ainda que em pequena escala. Entretanto, tem sido crescente a necessidade de cuidados mais especializados para esses pacientes e a regulamentação da especialidade. O lugar ideal para se morrer, na maioria das vezes, é junto dos familiares, todavia o desenrolar desse processo é difícil, tanto por não se saber como lidar com a agonia, pelo medo da morte, por dificuldades para obtenção do atestado de óbito. Essas dificuldades têm ocasionado a institucionalização da morte, a morte em hospitais, trazendo para o âmbito coletivo as decisões finais.

6 - Unidades de Terapia Intensiva

A unidade de terapia intensiva é uma unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes graves, com a falência de um ou mais sistemas orgânicos, que tenham a possibilidade de se recuperar com o suporte e

tratamento intensivos. Todo paciente admitido numa UTI é submetido a um conjunto de processos constituídos por: (1) suporte vital básico; (2) correção de fatores precipitantes; (3) suporte vital avançado; (4) suporte a falências orgânicas; (4) tratamento de complicações e intercorrências¹⁰.

A ideia precursora da unidade de terapia intensiva foi da enfermeira italiana Florence Nightingale, em 1854, durante a Guerra da Crimeia, quando Reino Unido, França e Turquia declararam guerra à Rússia⁶⁵. O primeiro médico intensivista foi Peter Safar na década de 1950, anesthesiologista criador das técnicas de manutenção de vida para pacientes críticos e também fundador da Associação Mundial de Medicina de Emergência e da *Society of Critical Care Medicine*, em 1972⁶³. Na década de 1960, implantou-se a primeira UTI brasileira em São Paulo e a prática da ventilação mecânica com a importação de “pulmões de aço”, inicialmente utilizados para o tratamento de pacientes com poliomielite e para procedimentos anestésicos⁶⁵. Nos anos 70-80 do século passado, foram realmente introduzidas as UTI para o tratamento de pacientes críticos. Desde essa época começaram a surgir dilemas quanto a custos e benefícios, efeitos colaterais e iatrogênicos e confrontos éticos para os transplantes, manutenção do suporte vital e obtenção de vantagens financeiras. Em 1977 fundou-se a Sociedade Paulista de Terapia Intensiva⁶⁶ e, em novembro de 1980, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)⁶⁵, em São Paulo – essa última catalogou mais de mil Unidades de Terapia Intensiva e cerca de 13,7 mil médicos atuando na área no País. Dados de 2003 indicam que o número desses profissionais chegava a cerca de 20 mil, e o número de leitos em UTI a 20.870 unidades, sendo 13.548 do Sistema Único de Saúde⁶⁷. A distribuição dos leitos de UTI por região no ano de 2003 está apresentada na Figura 1.

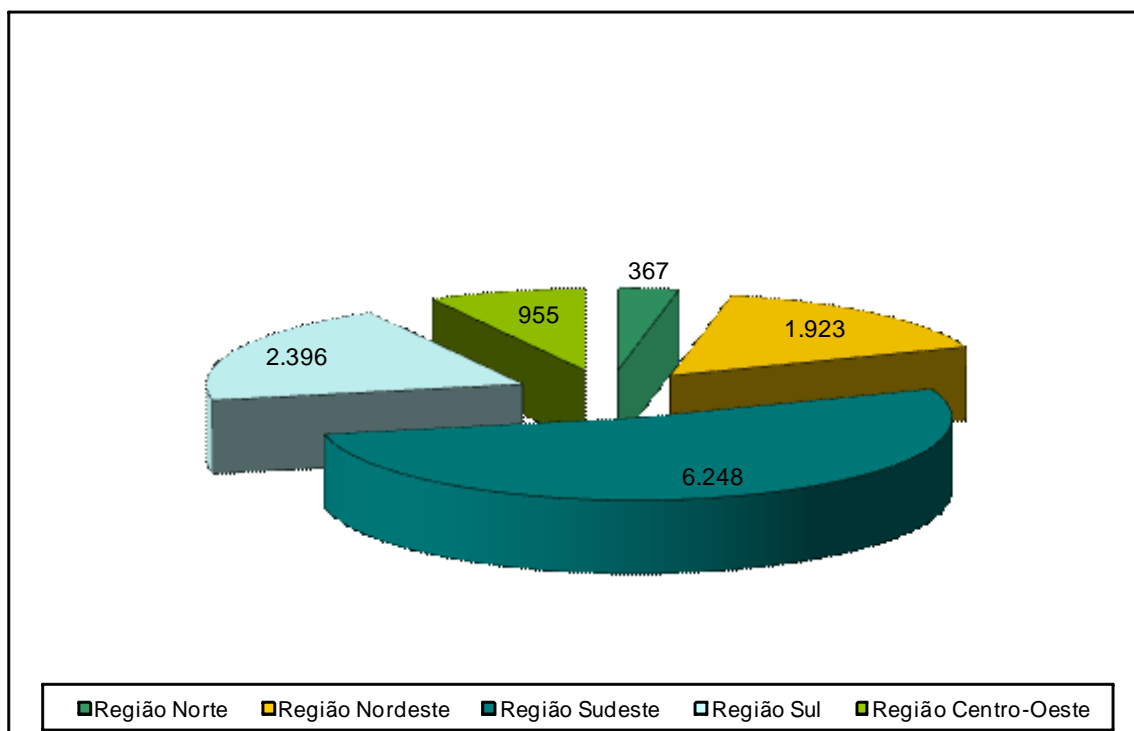


Figura 1 – Distribuição do número de leitos de UTI no Brasil por região, 2003⁶⁷

Feitos o suporte vital básico e a correção dos fatores precipitantes, iniciam-se as medidas de suporte vital avançado (SVA)¹⁰. Para o aperfeiçoamento da utilização dos leitos nas UTI, têm-se desenvolvido índices prognósticos, critérios de internação e alta nessas unidades. A Portaria nº 3432/98 do Ministério da Saúde⁶⁸ estabeleceu critérios de classificação das unidades de tratamento intensivo e as determinações para seu funcionamento e na Resolução nº 71, de 08 de novembro de 1995 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP)⁶⁹, considerando as definições de atribuições e âmbito de ação dessas Unidades e define UTI, paciente grave e a responsabilidade dos médicos intensivistas (Anexo 9). Vale destacar que o tempo médio de permanência de indivíduos em UTI no Brasil é de sete a oito dias, embora haja casos em que os pacientes ficaram em UTI até 40 anos⁶⁵.

Segundo Kipper³⁰, nas UTI, podem-se encontrar cinco categorias de pacientes: (1) aqueles com risco de morte por doenças potencialmente reversíveis; (2) com diagnóstico de morte encefálica; (3) em estado vegetativo; (4) terminais; (5) recém-

nascidos muito prematuros ou malformados com graves lesões neurológicas por problemas perinatais.

Segundo Lago⁷⁰, tanto no Brasil como no restante da América Latina, não existem protocolos assistenciais para o atendimento a pacientes terminais. Nas UTI pediátricas de países do Hemisfério Norte realizam-se treinamentos especiais para profissionais visando à melhoria do atendimento no período que precede à morte. Vale ressaltar que a morte ocorre no ambiente de terapia intensiva pela não adoção ou retirada desse suporte. Exemplificando, em estudo realizado em três UTI pediátricas, Lago⁷⁰ observou que a incidência de limitação de suporte de vida foi de 36,1%, com diferença significativa entre os hospitais pesquisados. A forma de limitação de suporte de vida mais frequente foi "ordem de não reanimar" e esteve associada à doença crônica; e ao tempo de internação na unidade de terapia intensiva pediátrica maior do que 24 horas. A autora destacou que a participação da família e dos comitês de ética no planejamento de final de vida nos casos estudados foi inferior a 10%⁷².

A *American Academy of Neurology*⁷¹ preconizou parâmetros para avaliação de pacientes comatosos após ressuscitação cardiopulmonar, por meio da *Escala de Glasgow* com a classificação em cinco categorias:

1. Boa recuperação: pacientes com capacidade de retomar atividades profissionais, ocupacionais e sociais normais, embora possa haver pequenos déficits físicos ou mentais.
2. Deficiência moderada: pacientes independentes que podem retomar a quase todas as atividades da vida diária. No entanto, eles são considerados deficientes, já que não podem participar de uma variedade dos serviços sociais e de atividades de trabalho.
3. Grave deficiência: pacientes incapazes para retomar a maioria das

atividades anteriores. Têm habilidades de comunicação limitada e comportamento anormal. Eles estão parcial ou totalmente dependentes para suas atividades de vida diária.

4. Estado vegetativo persistente: pacientes que apresentam condição clínica do desconhecimento total do próprio corpo e do ambiente.
5. Morte.

O médico intensivista é especializado e dedica-se ao atendimento do paciente internado nas Unidades Intensivas e Emergenciais. Possui conhecimento clínico e cirúrgico capaz de diagnosticar, medicar e realizar procedimentos emergenciais complexos. A especialidade é definida como Medicina Intensiva, reconhecida mundialmente com certificações específicas. Cabe a esse profissional avaliar a evolução do quadro clínico e medicar diariamente os pacientes internados com problemas nutricionais, cardiológicos, pulmonares, neurológicos entre outros. Responde integralmente pela condução e responsabilidade técnica da unidade⁶⁹.

Apesar de tais cuidados constantes e intensivos, em muitos casos, o quadro clínico se configura de tal forma que as pessoas morrem no final de uma série de intervenções, muitas delas invasivas. Com a aplicação dessas intervenções e procedimentos, o que se consegue às vezes é prolongar ou adiar o momento da morte, e não garantir a vida, restituindo a saúde e a qualidade de vida. A tradição ética é sensata e razoavelmente convincente quando pressupõe que a vida é boa e deve ser preservada, mas não é um bem absoluto que impede a morte, a ponto de exigir que as pessoas morram cercadas de tecnologias, sozinhas e isoladas de familiares ou pessoas queridas, em sofrimento ou mesmo tortura. Para Drane⁷², filósofo da Pensilvânia, os médicos da modernidade são treinados para utilizar de intervenções para curar doenças e prolongar

a vida. Até pouco tempo recebiam pouco ou nenhum treinamento quanto às diferentes formas de ajudar as pessoas a morrer.

Para o médico, não é fácil determinar o momento em que o paciente entrou no processo irreversível da morte quando nada mais deva ser feito para prolongar a vida. Os padrões científicos podem ser aplicados para saber o momento exato do “último suspiro”? Como definir ações que impedem a aplicação de procedimentos fúteis, às vezes desumanos? As condutas requerem a experiência e aplicação de parâmetros⁷³ tais como: se o paciente sofre de uma doença específica ou mortal; se esta é progressiva e irreversível; se é iminente; se o paciente está fraco, debilitado, acamado e é incapaz de executar suas funções básicas, andar, vestir, alimentar ou atividades humanas, pensar, escolher, relacionar com os outros. Normalmente, um médico com experiência faz esse julgamento e pode determinar quando as intervenções tecnológicas são ineficazes e não há como reverter o processo da morte^{74, 75}. Prendergast⁷⁶ definiu cinco modos de morrer em UTI: (1) falha na ressuscitação cardiopulmonar; (2) morte encefálica (já chegam mortos); (3) ordem de não reanimar; (4) não oferta de suporte vital; (5) retirada de suporte vital.

Diante desses desafios, os médicos que atuam em UTI passam por situações diversas: quando iniciar e em que momento suspender a ressuscitação cardiopulmonar, não adotar ou retirar o suporte avançado de vida, além dos cuidados considerados ordinários e extraordinários?

6.1 - Ressuscitação cardiopulmonar

Na definição do Centro de Bioética de Minnesota³⁵, a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é uma intervenção desenvolvida no campo da medicina de emergência para restaurar o funcionamento circulatório e respiratório em uma pessoa

que sofreu parada cardíaca ou respiratória. A RCP incorpora uma gama de procedimentos que vai desde o suporte básico de vida, com medidas tais como a ventilação “boca a boca”, "soco no peito” e compressão administrados por um "salvador"; inclui ainda outras técnicas de suporte avançado de vida, como a desfibrilação elétrica, massagem cardíaca aberta e o uso de fármacos administrados por equipe de cuidados de saúde ou profissionais no ambiente hospitalar. Inicialmente, foi criada para reanimar vítimas de eletrocussão, afogamento, overdose de drogas e outros acidentes, bem como infarto agudo do miocárdio.

Durante os anos 1960 e 1970, o uso do RCP expandiu para além do campo da medicina de emergência e se tornou o padrão de cuidado para praticamente todos os pacientes que estivessem morrendo. Mais recentemente, entretanto, surgiram dúvidas quanto à indicação da RCP para os pacientes que não tivessem possibilidade de recuperação após a ameaça imediata de morte⁷⁷⁻⁸⁰.

As manobras de ressuscitação cardiopulmonar ao contrário de outras intervenções médicas são iniciadas sem prescrição médica e para interrompê-la é necessária uma ordem médica. A ordem de não reanimar, para a maioria dos autores, é o mesmo que a não adoção de medidas de reanimação depois de parada cardiorrespiratória^{81, 82}.

No artigo descrito por Ardagh²¹ quando as pessoas híginas de meia idade são vítimas de parada cardíaca na comunidade, a chance de recuperação é de 30% se a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) for eficaz, diferente do idoso com doença pulmonar crônica, coronariopatia isquêmica e demência a chance é baixa. O prognóstico dos pacientes que ficam entre estes dois extremos é variável. Mesmo que pudéssemos prever uma taxa de sobrevivência de 10%, não saberíamos se o paciente em questão é um dos 10% ou dos 90%. A RCP é tentada para cerca de um terço dos dois

milhões de pacientes internados que morrem a cada ano nos hospitais dos EUA. Mais de 50% desses pacientes que receberam a RCP têm idade igual ou superior a 65 anos, e mais de 70% são do sexo masculino⁸⁰.

6.2 - Cuidados ordinários e extraordinários

Entende-se por cuidados ordinários e extraordinários, basicamente, a relação de custo e benefício para realizá-los quanto à sua proporcionalidade, ou seja, se os encargos superam os benefícios, do ponto de vista do paciente, se seriam considerados extraordinários e desproporcionais. São considerados cuidados ordinários o controle da dor, a hidratação, a nutrição, os cuidados psíquicos e emocionais, embora seja a experiência do paciente que qualifica o cuidado como ordinário ou extraordinário, proporcional ou desproporcional^{61,83,84}. Inspirando-se na *Declaração sobre Eutanásia* de 1980, da Congregação do Vaticano para a Doutrina da Fé⁸⁵, a instrução defendeu a distinção entre ordinário/proporcional e extraordinário/desproporcional. Nessa declaração uma pessoa não é obrigada a aceitar cuidados extraordinários ou desproporcionais para preservar a vida, ou seja, aqueles cuidados que envolve encargos excessivos ou tecnologia que não oferece qualquer esperança de benefício para o paciente^{86,87}.

O Papa João Paulo II afirmava que *a administração de alimentos e água, mesmo quando feita por vias artificiais, representa sempre um meio natural de conservação da vida, não um ato médico*⁸⁸. Para João Paulo II, é a realidade objetiva da tecnologia que constitui a sua obrigatoriedade moral, mais do que qualquer benefício que ela possa trazer para o paciente como pessoa^{88,89}. Essas definições levaram a vários questionamentos, principalmente, nos tribunais de justiça. À guisa de exemplo, como se

classificariam os tubos para alimentação? Seriam vias artificiais e atos médicos de cuidados ordinários ou extraordinários?^{86,87}.

6.3 - Não adoção ou retirada de medidas de suporte de vida

Desde a época de Hipócrates, os médicos não empregavam procedimentos fúteis, todavia, atualmente muito se tem discutido sobre esse assunto, também designado de obstinação terapêutica ou distanásia^{21, 26}. Logicamente, porque os recursos médicos podem ser considerados incipientes na Antiguidade, comparando-se com o “arsenal” que se dispõe agora. Tanto a não adoção quanto a retirada de medidas de suporte de vida têm sido motivo para discussão ética, religiosa e legal. A retirada do suporte inclui a suspensão de todo tratamento ou conduta médica de preservação da vida que se acredita não trará benefício para o paciente ou que possa até mesmo aumentar seu sofrimento. Manter os suportes que sustentam um indivíduo significa o prolongamento da vida ou a prorrogação da morte? Retirá-los significa a causa da morte? Ou é a doença que priva a pessoa de suas capacidades humanas e não pode ser revertida?

Muitos procedimentos são iatrogênicos, assim como o uso de medicamentos para o controle da dor e do sofrimento cujos efeitos colaterais poderiam acelerar a morte^{90,91}. É o que se denomina “duplo-efeito” ou sedação terminal. O uso desses medicamentos para pacientes com câncer, em fase terminal, não só diminuiria a dor, mas poderia também reduzir a sobrevivência do indivíduo. Não obstante, a utilização de drogas para aliviar o sofrimento não tem como objetivo primário o encurtamento da vida. No entanto, estudos que avaliaram o uso de opioides para o controle da dor não encontraram diferença na sobrevivência com o uso de altas ou baixas doses em doentes terminais⁹².

Para Bercovitch⁹² parece evidente que o uso de medicamentos para alívio da dor, assim como vários procedimentos realizados na medicina, não teriam como objetivo apressar a morte nem deveriam ser entendidos como eutanásia, pois fazem parte da prática médica. Os dados de sua pesquisa não mostraram mudanças na sobrevivência daqueles em uso de sedação paliativa e os que não usaram essa sedação embora os resultados sugerissem que os primeiros tiveram melhor qualidade de vida. Uma maneira para se comprovar essas afirmações seria por meio de estudo randomizado duplo cego ou por exames de imagem que visualizassem áreas cerebrais que sugerissem as diferenças, com o uso e sem o uso dessas drogas. Contudo, proceder tal pesquisa teria altos custos, ademais não seria ético e seguramente não seria aprovado por comitê de ética em pesquisa^{93,94}.

III – JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

1. Justificativa

O tema proposto tem alta relevância entre tópicos da Bioética. É um assunto antigo, porém sempre trouxe discussões e dificuldades, principalmente porque trata da questão de um ser humano oferecer a outro ser humano uma forma de morrer. A linguagem dos profissionais pode confundir os pacientes, e em especial a comunidade leiga, fazendo-se necessário entender e esclarecer os termos quanto a seus conceitos e definições.

Na cultura ocidental, morrer é associado à tristeza, ao sofrimento e à angústia. Com o desenvolvimento tecnológico alcançado no século XX, com o consequente aumento da expectativa de vida e o surgimento dos transplantes, ampliaram-se os debates sobre a maneira de morrer. As funções vitais do paciente terminal passaram a ser substituídas, ou complementadas, por algum tipo de procedimento, instrumento ou terapia, tornando mais difícil caracterizar o momento da morte em diversas situações^{3,4}. A questão que aqui se coloca é a distinção entre o momento em que a vida humana biológica termina e quando a pessoa deixa de existir⁶. A dificuldade é ainda maior quando se procura expressar essas questões na ética médica e na lei⁶, pois a ortotanásia é conduta atípica perante o Código Penal¹¹, ainda que não seja a causa de morte da pessoa, uma vez que o processo de morte já estaria instalado. Mesmo assim consequências legais são passíveis de acontecer.

Em geral, o médico, em especial o intensivista que lida diariamente com situações de adoção e retirada de suporte vital, procura enfrentar a morte dos pacientes em situação de terminalidade, considerada sua “maior adversária”, resultando em muitos casos em luta desenfreada pela manutenção da vida a qualquer preço, indiferente à vontade do doente e de seus familiares. Tal conduta pode trazer como consequência a

agonia prolongada, dor e o sofrimento do doente e de familiares. Isto ocasiona um sentimento de impotência tanto na família como nos profissionais de saúde, que se sentem responsáveis pelo fracasso de não sobrepujar a morte ^{1,3,4}.

Na tentativa de regulamentar a situação o Conselho Federal de Medicina elaborou a Resolução 1.805/06¹², embora esta ainda tenha trazido controvérsias, pois o que se observa na medicina, assim como no meio jurídico, são compreensões e definições diferentes na utilização do termo ortotanásia. Enquanto na medicina está relacionado à sua semântica, exprimindo morte no momento certo, sem abreviação da vida (o que corresponderia ao conceito de eutanásia ativa e passiva) e sem prolongamentos desproporcionados do processo de morrer (significado de distanásia), no meio jurídico ela é entendida como eutanásia passiva, ou seja, a suspensão dos recursos indispensáveis à manutenção da vida sejam esses medicamentosos ou tecnológicos.

Procurando avaliar o conhecimento e a conduta de médicos intensivistas quanto à referida resolução, motivo de intenso debate no Conselho Federal de Medicina e seus Regionais e no Senado Federal, a autora propôs o presente estudo, em caráter exploratório. Analisando do ponto de vista bioético, procurou-se estudar e refletir sobre a moralidade de problemas sociais e das situações persistentes como a terminalidade da vida. Nesta perspectiva, surgem dúvidas sobre o diagnóstico de morte encefálica, da competência e autonomia da pessoa que morre, dos limites e princípios norteadores, do papel do médico e da medicina, e principalmente aspectos relacionados à moralidade religiosa, sobretudo cristã. O domínio tecnológico atual levou ao prolongamento artificial da morte dependendo principalmente da decisão do médico que trata o doente. Essas questões nos levaram a refletir sobre como a Bioética poderia, com seu caráter protetor e normativo, auxiliar nessas questões.

2. Objetivos do estudo

O estudo teve por objetivos:

A. Descrever conhecimentos e condutas de médicos atuantes em unidades de terapia intensiva de Goiás e Distrito Federal quanto aos termos ortotanásia, morte encefálica, fatores norteadores e limitadores quanto à adoção ou retirada de suporte vital de pacientes no final da vida.

B. Analisar, à luz da bioética, os conhecimentos e condutas concernentes à condição de morte encefálica e da prática da ortotanásia, relatados pelos participantes da pesquisa.

IV - METODOLOGIA

Foi realizado estudo de corte transversal, descritivo, de caráter exploratório, utilizando técnicas quantitativas e qualitativas de análise de dados.

1 - Aspectos éticos

Inicialmente obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (Anexo 1), declarando que o estudo não envolveria indivíduos vulneráveis e que estaria adequado aos preceitos éticos exigidos pela legislação vigente. O levantamento foi realizado por meio de questionário aplicado a médicos intensivistas durante um Congresso de Terapia Intensiva realizado em 2009. Foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), após esclarecimento sobre a pesquisa, entregue separadamente do questionário para manter o sigilo da identidade do participante, conforme propugna a Resolução CNS 196/96⁹⁵. Os que aceitaram participar assinaram o TCLE e receberam uma via assinada pelos responsáveis pela pesquisa.

Para assegurar a integridade técnica, imparcialidade e evitar situações em que interesses de qualquer natureza pudessem afetar o resultado desse trabalho, o autor declarou que não houve conflito de interesses, ou participação financeira de entidades comerciais ou outra entidade de qualquer natureza que tivesse interesses comerciais (Anexo 3).

2 – Participantes

Quinze médicos intensivistas, inscritos em evento de terapia intensiva realizado na região Centro-Oeste, que aceitaram participar da pesquisa. O evento foi escolhido como local de coleta de dados por concentrar maior número de profissionais de uma região, interessados em discutir e se atualizar em temas relacionados ao trabalho em

UTI. A caracterização sociodemográfica e da atuação profissional dos participantes está na seção Resultados.

3 - Instrumento

Elaborou-se, inicialmente, questionário piloto abordando questões de múltipla escolha, que foi aplicado a cinco médicos intensivistas que trabalhavam em UTI de um hospital público localizado no Distrito Federal (Anexo 4). Em etapa posterior, adaptou-se o questionário, incluindo questões abertas, com base nas limitações observadas na etapa piloto. No estudo definitivo, aplicou-se o questionário (Anexo 5) com questões fechadas e abertas, versando na primeira parte sobre características sociodemográficas e da formação profissional dos participantes: sexo, idade, procedência, religião, tempo de formado, área de atuação, número de empregos atuais.

Na segunda parte foi focalizado o tema do estudo, abordando: a definição de ortotanásia, morte encefálica, razões para a decisão sobre oferta de suporte vital nas situações de morte. A terceira parte foi composta de questões para investigar o conhecimento e a aplicação dos preceitos definidos na Resolução 1.805/2006¹² CFM na UTI em que o profissional trabalhava, os possíveis motivos para a aplicação dos desses conceitos ou não, quantos pacientes estariam (ou estavam) em seu último plantão com ordem de não serem ressuscitados na UTI em que atuava. Foram solicitados ainda comentários sobre o estudo e o tema investigado.

4 - Procedimentos de coleta de dados

A pesquisa iniciou com a inserção do pesquisador no campo como observador participante, em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público situado em Brasília durante duas visitas semanais pelo período de um mês, atuando como um espectador. Com essas visitas procurou-se explorar o ambiente de trabalho dos médicos intensivistas na tentativa de auxiliar no processo reflexivo das impressões e a

finalização do questionário em conformidade com achados do referencial teórico nacional e internacional.

Foi feito contato prévio com representantes da Associação dos Médicos de Terapia Intensiva – AMIB e com o Presidente do Congresso, por e-mail e telefone, que consentiram e autorizaram a realização da coleta de dados durante o evento científico.

Os participantes receberam o questionário e duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) na pasta do evento em envelope fechado. A proposta da pesquisa foi divulgada e apresentada durante palestras, visando motivar os médicos a participar do estudo. Os que aceitaram participar da pesquisa assinaram as duas vias do TCLE; uma via assinada ficou com o participante e a outra com a pesquisadora. Os questionários foram depositados em urnas colocadas na secretaria do evento: urnas distintas, uma para o questionário e outra para o TCLE, de modo que não houvesse associação entre ambos, visando manter o sigilo da identidade do profissional que respondeu a pesquisa.

5 - Análise de dados

Os dados foram inseridos no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 15.0 para análise estatística descritiva. Dados oriundos de duas questões abertas foram analisados mediante o uso da técnica de análise de conteúdo, buscando-se categorizá-los, identificar a frequência das categorias, além da seleção de relatos que exemplificavam as mesmas. A análise foi precedida da leitura flutuante das respostas dadas, buscando-se identificar categorias e suas frequências, além de relatos ilustrativos das mesmas.

IV- RESULTADOS

1 - Uma experiência preliminar: vivenciando um ambiente de UTI

A pesquisadora iniciou o trabalho visitando uma UTI em um Hospital Público de Brasília. Observou um ambiente reservado do hospital, em um espaço único fechado onde estavam dispostos lado a lado, aproximadamente oito leitos, divididos por biombos para realização de procedimentos, tais como banhos, colocação de sondas, punções venosas e outros. Nesse espaço concentram muitos recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves ou em estado crítico, com a necessidade de acompanhamento constante, assistência médica e de enfermagem contínuas, além daqueles em recuperação de cirurgias de grande porte.

Ali trabalhavam dois médicos intensivistas durante o dia e um no período noturno, em regime de plantões. Em geral eram poucas pessoas internadas, na maioria inconscientes, cercadas por aparelhos, respiradores, monitores, sondas para alimentação e vesical, permanecendo internados em média três dias, aqueles em recuperação pós-operatória, há 11 anos, um caso dependente de respirador. É um ambiente muito ruidoso, os profissionais (dois médicos, cinco enfermeiros e auxiliares na instituição observada) estão sempre apressados e atarefados, a rotina é exaustiva. Embora seja o local ideal para o atendimento a pacientes agudos graves recuperáveis, a UTI parece se constituir em um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital, tendendo a ser frio, isolado e fechado. Os fatores agressivos não atingem apenas os pacientes, mas também a equipe multiprofissional, que convive diariamente com ressuscitações, pacientes muito graves, isolamento e morte. Essa visita permitiu à pesquisadora observar e vivenciar o cotidiano de uma UTI para melhor aproximação com a realidade do estudo em questão.

2 - O estudo com médicos intensivistas

O cenário da pesquisa foi um evento de terapia intensiva, realizado em centro de convenções da região Centro-Oeste, no ano de 2009, durante três dias, com profissionais de várias áreas de saúde inscritos. Vale ressaltar que a maioria dos especialistas em medicina intensiva está concentrada nas regiões Sudeste (2,42 médicos/100 mil habitantes) e na região Centro-oeste (2,18 médicos/100mil habitantes)⁹⁶.

O espaço físico era distribuído da seguinte forma: três salas para temas da área médica e um auditório para temas de outras áreas da saúde. A programação era extensa e focava principalmente temas relacionados à aplicação técnica de procedimentos específicos. Pontuaram-se durante as palestras, os dilemas enfrentados, a falta de recursos, o número de mortes por complicações advindas de infecções por bactérias multirresistentes adquiridas no ambiente hospitalar, os novos procedimentos e a eficácia deles. Poucas atividades discutiam os aspectos éticos e bioéticos, sendo que estas foram apresentadas em maior frequência no auditório para outros profissionais de saúde. Foram distribuídos 150 questionários aos médicos intensivistas participantes do evento. Obteve-se a resposta de quinze participantes, dez homens e cinco mulheres, o que correspondeu a 10% do total de questionários distribuídos.

2.1. Caracterização sociodemográfica e da atuação profissional dos participantes

Referentes aos aspectos sociodemográficos e da atuação profissional (Tabela 1), observou-se que os participantes incluíram dez homens (67%) e cinco mulheres (33%). Nove (60%) deles eram procedentes do Estado de Goiás e seis (40%) do DF. A idade variou de 26 a 52 anos (média=36,1; DP=8,9). O tempo desde a formatura variou de um a 27 anos (média=11,0; DP=9,1), sendo que sete deles (46,7%) deles tinham mais de

onze anos de formado. Quanto ao número de empregos em UTI, dez participantes (67%) citaram um emprego.

Na questão religiosa ou de crença em doutrina específica (Tabela 2), onze (73%) médicos relataram ter religião ou professar uma doutrina específica, nove se declararam católicos, um evangélico e um espírita; dois informaram ter crenças religiosas não relativas a uma religião ou doutrina específica.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e da atuação profissional dos médicos participantes (N=15).

Características		n	%
Sexo	Homens	10	67,0
	Mulheres	5	33,0
Idade (média= 36,1; DP=8,9)	<30	5	33,3
	31 a 40	5	33,3
	>41	5	33,3
Procedência	GO	9	60,0
	DF	6	40,0
Tempo de formatura (em anos)	Até 4 anos	5	33,3
	De 5 a 10 anos	3	20,0
	Mais de 11 anos	7	46,7
Tipo de serviço onde atuava	Público	8	53,3
	Privado	3	20,0
	Ambos	4	26,7
Número de empregos em UTI	Um	10	67,0
	Mais de um	5	33,0
Tempo de atuação em UTI (em anos)	Até 4 anos	6	40,0
	De 5 a 10 anos	5	33,5
	Mais de 11 anos	4	26,7

Tabela 2 – Distribuição quanto à religião ou à crença em doutrina específica (N=15).

Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada?	n	%
Sim, tenho religião ou crença em uma doutrina específica.	11	73,3
Sim, tenho crenças religiosas, mas não são relativas a uma religião ou a doutrina específica.	2	13,3
Não, não tenho crenças religiosas nem acredito em doutrinas desse tipo.	1	6,7
Outro	1	6,7

No que tange ao conhecimento da Resolução do CFM nº 1.805/06¹², nove médicos (60%) disseram que a conheciam, e seis informaram que desconheciam tal documento (Figura 2).

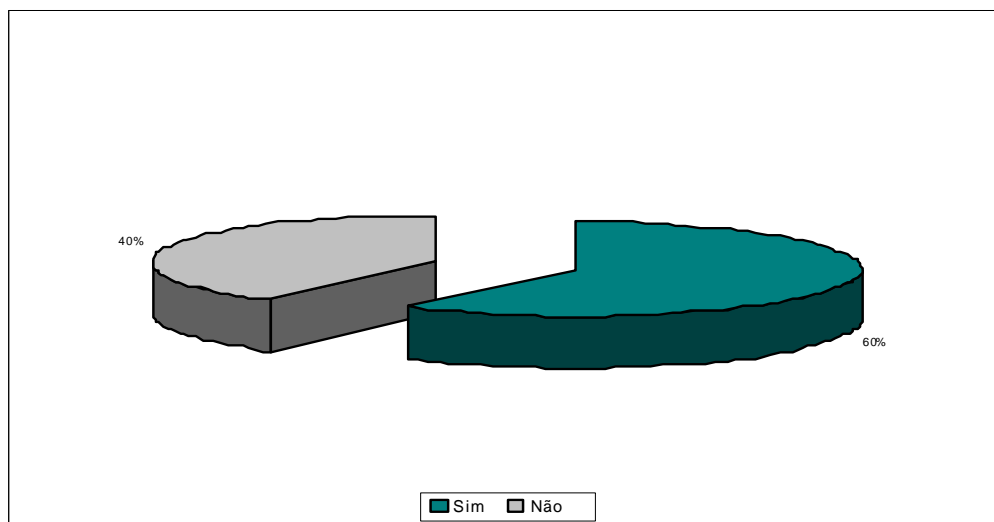


Figura 2 - Conhecimento da Resolução do CFM nº 1.805/06¹², segundo relato dos participantes.

No que se refere à definição de ortotanásia, oito (53,3%) consideraram a definição de ortotanásia como morte certa, o não prolongamento artificial do processo natural da morte, tal como definida na literatura (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes quanto à definição de ortotanásia (N=15).

Definição	Frequência	%
(a) Boa morte (<i>eu</i> = bom; <i>thanatos</i> = morte), morte sem dor, morte piedosa	7	46,7
(b) A morte em agonia, com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido	0	0
(c) Morte certa, o não prolongamento artificial do processo natural da morte	8	53,3

Obs.: Melhor opção é a letra “c”

Quanto à definição de morte encefálica, seis participantes (40%) escolheram a alternativa que a descrevia como abolição da vida de relação e da coordenação da vida vegetativa por lesão irreversível dos hemisférios cerebrais e do tronco cerebral, tal como definida na literatura especializada (Tabela 4).

Tabela 4 – Definição de morte encefálica (N=15).

Definições	Frequência	%
(a) É a cessação irreversível das funções totais do cérebro, de acordo com os padrões costumeiros da prática médica	7	46,7
(b) É a abolição da vida de relação e da coordenação da vida vegetativa por lesão irreversível dos hemisférios cerebrais e do tronco cerebral.	6	40,0
(c) Compromete a vida de relação, mas o tronco cerebral continua a regular os processos vitais pela integridade dos centros vasomotor, respiratório e termorregulador, sem a ajuda de meios artificiais	2	13,3

Obs.: Melhor opção letra “b”

Na questão aberta referente aos motivos para a não aplicação da limitação do suporte de vida, os resultados estão na Tabela 5.

Tabela 5 – Categorias de fatores norteadores para tomada de decisão quanto à limitação ou retirada de suporte vital, segundo os participantes.

Categoria	Frequência	Exemplos de relatos
Prognóstico da doença	9	“ausência de perspectiva de recuperação clínica em doença aguda ou em doença crônica terminal”; “benefício da terapia é questionável”
Irreversibilidade do quadro clínico	5	“Paciente em ventilação mecânica sem resposta a estímulos externos, com necessidade de drogas vasoativas e inotrópicas, com ausência de atividade cerebral”
Dor e sofrimento do paciente	4	“minimizar o sofrimento do paciente”
Opinião de familiares	4	“a opinião dos familiares”
Decisão da equipe da UTI	2	“opinião da equipe da UTI”
Incentivo à doação de órgãos	1	“incentivar a doação de órgãos”

É importante ressaltar que cada participante indicou até três motivos norteadores ou limitantes para tomada de decisão sobre à limitação ou à retirada de suporte vital, a frequência de relatos é maior que o número total de respondentes. Observou-se que as categorias *prognóstico da doença* e *irreversibilidade do quadro clínico* tiveram maior frequência de relatos, como motivos para a tomada de decisão sobre à limitação ou á retirada do suporte vital, seguidas da condição de *dor e sofrimento do paciente*, *da opinião dos familiares* e *da equipe da UTI*. Um relato fez menção à *doação de órgãos* como fator que favorece a tomada de decisão nessas situações.

Nos quesitos relacionados à limitação do suporte vital UTI onde o profissional atuava, dois participantes (13,3%) informaram que ela vinha sendo aplicada, seis (40%) relataram que ela não era aplicada e sete (46,7%) referiram não saber informar sobre o tema.

Os dois médicos (participantes 6 e 10 no banco de dados) que mencionaram limitação do suporte vital na UTI onde atuavam, justificaram que esta se dava segundo a vontade de familiares e na discussão com a equipe e familiares. As respostas negativas a essa questão, que constituíram a maioria, foram categorizadas, e são apresentadas na Tabela 6. É digno de nota que cinco participantes não responderam acerca dos motivos que levariam a não aplicação da resolução na UTI em que trabalhavam, sugerindo a presença de dificuldades relativas ao tema investigado.

Tabela 6 – Categorias de aspectos que impediriam ou limitariam a aplicação da Resolução 1.805/2006¹², segundo a percepção dos participantes.

Categoria	Frequência	Exemplos de relatos
Motivos legais	4	<i>“aspecto ético-legal”; “legal”; “implicações éticas”</i>
Falta de capacitação e insegurança da equipe para decidir	2	<i>“pouca capacitação da equipe para decidir”; “insegurança da equipe”</i>
Falta de consenso da equipe	2	<i>“falta de consenso da equipe, falta de protocolos”; “falta de seguimento horizontal”</i>
Dificuldade para confirmar o diagnóstico de morte encefálica.	1	<i>“dificuldade para realizar os exames que comprovam a morte cerebral”</i>

Nos comentários finais, alguns participantes parabenizaram a iniciativa do estudo, outros ressaltaram a importância da comunicação aos familiares, a necessidade de *“reeducar os médicos quando está fazendo mal para o paciente”*. Foi destacado ainda que a resolução *“foi um grande salto para a postura do profissional intensivista no país”*, e assinalada a relevância de sua divulgação, como ilustram os relatos: *“é importante divulgação da resolução aos médicos e às pessoas”* e *“é necessário aumentar as discussões sobre o assunto”*.

V – DISCUSSÃO

As questões que se pretendeu explorar nesta pesquisa foram o conhecimento e a conduta de médicos intensivistas nas decisões relativas ao final da vida de pacientes em condição de terminalidade, com foco nos procedimentos de ortotanásia. Nos quesitos relacionados ao conhecimento, os médicos intensivistas apresentaram definições distintas de morte encefálica, e a maioria definiu-a como “a cessação irreversível das funções totais do cérebro, de acordo com os padrões costumeiros da prática médica” definição diferente da Resolução 1.480 do CFM⁴⁷ (Anexo 6). Embora exista grande debate e controvérsias sobre esse assunto a melhor definição engloba o conceito de irreversibilidade do encéfalo e do tronco encefálico, apontado por seis participantes.

Resultados semelhantes foram observados por Schein⁹⁷ em unidades de terapia intensiva de Porto Alegre sobre o conceito de morte encefálica, entre 246 médicos intensivistas entrevistados: os resultados mostraram que 17% desconheciam esse conceito. O autor concluiu que o conhecimento dos médicos sobre o tema era insuficiente. Embora não pareça haver o risco de algum paciente ter o diagnóstico de morte sem realmente estar morto, há a possibilidade de não se fazer o diagnóstico em indivíduos que já estejam mortos, dificultando os procedimentos para transplantes. Ademais a falta no diagnóstico pode ocasionar o prolongamento do sofrimento no final da vida, tratamento fútil ou obstinação terapêutica, além da ocupação desnecessária de leitos de UTI e o aumento de custos.

Na presente pesquisa, participaram profissionais com idade, tempo de formação e de trabalho em UTI diversificados, aspecto que foi positivo tendo em vista o número reduzido de participantes. Vale mencionar também que os médicos eram oriundos de apenas dois estados da região Centro-Oeste, deixando sem representação os Estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Presume-se que o desconhecimento da Resolução do CFM 1.805/2006¹² — observado em 40% dos participantes — pode decorrer da falta de divulgação desse instrumento legal ou mesmo pelo fato de essa Resolução não estar em vigência. No entanto, o percentual de participantes que desconhecia a Resolução foi expressivo, considerando que são médicos intensivistas que lidam com o tema em seu cotidiano profissional. Esses resultados indicam a necessidade de maior difusão e discussão das questões abordadas no presente estudo.

Para Drane⁹⁸, os conceitos podem sofrer mudanças e variações quanto ao entendimento, quando se enfoca a terminalidade. O autor assinala que é muito difícil fazer uma avaliação precisa e universalizar uma definição aceitável a respeito da condição de terminalidade. No entanto, essas definições são importantes na prática clínica para delimitar o momento para realizar a doação de órgãos e de transplantes. Palácios⁶², presidente da Sociedade Internacional de Bioética, afirmou que a proliferação de termos correlatos é obstáculo para as discussões e consensos e concorda com o código de ética médica espanhol que defende que os médicos devem buscar o bem-estar dos pacientes, ainda que isso resulte no encurtamento da vida.

O conceito de ortotanásia implica a limitação do suporte vital, considerado por alguns, como eutanásia passiva e entendido na legislação brasileira como crime, embora autores como Villas Boas⁵² tenha descrito que, se o processo da morte já se instalou e é irreversível, não pode haver criminalização do autor do procedimento. Os resultados mostraram a limitação do suporte vital em dois casos (13%) e a ordem de não ressuscitar em três casos (20%), número reduzido se comparado com outros estudos. No entanto, foi semelhante à pesquisa multicêntrica realizada com 31.417 participantes de 37 centros de 17 países europeus ao longo de um ano: encontraram-se de 6% a 13% de não oferta ou de retirada do suporte vital⁹⁹.

Tem-se constatado a posição paternalista dos médicos em unidades de terapia intensiva na Europa, o que poderia explicar atitudes de médicos intensivistas brasileiros, enquanto nos Estados Unidos da América (EUA) as medidas são baseadas na autodeterminação, na autonomia e no consentimento do indivíduo^{74, 75}. É importante diferenciar os conceitos de autonomia, competência, paternalismo e consentimento informado. Segundo Kottow¹⁰⁰, autonomia é a faculdade de autogoverno e competência refere-se à capacidade de raciocínio e deliberação para tomar decisões. A competência mental pode ser avaliada pela capacidade para captação e apreensão de informações e decisão com base nos valores pessoais, bem como na compreensão de alternativas e consequências da decisão.

Finalmente, entende-se por paternalismo a tomada de decisão por outra pessoa, sem considerar que esta é autônoma¹⁰⁰. Reconhece-se o paternalismo justificado ou protetor, quando um agente assume as decisões por um sujeito que não tem competência mental para decidir. O paternalismo também pode ser justificado, nas situações em que é exercido para impedir que as decisões e os atos de uma pessoa sejam lesivos a terceiros ou ao bem comum. Deve ser diferenciado do paternalismo autoritário, quando o agente impõe sua vontade ao sujeito.

O argumento médico favorável ao paternalismo é que mesmo que o sujeito tenha todas as informações para decidir e optar, a complexidade da medicina dificulta o entendimento e a sua participação. Como exemplo, têm-se as situações do final da vida, quando o sujeito é qualificado como incompetente, sem autonomia, e é submetido a decisões paternalistas como no caso dos doentes internados nas unidades de terapia intensiva¹⁰⁰. Nessas situações Garrafa¹⁰¹ assinala a *necessidade de reflexão sobre a valorização da comunicação como ferramenta para a humanização e o agir ético* e Kottow¹⁰⁰ sugere a informação completa e adequada que permite a compreensão de sua

situação clínica e alternativas existentes aos doentes e aos familiares ou responsáveis. Quando o paciente prefere entregar ao médico a decisão, o paternalismo é fruto da decisão livre e informada do enfermo. Na história da medicina o paternalismo preponderou, mas a partir de 1980 teve início a fase adaptativa, e nos anos 1990 consolidou-se a autonomia do indivíduo, tendo a bioética como ferramenta fundamental para a proteção desse direito.

Em todo o mundo, a incidência de medidas de limitação do suporte vital, ordem de não reanimação associada a não oferta ou a retirada de suporte vital, é variável, depende de aspectos multifatoriais, mas se nota que tem aumentado nos últimos 15 anos³⁰. Estudos têm demonstrado que pessoas internadas em UTI morrem mais por limitação do suporte vital (LSV) do que por falha na ressuscitação cardiopulmonar (RCP)^{92,94,102}. Pesquisa realizada em 1994 e 1995 mostrou que aproximadamente 25% das mortes em UTI nos EUA e no Canadá foram decorrentes de falhas na ressuscitação cardiopulmonar, enquanto 75% foram devidas à decisão de não adoção de medidas de suporte vital ou a sua retirada^{99,102}. Outra pesquisa indicou que 96% dos médicos intensivistas já suspenderam um tratamento considerado fútil, em algum momento de sua vida profissional e 14% das mortes nas UTI são precedidas da recusa em oferecer suporte vital e 36% da suspensão de um tratamento⁴.

Em adultos, a incidência de LSV parece variar entre 40% e 90%. No estudo realizado por Kipper³⁰ nas UTI pediátricas de Porto Alegre, observaram-se 18% de casos de limitação terapêutica. Em levantamento realizado na Bahia entre 67 óbitos encontrou-se 59% de limitação terapêutica (LT), não adoção de medidas de suporte avançado e ordem de não ressuscitar, sendo 17% por retirada de medidas de suporte¹⁰². No Brasil, Moritz^{4,5} encontrou procedimentos de LT em 32% dos óbitos e de 31% a 51,9% em UTI pediátrica.

Entre os motivos apontados como limitadores da aplicação dos preceitos contidos na Resolução do CFM, no presente estudo, foram citados os de natureza legal, quais sejam: a falta de consenso e de capacitação da equipe; insegurança para decidir; e dificuldade para confirmar o diagnóstico de morte encefálica. Na legislação brasileira, a ortotanásia é considerada crime^{10,52}, contrastando com a Lei Estadual de São Paulo nº 10.241/99, a chamada Lei Covas¹⁰³ que dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde, nos seus Artigos 1º e 5º os quais estabelecem que ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento desumano ou degradante permitindo ao doente escolher o local de sua morte, assim como recusar procedimentos e tratamentos de prolongamento da vida.

No Congresso Nacional, tramita no Senado Federal o Projeto de Lei nº 125/96¹⁰⁴ que estabelece critérios para a legalização da "morte sem dor". O projeto prevê a possibilidade de que pessoas em sofrimento físico ou psíquico possam solicitar procedimentos que visem à própria morte. Tramita também o Projeto de Lei nº 116/00¹⁰⁵ para legalização da ortotanásia, já aprovado pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, que seguirá para votação na Câmara dos Deputados. Se aprovado, a ortotanásia não será crime. Assim, a situação atual no plano da legislação brasileira não está clara para a atuação dos médicos intensivistas, ocasionando insegurança e receio quanto à prática profissional diante das situações de retirada ou de não adoção de suporte vital. A menção à necessidade de capacitação dos médicos deixa um alerta aos gestores de estabelecimentos públicos e privados com vista a propiciar espaços de aprendizado e de reflexão sobre a questão. Ademais, a capacitação é necessária também aos gestores das UTI, conforme apontado pelo Presidente da AMIB⁹⁶.

Como descreveu Fortes¹⁰⁶, o novo Código Civil brasileiro em seu Art.13º ressalta que, salvo por exigência médica, o indivíduo poderá dispor do próprio corpo

quando importar diminuição permanente da integridade física. Essa assertiva tem ainda um viés paternalista, pois caberia aos profissionais médicos definirem o que seria exigido. Além disso, pode ser considerado conflituooso com o disposto no Art. 15º, que afirma que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica. Esse autor faz a comparação entre a legislação brasileira e a francesa quanto à terminalidade da vida. Ele traz contribuições importantes sobre as reflexões que poderiam ser incorporadas à legislação brasileira, tais como as diretivas antecipadas que garantem a manifestação pessoal para situações de terminalidade da vida — a indicação de um representante que seja da confiança do paciente para tomar decisões em seu lugar, caso não esteja em condições de exercer sua vontade. Essa pessoa de confiança poderia ser alguém diferente do representante legal aventado nas normas civis brasileiras, podendo ser, por exemplo, um médico, um parente distante ou mesmo um amigo. Essas diretivas também levam em conta a obrigatoriedade dos cuidados paliativos¹⁰⁶.

Do ponto de vista jurídico, segundo Kipper¹⁰⁷, entre advogados e juristas o consenso é que não seria crime a interrupção de cuidados terapêuticos inúteis, fazendo referência à Lei Estadual de São Paulo n.º 10.241/99¹⁰³ relacionada aos direitos dos pacientes. Além disso, relata que não se sabe até hoje caso de profissional médico que tenha sido processado e condenado nessas situações. Considera ainda que *a consciência do médico indica que o melhor para um paciente em determinada situação é a limitação de tratamento, desde que o paciente concorde, não existe obstáculo jurídico a esta conduta*¹⁰⁷. Segundo o autor, existe, às vezes, objeções de ordem religiosa, devido à posição da Igreja Católica no Brasil em defesa da sacralidade da vida. Contudo, o autor cita Pio XII e João Paulo II quando ambos se referem aos casos de prolongamento

precário e penoso da vida e consideram que a sua interrupção não seria considerada suicídio ou eutanásia¹⁰⁷.

As opiniões relativas às decisões relacionadas à terminalidade da vida de pacientes com doenças irreversíveis variam conforme formação ético-religiosa. Sob a perspectiva do exercício da medicina, segundo Lago¹⁰⁸, os países da América do Sul e do Sul da Europa caracterizam-se por um forte componente paternalista ao qual está associado o conceito tradicional da sacralidade da vida, ou seja, a vida deve ser mantida a qualquer preço. Não existe tradição de valorização da autonomia do paciente nas situações de morte iminente e as decisões de interrupção da vida acabam sendo tomadas pela equipe médica, baseadas no conceito de beneficência e influenciadas pelos valores culturais e morais de cada equipe de profissionais de saúde¹⁰⁸. Entende-se por autonomia e competência a capacidade para decidir de forma autônoma, compreender e ser capaz de efetuar juízo independente de acordo com o sistema de valores individuais. Cabe aqui o seguinte questionamento: o que define uma pessoa? É a persistência dos sinais vitais ou a sua capacidade de interação com outros indivíduos baseada no seu estado de consciência?

Redinbaugh²⁸, no estudo sobre a reação emocional do médico diante da morte de seus pacientes, observou que aqueles que passam mais tempo cuidando dos pacientes e chegam a conhecê-los melhor são mais vulneráveis aos sentimentos de perda. Outros estudos já demonstravam que os profissionais mais jovens e do sexo feminino eram mais vulneráveis^{93, 94}. A formação religiosa do médico também tem influência na tomada de decisão sobre a interrupção da vida. Existem pesquisas europeias que mostram que médicos católicos, em oposição aos protestantes e agnósticos, têm mais dificuldade em retirar ou não oferecer tratamento no final da vida^{93,94}.

Nos países de religião muçulmana, as práticas de LSV não são permitidas. Da mesma forma, na religião judaica não é permitida a retirada de suporte vital¹⁰⁹. Porém, é difícil separar a formação religiosa de outros aspectos da subjetividade, o que complexifica a questão. No entanto, para além de valores religiosos individuais dos profissionais de saúde, preceitos normativos regulamentados pelo poder público devem garantir os direitos de pacientes com diagnóstico de “pacientes em condição terminal”.

Racine¹¹⁰ realizou estudo no qual revisou 1141 publicações relevantes, entre 1990 e 2005 sobre estado vegetativo persistente e decisões no final da vida. As discussões envolveram aspectos políticos, religiosos, legais, médicos, públicos e pessoais. A descrição da condição neurológica variou e os termos mais empregados para descrever essa condição foram: lesão cerebral, estado vegetativo, grave lesão cerebral, coma, destruição cerebral, dano cerebral irreversível, morte cerebral e coma irreversível. A retirada do suporte vital, como por exemplo no caso Karen Quinlan, paciente que vivia há anos em estado vegetativo persistente, foi descrita em alguns artigos como assassinato, sentença de morte, morte por desidratação, ato bárbaro, terrorismo médico, eutanásia e suicídio assistido. O autor concluiu que é necessária a investigação de estratégias que conduzirão ao melhor acordo entre os profissionais e a comunicação entre as partes interessadas, a comunidade e familiares.

No presente estudo, entre os fatores que norteavam as decisões relativas a doente em situação terminal prevaleceu o prognóstico reservado e a irreversibilidade do quadro clínico. Comparando com os resultados de pesquisa realizada entre profissionais intensivistas nos Estados Unidos, os possíveis fatores que interferiram na tomada da decisão quanto a não adoção ou retirada de suporte vital foram: valorização da qualidade de vida como o mais importante (67%), seguido da possível não sobrevivência à hospitalização, da natureza crônica da doença, da irreversibilidade da

doença aguda^{93, 94}. Entre os pediatras entrevistados, 63% consideraram importante para a tomada de decisão a não sobrevivência à hospitalização⁹⁴.

1. Análise bioética

A questão central ética e moral, nas decisões de limitar ou de retirar as medidas de suporte vital do paciente no processo da morte, é saber se a terapia oferece esperança real de recuperação. O papel primordial da Bioética está relacionado à proteção do indivíduo, de sua dignidade e autonomia. Para Singer¹¹¹, matar uma pessoa que não optou por morrer constitui um desrespeito à autonomia. Como preservar a autonomia nas diferentes situações de competência ou não? Cabrera¹¹² distingue quatro situações no ato de tirar a vida de outra pessoa: (1) primeiro porque nos incomoda, está em nosso caminho, põe em risco a liberdade, por razões políticas ou financeiras; (2) em virtude da violência exercida por ela na forma de inimigo (guerra) ou delinquência (pena de morte); (3) por legítima defesa; (4) a pessoa está grave e irreversivelmente doente. Para o autor a eutanásia ontológica se define pela realização de coisas boas visando evitar as situações que podem converter os agentes morais afetados pela dor e pela desconsideração, ou seja, não é moralmente mau que alguém decida que o outro lhe tire a vida no momento de extrema consumação da estrutura mortal de seu ser¹¹².

Vários aspectos têm levado ao questionamento sobre a “boa morte” e a legalização do suicídio assistido ou de procedimentos para não adoção ou retirada de suporte vital: (1) o temor de morrer vítima de recursos extraordinários, desproporcionais e muito onerosos; (2) a ênfase na autonomia do paciente; (3) a preocupação de que a morte possa arruinar economicamente a família; (4) a dificuldade de assistir a morte prolongada de um ente querido com alimentação e hidratação artificiais. É importante considerar que a aplicação da beneficência e da não maleficência na prática profissional, muitas vezes tem limites tênues^{113, 114}.

Nos resultados do presente estudo, a importância da família foi evidenciada por quatro participantes como fatores norteadores do processo de tomada de decisão nos casos em que os pacientes são incapazes para tomar decisões. Segundo Lago⁷², as razões para a recusa da retirada do suporte vital na perspectiva dos familiares relacionam-se à desconfiança nos profissionais, percepção de imprecisão do prognóstico, esclarecimentos insuficientes sobre a situação do paciente, informações diversas fornecidas por médicos diferentes, sentimento de responsabilidade e culpa sobre a morte e o sentimento de “desistir de um ente querido”. Por isso é importante que o médico comunique o estado crítico do paciente, que seja honesto nas respostas e faça a comunicação em linguagem compreensível para os familiares quando houver mudanças no estado do paciente, garantindo a liberdade para expressar suas emoções¹¹⁵. Para os familiares da pessoa internada em UTI, fora de possibilidade terapêutica ou em morte encefálica, é importante garantir as recomendações da *Society of Critical Care Medicine*¹¹⁶: estar próximo e sentir-se útil ao paciente; acompanhar o seu quadro clínico; compreender o que está sendo feito e os motivos para tal; ter garantias do controle do sofrimento e da dor do paciente; estar seguro de que a decisão sobre limitação do tratamento foi apropriada; ter liberdade para expressar seus sentimentos e angústias; ser confortado e consolado; encontrar um significado para a morte do paciente. Observa-se que para garantir esses direitos, a constituição de equipe interdisciplinar e devidamente qualificada é fundamental. Não apenas aspectos biomédicos devem ser assegurados, mas também os de natureza psicossocial.

Outro motivo considerado pelos participantes como fator que impede ou limita a aplicação da Resolução 1.805/06¹² é a legislação, observada em quatro casos. Na concepção de Olivé¹¹⁷, a legislação do estado laico deveria basear-se em uma norma ética que não o obrigue a penalizar aqueles que não julgam que determinado ato, por

exemplo, o prolongamento artificial e penoso da vida, seja moralmente condenável. Siqueira³ discute as características de três correntes de pensamento bioético no ocidente: anglo-saxônica, baseada na autonomia; a europeia baseada na tradição filosófica grega e judaico-cristã, preocupada com questões atinentes à fundamentação dos princípios morais; e a latino-americana. Esta última, ainda em construção, alimenta-se das reflexões das escolas anteriores e delas se distingue por priorizar o social, dando igual ênfase a fatos científicos e a valores morais. Nos princípios fundamentais vigentes na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005¹¹⁸, o Art. 3º reza que *a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade*. A Declaração dos Direitos do Paciente da Associação Médica Mundial¹¹⁹, revisada em Santiago do Chile em outubro de 2005, enfatiza que o paciente tem direito à dignidade, o que implica no respeito à privacidade, cultura e valores, no alívio do sofrimento, segundo o estado atual do conhecimento, e na garantia dos cuidados terminais para morrer o mais confortável possível.

No entendimento de sete participantes a definição de ortotanásia se confunde com a de eutanásia, ou seja, é entendida como boa morte, morte piedosa. Para desenvolver o raciocínio ético para a justificação da boa morte, baseado nos princípios de Georgetown¹²⁰ — autonomia, justiça, beneficência e não maleficência —, estes são insuficientes. Tais princípios sofreram muitas críticas, sobretudo, pelo seu dedutivismo abstrato e seu fundamentalismo alheio à diversidade de culturas e valores. Exemplificando, a dificuldade para o exercício da autonomia e do consentimento livre e esclarecido para crianças e adolescentes, diante da necessidade da realização de procedimentos e tratamentos invasivos, inovadores, não padronizados, com altos riscos e benefícios, quando esses já são consenso ou visam preservar a vida^{121,122,123}. Vemos também a dificuldade para tratar o tema somente na perspectiva deontológica ou

consequencialista. Nos códigos deontológicos as ações são classificadas como corretas ou boas, incorretas ou más, ou seja, seguem um sistema legislador e normatizador. Na teoria consequencialista, considera-se o valor moral da ação e seu resultado. Um exemplo de consequencialismo é o utilitarismo, cujo princípio moral define uma ação moralmente correta quando produz maior prazer (bem) e/ou menor sofrimento (mal) para a maioria¹²⁴.

Tentando analisar a eutanásia sob a perspectiva utilitarista, conforme Peter Singer¹¹¹, uma ação é moralmente correta se tende a promover a felicidade, e condenável se causa infelicidade, considerando não apenas o bem-estar do agente da ação, mas também a de todos os afetados por ela. Leva-se em consideração a soma dos interesses dos diversos membros da comunidade. Para isso seria necessário que sejamos igualmente interessados no bem de todos sem distinção, e ainda exige a comparação entre prazer e dor, que são diferentes entre as pessoas, e nas consequências que poderiam violar a integridade humana. Exemplificando, um médico cirurgião poderia antecipar a morte de uma pessoa a favor de uma lista de pacientes, pois uma vida seria utilizada para salvar outras^{124,125}.

Sob a perspectiva da bioética de intervenção^{126, 127}, proposta criada para realidade brasileira, com a fundamentação utilitarista, poderia ser considerada quando buscamos analisar as condições necessárias para politização social, distribuição de recursos, emancipação e empoderamento de indivíduos usuários do sistema de saúde. Mas, especialmente nesse caso o argumento utilitarista pode se revelar frágil, dado que a decisão final sobre a própria vida deve ser ou partir do indivíduo.

Para efeitos de término da discussão é importante salientar que falar da morte ainda é difícil na sociedade, principalmente porque a relação médico-paciente se tornou acima de tudo tecnológica e jurídica, como se assinalou nos parágrafos iniciais dessa

discussão. Ocorre que o domínio das ações nem sempre está aparente em um discurso, e o conteúdo da comunicação na comunidade não é inócuo para essa comunidade, porque advém também das suas condutas. É importante destacar que o que se faz deve passar com clareza o seu propósito e execução¹²⁸. Essa coerência só se apresentará externamente se derivar de uma idéia central forte, ou seja, as normas necessitam, tal como proposto nas resoluções e projetos de lei, buscar um consenso quanto ao significado atual de morte digna. No estudo de Bisogno¹²⁹, quanto à representação social da ortotanásia entre médicos e enfermeiros verificaram-se diversas conceituações de ortotanásia, em que os profissionais reconheciam a sua aplicação diária nas UTI, no entanto, evitavam a utilização do termo, pois ele estava associado à eutanásia, ressaltando que essas representações geravam diferentes interferências nas ações dos profissionais. A autora sugeriu a legalização da Resolução do CFM, a criação de unidades de cuidados paliativos, a formação profissional, a participação familiar e a criação de comitê de ética, com o objetivo de conduzir as questões de terminalidade da vida de forma mais clara e transparente¹²⁹.

Ademais, vale destacar o importante papel das emoções, associado à linguagem e à comunicação, nas ações e relações e não somente as questões jurídicas. Para Maturama¹²⁸, a cultura em que se vive desvalorizou as emoções e supervalorizou a razão, num desejo de dizer que nós nos diferenciamos dos outros animais porque somos racionais. As emoções são dinâmicas corporais que especificam domínios de ação nos quais nos movemos.

No presente estudo, os resultados sobre os conhecimentos e as condutas dos profissionais intensivistas apontaram para diferentes definições e a necessidade de se estabelecer consensos, de forma que se propicie a comunicação emancipatória. A linguagem empregada para expressar termos utilizados nas decisões no final da vida, e

propiciar a comunicação, são ferramentas éticas importantes para que os processos decisórios possam se desenvolver e sofrer adaptações adequadas tanto para os profissionais, no caso em questão, médicos intensivistas, quanto para os pacientes. O fenômeno da linguagem ocorre quando um observador distingue as interações de dois ou mais organismos. Para Maturama¹²⁸ há linguagem quando os participantes do domínio lingüístico usam palavras ao coordenar suas ações sobre as distintas circunstâncias do seu comportamento, disso resulta a produção de um mundo de ações e objetos que só tem existência e significado no domínio social em que surgem.

Enquanto que para existir a comunicação — como diálogo e fundada no interesse emancipatório conforme o modelo filosófico de J. Habermas¹³⁰ —, é necessário que o observador veja cada elemento comportamental como uma palavra descritora do mundo, ao analisar objetos e fatos do sistema social. O que ocorreu na modernidade dentre tantas mudanças, foi o desenvolvimento da razão manipuladora e opressora que obscureceu a razão comunicativa, no que se refere à interação do homem com o outro. Segundo Habermas¹³⁰, a comunicação ocorre quando sujeitos, capazes de linguagem e ação, interagem com fins de obter um entendimento. Para isso é necessária a compreensão da comunicação como interação tendo como premissa básica o conhecimento e uniformidade nos termos.

2 - Limitações do estudo

Destaca-se que esta pesquisa não teve a intenção de esclarecer todas as questões relacionadas às situações de terminalidade da vida, mas avaliar por estudo exploratório qual o conhecimento e conduta dos profissionais médicos intensivistas nestas situações. Este estudo teve limitações. Inicialmente, o número de médicos que concordou em contribuir com a pesquisa foi pequeno, fazendo com que as conclusões fossem preliminares, na medida em que o estudo teve caráter exploratório. A baixa adesão ao

estudo em um evento que congregou intensivistas permite aventar que o tema coloca desafios e parece difícil de ser abordado e discutido, mesmo quando a confidencialidade e o anonimato dos respondentes estavam garantidos ou talvez seja que, apesar das garantias de confidencialidade, os médicos podem ter ficado receosos ou impedidos de discutir essas questões, pois essas condutas são ilegais no Brasil.

Há necessidade de maior aprofundamento do tema por diferentes formas de abordagem. Pesquisas que priorizem técnicas qualitativas, como entrevistas individuais ou grupos focais e que possam trazer mais informações sobre a percepção dos participantes acerca dos temas investigados. Outra possibilidade são estudos que incluam outros profissionais de saúde, não apenas médicos. Sugerem-se, ainda, outras formas de abordagem do tema, como debates públicos desencadeados por órgãos de classe (conselhos profissionais), organizações governamentais e universidades.

Outra limitação encontrada no estudo refere-se ao fato dos participantes serem médicos intensivistas, que tem como características específicas trabalhar em regime de plantão, o que dificulta ou impossibilita o seguimento horizontal e a discussão dos casos entre a equipe. Alguns médicos, como por exemplo, oncologistas podem ter percepções, conhecimentos e condutas distintas dos intensivistas, pois tem seguimento por longos períodos e maior contato com os pacientes.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos 20 anos, ocorreram mudanças na forma de encarar a vida e seu término. As pessoas veem no hospital e na profissão médica a esperança na imortalidade. Na era da tecnologia, a expectativa da sociedade é idealizada em relação à profissão médica sobre a qual projetam uma forte carga de esperança. O hospital é visto como um espaço protetor da vida e a UTI a sua última instância. Ademais, permeia a formação médica e está presente nas UTI um “contrato de onipotência” no qual se deseja que “tudo seja feito”, e os profissionais buscam realizar tudo, ou seja, procedimentos extraordinários, desproporcionais em pacientes em situações irreversíveis, encarando a morte como fracasso. Fica a questão: o que seria “fazer tudo” na visão do paciente e do médico? Isso tem obviamente aumentado o número de pesquisas e o interesse em aprofundar o tema.

Na realidade brasileira, um país com grandes desigualdades sociais, onde o sistema de saúde privado compete com o sistema público, há desigualdades na distribuição do número de leitos de UTI e de profissionais, como também dos recursos tecnológicos, e ainda tal como visto neste estudo, questões relacionadas ao conhecimento e condutas dos médicos nas situações de terminalidade da vida. Em função do avanço tecnológico, todo o sistema social está em contínua mudança, sendo necessárias reflexões e discussões para obtenção de consensos e transparência nas decisões dos profissionais intensivistas. O que se deveria fazer nessas situações? Optar por uma decisão de princípio ou por uma decisão para uma política de ação que possa ser prescritiva em qualquer situação similar? Questionar a conduta dos médicos é um tipo de necessidade social (empírica) e parece estar presente em pelo menos todas as sociedades minimamente parecidas com a nossa.

Entre os autores que discutem a conduta dos médicos em relação à limitação do suporte vital é possível observar a variedade de atitudes em todo o mundo, devido a diferenças culturais, econômicas, religiosas, sociais e legais. Mas é fato que já é uma prática, inclusive no Brasil, pois os limites da medicina na preservação da vida e alívio do sofrimento são tênues e podem tornar-se antagônicos em algumas situações. O que se pretendeu com a elaboração da Resolução do Conselho Federal de Medicina para a terminalidade da vida foi uniformizar as condutas e humanizar o processo da morte e do morrer.

Atualmente, são vários os conceitos da morte e do processo de morte, como as definições de morte encefálica, morte cerebral, eutanásia, ortotanásia e distanásia, empregados pelo Conselho Federal de Medicina e difundidas entre o meio médico. São termos que definem as formas de morrer, mas podem ser confundidos, mal interpretados pela sociedade e pela comunidade médica, incluindo os intensivistas. Colaboram para a confusão na classificação dos processos relacionados à morte e ao morrer as influências religiosas e culturais que marcam a sociedade brasileira.

A princípio a suspensão de esforço terapêutico tem suporte legal na Constituição Brasileira e no Código Civil quando permite ao paciente recusar determinados procedimentos médicos. Na Lei Orgânica da Saúde e no Código de Ética Médica é reconhecido o direito à autonomia do paciente, proibindo-se ao médico realizar procedimentos terapêuticos contra a vontade do paciente, exceto em situações de emergência médica de salvação, o que não é o caso de um quadro irreversível sem nenhuma resposta a qualquer tipo de tratamento. Finalmente, na *Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos*, a ortotanásia é ética e moral quando for baseada em coordenações consensuais de ações que defendam a autonomia dos pacientes e seus familiares em situações de terminalidade da vida.

Neste estudo pode se concluir que a linguagem dos profissionais pode confundir e, principalmente, a comunidade leiga, quando a relação médico-paciente se dá de forma assimétrica. Evidenciou-se também a necessidade do entendimento e do esclarecimento dos termos em seus conceitos e definições. Não se pode esquecer que a linguagem é o mecanismo fundamental de interação dos sistemas sociais humanos. Criar um termo para definir a morte certa, como ortotanásia, não estaria de certa forma tentando negar o uso da palavra morte para designar o fim da vida e continuar o mito da imortalidade?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batista RS. A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das unidades de terapia intensiva contemporâneas. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, editores. Bioética Riscos e Proteção. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 148-163.
2. Batista RS, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004; 9(1):31-41.
3. Siqueira JE. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. Bioética. 2005;13(2):37-50.
4. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. Bioética. 2005;13(2):51-63.
5. Moritz RD. Sobre cuidados paliativos na UTI. Jornal da AMIB.2008; Jan/Fev/Mar nº 46.
6. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 2000. p. 683.
7. Heidegger M. Ser e Tempo. Partes I e II. 3ª Ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
8. Dilthey W. Os tipos de concepção de mundo [Internet] [Acesso em 30 de julho de 2009]. Disponível em: <http://www.lusosofia.net>.
9. Steihauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA. 2000;284:2476-82.
10. Terzi RGG, Silveira OC. Questões bioéticas e legais na limitação do esforço terapêutico em Unidades de Terapia Intensiva [Internet] [Acesso em 10 de novembro de 2008]. Disponível em: <http://www.apamagis.com.br/doutrina>.

11. Brasil. Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940 [Internet] [Acesso em 01 de fevereiro de 2010]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/.../Del2848>.
12. Brasil. Conselho Federal de Medicina Resolução 1.805/06. [Internet] [Acesso em 02 de setembro de 2009]. Disponível em http://www.portalmédico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.
13. Brasil. Procuradoria da República. Recomendação N.º 01/2006 – WD – PRDC: 21/11/2006. [Internet] [Acesso em 22 de setembro de 2007]. Disponível em <http://www.prdc.prdf.mpf.gov.br/legis/docs/exfile>.
14. Brasil. Projeto de Lei do Senado, Nº 116 de 2000. [Internet] [Acesso em 13 de dezembro de 2009]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>.
15. Veer JBV. Euthanasia and law in the Netherlands. JAMA.1999;281(6): 568-9.
16. Mitchell K, Owens RG. National survey of medical decisions at end of life made by New Zealand general practitioners. BMJ. 2003;327:202-3.
17. Nunes R, Rego G, Duarte I. Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida. Colectanea Bioética Hoje n.º 17, Coimbra: Gráfica de Coimbra 2;2009.
18. Emanuel EJ, Daniels ER, Fairclough DL. The practice of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States: Adherence to proposed safeguards and effects on physicians. JAMA.1998; 280(6):507-13.
19. Watel PP, Bendiane MK, Pegliasco H, Lapiana JM, Favre R, Galinier A, Moatti JP. Doctors' opinions on euthanasia end of life care, and doctor-patient communication: telephone survey in France. BMJ.2003;327:595-6.
20. Lorda OS, Velazquez MIT, Cantalejo IMB. Advance directives in Spain. Perspectives from a medical bioethicist approach. Bioethics.2008;22(6):346–54.

21. Ardagh M. Futility has no utility in resuscitation medicine. *J. Med. Ethics.* 2000; 26:396-9.
22. Batista CC, Goldbaum Júnior MA, Sztiler F, Goldim JR, Fritscher CC. Futilidade terapêutica e insuficiência respiratória: realização de um estudo de coorte prospectiva. *RBTI.* 2007;19(2):151-60.
23. Schneiderman LJ. The futility debate: effective versus beneficial intervention. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:883-6.
24. Brody H. The physician's role in determining futility. *J Am Geriatr Soc.* 1994; 42:875-8.
25. Veatch RM. Why physicians cannot determine if care is futile. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:871-4.
26. Pessini L. *Distanásia: até quando prolongar a vida.* São Paulo: Loyola, 2001.
27. Kikule E. A good death in Uganda: survey of needs for palliative, care for terminally ill people in urban areas. *BMJ* 2003 Jul; 26(7408):192-4.
28. Redinbaugh EM, Sulliva AM, Block SD, Gadmer NM, Lakoma M, Mitchell AM, Seltzer D, Wolford J, Arnold RM. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ.* 2003; 327:185-91.
29. Miccinesi G, Fischer S, Paci E et al. Physicians' attitudes towards end-life decisions: a comparison between seven countries. *Soc Sci Med.* 2005; 60:1961-74.
30. Kipper DJ. Medicina e os cuidados de final de vida. In: Garrafa V, Pessini L, editores. *Bioética Poder e Injustiça.* 2ª ed. São Paulo: São Camilo; 2003. p. 409-14.

31. Pazin Filho A. Morte considerações para a prática médica. Ribeirão Preto: Medicina; 2005.38(1):20-5.
32. Centro de Bioética – CREMESP (Brasil.) Entrevista com Diego Gracia [Internet] [Acesso em 3 de fevereiro de 2008]. Disponível em: www.cremesp.org.br/e www.bioetica.org.br.
33. Wikipedia. Morte cerebral [Internet] [Acesso em 02 de setembro de 2009]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Morte_cerebral.
34. Coimbra CG. Implications of ischemic penumbra for the diagnosis of brain death. Braz J Med Biol Res. 1999;32(12):1479-87.
35. Center for Bioethics University of Minnesota 2005 End of Life Care: An Ethical Overview. [Internet] [Acesso em 20 de janeiro de 2009]. Disponível em: <http://www.ahc.umn.edu/bioethics/education/home.html>.
36. Mollaret P, Goulon M. Le coma dépassé. Revue Neurologique. 1959;101:3-15.
37. The President's Council on Bioethics. Controversies in the determination of death: A white paper by the President's Council on Bioethics Washington, D.C. [Internet] [Acesso em 22 de agosto de 2009]. Disponível em: <http://www.bioethics.gov>.
38. Engelhardt HT. Fundamentos da bioética. 2ª ed., São Paulo: Edições Loyola; 2004.
39. Uniform Determination of Death Act (UDDA). [Internet] [Acesso em 7 de setembro de 2009]. Disponível em: <http://www.ascensionhealth.org/ethics/public/issues/udda.asp>.
40. Bittencourt TPC, Min LS, Min LL, Mardaus T, Collares CF. Critérios diagnósticos de morte encefálica. [Internet] [Acesso em 20 de dezembro de 2009]. Disponível em: <http://www.neurologia.ufsc.br>.

41. American Electroencephalographic Society. Minimal Technical Standards for EEG (Atlanta). Recording in Suspected Cerebral Death- Guidelines in EEG 1980; (4):19-241.
42. Andrade AF de, Paiva WS, Amorim RLO, Figueiredo EG, Barros e Silva LB de, Teixeira MJ. O teste de apnéia no diagnóstico de morte encefálica. Rev Med (São Paulo). 2007 Jul-Set;86(3):138-43.
43. Halevy A. Brody B. Brain death: reconciling definitions, criteria, and tests. Ann Intern Med. 1993;119(6):519-25.
44. Novo Código de Ética Médica (Brasil) [Internet] [Acesso em 20 de dezembro de 2009]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br>.
45. Meneses EA, Souza MFB, Baruzzi RM, Prado MM, Garrafa V. Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e doação de órgão em um hospital público terciário do Distrito Federal. In: Garrafa V, Cordon J, editores. Pesquisas em bioética no Brasil de hoje. 1ª ed. São Paulo: Ed. Gaia; 2006. p. 123-36.
46. Kind L. Morte e vida tecnológica: a emergência de concepções de ser humano na história da definição de morte cerebral. Psicologia em Revista. Belo Horizonte. 2008;14(1):273-6.
47. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.480, de 8 de agosto de 1997. Diário Oficial da União, Brasília, p.18227, 21 ago. 1997. Seção 1.
48. Brasil. Lei Nº 9.434, de 4 de Fevereiro de 1997 [Internet] [Acesso em 01 de setembro de 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis.
49. Brasil. Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. [Internet] [Acesso em 01 de setembro de 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis.

50. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM N° 1.826/07. [Internet] [Acesso em 01 de setembro de 2009]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/.../cfm>.
51. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Ortotanásia. [Internet] [Acesso em 10 de setembro de 2009]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br>.
52. Schramm FR. Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanásia y el suicídio asistido? *Perspectivas Bioéticas*. 2001;6: 43-54.
51. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005;21(1): 111-9
52. Villas-Boas ME. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. *Revista Bioética*. 2008;16(1):61-83.
53. Borges, RCB. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: Santos, MCCL, editor. *Biodireito: ciência da vida, os novos desafios*. 1ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2001. p.283-305.
54. Brasil. Código Penal Brasileiro, Artigo 121, dispõe sobre a pena de homicídio. [Internet] [Acesso em 22 de setembro de 2009]. Disponível em: <http://www.amperj.org.br>.
55. Bioética-Goldim. Eutanásia no mundo. [Internet] [Acesso em 20 de dezembro de 2009]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica>.
56. Griffiths J, Bood A, Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. In: Griffiths J, Bood A, Weyers H, editores. *International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*. Netherlands: Ed. Springer; 1998. p.77-86.

57. Rodriguez E. The arguments for euthanasia and physician-assisted suicide: Ethical reflection. *Linacre Quarterly*. 2005; 68(3):251-61.
58. Traina CL. Religious perspectives on assisted suicide. *Journal of Criminal Law & Criminology*. 1998;88(3):1147-54.
59. Engelhardt HT. *The Foundations of Christian Bioethics*. Lisse: Swets and Zeitlinger; 2002.
60. Engelhardt HT. Introduction: Bioethics as a global phenomenon. In: Peppin J & Cherry MJ, editors. *Regional perspectives in bioethics*. Lisse: Swets and Zeitlinger; 2003 (p. xiii–xxii).
61. Engelhardt HT. Physician-assisted death: Doctrinal development vs. Christian tradition. *Christian Bioethics*. 1998;4(2):115-21.
62. Universidade de Brasília (Brasil). Entrevista do Médico Marcelo Palácios-presidente da Sociedade Internacional de Bioética (SIBI). [Internet] [Acesso em 20 de setembro de 2009]. Disponível em: <http://www.unb.br/acs/unbagencia/ag0907-07.htm>.
63. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association: Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs Medical Futility in End-of-Life Care. *JAMA*, 1999;281(10).
64. Eutanásia na Espanha [Internet] [Acesso em 30 de setembro de 2009]. Disponível em: http://www.bionetonline.org/portugues/Content/ll_leg1.htm.
65. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. [Internet] [Acesso em 09 de setembro de 2009]. Disponível em: <http://www.amib.com.br>.
66. Sociedade Paulista de Terapia Intensiva. [Internet] [Acesso em 09 de setembro de 2009]. Disponível em: <http://www.sopati.com.br>.

67. Ministério da saúde (Brasil), Portaria 3432/98. Estabelece critérios para o funcionamento das Unidades de Tratamento Intensivo. [Internet] [Acesso em 20 de agosto de 2009]. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/portaria-3432.htm>.
68. DATASUS (Brasil). Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Notícias, produtos e serviços, dados sobre a saúde do Brasil. Leitos UTI segundo Região. [Internet] [Acesso em 21 de setembro de 2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
69. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Brasil.). Resolução CREMESP nº 71, de 08 de novembro de 1995. Define e regulamenta as atividades de terapia intensiva. [Internet] [Acesso em 20 de novembro de 2009]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br>.
70. Lago PM et al. Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. J. Pediatr. (RJ) [online]. 2007;83(2): 133-40.
71. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameters: assessment and management of patients in the persistent vegetative state. Neurology. 1995;45:1015–18.
72. Drane J. El cuidado del enfermo terminal. Ética clínica y recomendaciones prácticas para instituciones de salud y servicios de cuidados domiciliarios. Publicación Científica 573. Washington, D.C.: OPS; 1999.
73. Piva JPP, Carvalho PRA. Considerações Éticas nos Cuidados Médicos do Paciente Terminal. [Internet] [Acesso em 01 de setembro de 2009]. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/eutanasia1.htm>.

74. Feijo CAR et al. Gravidade dos pacientes admitidos à Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário brasileiro. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(1):18-21.
75. Shemie SD. Parada cerebral, parada cardíaca e incertezas na definição de morte. *J. Pediatr. (RJ)* 2007;83(2):776-83.
76. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998; 158:1163-67.
77. Guidelines Committee of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine, and American Association of Critical Care Nurses Transfer Guidelines Task Force. Guidelines for the transfer of critically ill patients. *Crit Care Med*. 1993;21:931-7.
78. Marco CA. Ethical issues of resuscitation: an American perspective. *Postgrad. Med. J.* 2005;81:608-12.
79. International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Circulation*. 2005; 112(22):III1-III136.
80. Torres RVSD, Batista KT. A ordem de não ressuscitar no Brasil, considerações éticas. *Com. Ciências Saúde*. 2008;19(4):343-51.
81. Weijer C et al. Bioethics for clinicians: dealing with demands for inappropriate treatment. *CMAJ*. 1998;159:817-21.
82. Kuhlen BM. Guideline for End-of-Life Care Released. *JAMA*. 2008;299(8):75-82.
83. Sullivan MS. The development and natures of the ordinary/extraordinary means distinction in the Roman Catholic tradition. *Bioethics (online)*. 2007;21(7):386-97.
84. SCCM Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life sustaining treatments. *Crit Care Med*. 1992; 20:320-6.

85. Sagrada Congregação para a doutrina da fé. Declaração sobre eutanásia. [Internet] [Acesso em 20 de julho de 2009]. Disponível em: <http://www.vatican.va>.
86. United States. Conference of Catholic Bishops. Pro-Life Committee, National Conference of Catholic Bishops Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections; 1992. [Internet] [Acesso em 20 de julho de 2009]. Disponível em: <http://www.usccb.org/prolife/issues>.
87. Cherry MJ. How should Christians make judgments at the edge of life and death? *Christians Bioethics*. 2006;12:1-10.
88. John Paul II. Care for patients in a permanent vegetative state. *Origins*. 2004; 33:739–52.
89. John Paul II. *Evangelium vitae*, no. 65. *Origins*. 1995;24:687–727.
90. Peppin JF. Intractable Symptoms and Palliative Sedation. *Christian Bioethics*. 2003;9(2-3):343–55.
91. Luce JM. Ethical principles in critical care. *JAMA*. 1990;263:696-700.
92. Bercovitch M, Adunsky A. High dose controlled-released oxycodone in hospice care. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*. 2006; 20:33-9.
93. Von Gunten CF, Ferris FD, Emanuel LL. The patient-physician relationship. Ensuring competency in end-of-life care: communication and relational skills. *JAMA*. 2000;284(23):3051-7.
94. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med*. 1999;27:1626-33.

95. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (Brasil) Resolução CNS 196/96. [Internet] [Acesso em 12 de junho de 2009]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/comissao>.
96. Neto AR. Entrevista com o Presidente da AMIB sobre UTI no Brasil. *Revista Hospitais Brasil*. 2009;VII(39):8-12.
97. Schein AE, Carvalho P, Rocha TAS, Guedes RR, Moschetti IL, Salvia JC, Salvia PC. Avaliação dos conhecimentos dos intensivistas sobre morte encefálica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(2):173-7.
98. Drane J. Boa morte não tem nada a ver com eutanásia. Entrevistas exclusivas com grandes nomes da Bioética. *CREMESP*. 2009:97-104.
99. McLean RF, Tarshis J, Mazer CD, Szalai JP. Death in two Canadian intensive care units: institutional difference and changes over time. *Crit Care Med*. 2000; 28:100-3.
100. Kottow M. Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. Colômbia: Editora Redbioética; 2007. 162 p.
101. Garrafa V, Albuquerque MC. Enfoque bioético da comunicação na relação médico-paciente nas unidades de terapia intensiva pediátrica e humanização. *Acta bioeth*. [online]. 2001;7(2):355-67.
102. Athanazio RA, Barbeta MC, Bitencourt AGV et al. Decisão de não introduzir ou de retirar tratamentos de suporte para pacientes terminais internados em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2005;17:181-4.
103. Brasil. Lei Estadual nº 10.241, de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências.

- [Internet] [Acesso em 20 de setembro de 2009]. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br>.
104. Brasil. Projeto de lei 125/96, elaborado pelo senador Gilvam Borges (PMDB-AP) em 1995 dispõe sobre a autorização da prática da morte sem dor nos casos que especifica e dá outras providências. [Internet] [Acesso em 20 de agosto de 2008]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>.
 105. Brasil. Projeto de lei nº 116/00. Dispões sobre a exclusão de ilicitude da ortotanásia. [Internet] [Acesso em 20 de dezembro de 2009]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>.
 106. Fortes, PAC. A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2007;53(3):36-8.
 107. Kipper D J. Final da vida em crianças: aspectos técnicos e bioéticos. 1ª Ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007.139 p.
 108. Lago PM, Devictor D, Piva JP, Bergonioux J. Cuidados de final de vida em crianças: perspectivas no Brasil e no mundo. *J. Pediatr.* [Online]. 2007;83(2): S109-16.
 109. Traina CL. Religious perspectives on assisted suicide. *Journal of Criminal Law & Criminology.* 1998;88(3):1147-54.
 110. Racine E, Amaram R, Seidler M, Karczewska M, Illes J. Media coverage of the persistent vegetative state and end-of-life decision-making. *Neurology.* 2008;71(13):964-5.
 111. Singer P. Tirar a vida: os seres humanos. In: Singer P, editor. *Ética prática.* São Paulo: Martins Fontes; 2006. p. 184-227.
 112. Cabrera J. A questão ético-metafísica: valor e desvalor da vida humana no registro da diferença ontológica. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, editores.

- Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano. São Paulo: Editora Gaia; 2006. p.189-215.
113. Azoulay E, Pochard F, Chevret S et al - Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med*, 2004;32:1832-38.
114. Have HA. Euthanasia: moral paradoxes. *Palliative Medicine*. 2001;15(6):505-11.
115. Soares M, Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(4):481-4.
116. Society of Critical Care Medicine. ACCM Ethics Committee. [Internet] [Acesso em 20 de julho de 2009]. Disponível em: http://www.sccm.org/Professional_Development/Critical_Care_Ethics/Pages/default.aspx.
117. Olivé L. Epistemologia na ética e nas éticas aplicadas. In: Garrafa V, Kottow M, Saad A, editores. Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano. São Paulo: Editora Gaia; 2006. p. 121-39.
118. Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos (Brasil) [Internet] [Acesso em 17 de setembro de 2009]. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br>.
119. World Medical Association. Declaration on the rights of the patient. [Internet] [Acesso em 06 de julho de 2009]. Disponível em: <http://www.wma.net/e/policy/14.htm>.
120. Beauchamp TL, Childress J F. The principles of biomedical ethics. 5ª ed. New York: Oxford University Press; 1979.

121. Garrafa V, Pessini L. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
122. Kottow MH. Bioética prescritiva. A falácia naturalista. O conceito de princípios na bioética. In: Garrafa V, Kottow MH, Saada A, editores. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaya; 2006. p. 25-48.
123. Tealdi, JC. Os princípios de Gerogetown: análise crítica. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, editores. Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano. São Paulo: Editora Gaia; 2006. p.49-63.
124. Mill S. Utilitarianism. Indianapolis: Bobbs Merrill; 1957.
125. Bentham J. Introduction to the Principles of Moral and Legislation. Oxford: Oxford University Press; 1948.
126. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. Bioética, 2005;13(1):124-35.
127. Garrafa V, Pessini L. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
128. Maturama H. El sentido de lo humano. 9ª ed. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones; 1997.
129. Bisogno SBC. Representação social da ortotanásia: significados atribuídos por enfermeiros e médicos na Unidade de Terapia Intensiva. Dissertação apresentada ao curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuidado, Educação e Trabalho em enfermagem e saúde da Universidade Federal de Santa Maria/RS, 2008. [Internet] [Acesso em 20 de dezembro de 2009]. Disponível em: <http://www.coralx.ufsm.br/tede>.
130. Habermas J. Racionalidade e comunicação. Lisboa: Edições 70; 1996.

ANEXO 1

Carta de Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

ANEXO 2

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do projeto: **_DECISÕES ÉTICAS NA TERMINALIDADE DA VIDA:
LEVANTAMENTO SOBRE CONHECIMENTOS E CONDUTAS DE MÉDICOS
INTENSIVISTAS DA REGIÃO CENTRO OESTE**

Responsável pelo projeto: Dra. KATIA TÔRRES BATISTA (aluna de mestrado do Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília (UNB), CRM 7524); Orientadora: Prof. Eliane M.F. Seidl.

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa, que tem por finalidade levantar os conhecimentos e condutas de médicos intensivistas quanto às questões relacionadas à terminalidade da vida. Com a sua participação, o senhor (a) permitirá que os pesquisadores utilizem os dados da pesquisa para elaboração de dissertação para mestrado do Programa de Pós-graduação em Bioética da UNB e possível publicação em revista nacional ou estrangeira. Caso seja publicado, os dados fornecidos serão divulgados, todavia não será identificado o autor de cada resposta e nem o evento em que se aplicou o questionário, garantindo, assim, o sigilo do entrevistado/respostas. Será garantida a sua liberdade de se recusar a participar e ou continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir informações sobre a pesquisa para a pesquisadora no telefone 99651102 e no e-mail: katiatb@terra.com.br e no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília pelo telefone 33073799.

Sua participação é livre, não lhe trará danos. Não haverá custos para participar desse estudo e você tampouco será remunerado para tanto. O método para obtenção dos dados será por meio de questionários anônimos respondidos separadamente e a análise dos dados seguirá os preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, preservando o sigilo quanto à sua identidade. Após estas informações, solicitamos o seu consentimento, de forma livre e consciente para participar respondendo o questionário sobre o seu conhecimento e conduta em relação a ortotanásia, morte encefálica, oferta de suporte vital e a resolução 1805/2006 do CFM. Agradeço a sua participação.

Goiânia: 09 de maio de 2009. Pesquisador: KATIA TÔRRES BATISTA (CRM 7524)

Assinatura: _____

Participante da pesquisa: _____

ANEXO 3

Declaração de responsabilidade e conflitos de interesses

A autora declara que participou da concepção, análise de resultados dessa monografia, orientada pela professora Eliane Maria Fleury Seidl com objetivo de conclusão do programa de pós-graduação em bioética da Universidade de Brasília. Torna pública a responsabilidade pelo seu conteúdo, que não foi omitida quaisquer ligações ou acordos de financiamentos entre a autora e companhias ou outras entidades financeiras que possam ter interesse nesse trabalho. Afirma que não tem qualquer conflito de interesse com o tema abordado.

Brasília,

ANEXO 4

Questionário Piloto

Prezado (a) Dr(a) Participante do Congresso de Terapia Intensiva, Após preenchimento, solicitamos que o questionário seja depositado, assim como uma via do TCLE assinada, em urnas apropriadas, localizadas no evento. Reiteramos que será mantido total sigilo sobre as respostas dadas a esse questionário. Pedimos ainda que nenhuma questão seja deixada em branco. Agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração.

No final do ano de 2006, o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução 1.805/2006, que no seu Art. 1º permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. Essa resolução tem gerado muitas dúvidas quanto às suas definições e, principalmente, no que se refere à atuação do profissional. Gostaria de contar com a sua contribuição livre e confidencial no quanto à opinião e conduta nas situações de terminalidade da vida.

Inicialmente, solicitamos algumas informações sobre sua pessoa:

- Sexo: Fem () Masc ()
- Idade: _____ anos
- Cidade em que reside:
- Ano de conclusão do curso de medicina:
- Quantos empregos possui em UTI no momento atual: _____ empregos
- Tipo de serviço de saúde onde trabalha:
serviço público () privado () ambos ()

- Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada?
() Sim. Tenho religião ou crença em uma doutrina específica.
Qual(is)? _____
- () Sim. Tenho crenças religiosas, mas não são relativas a uma religião ou doutrina específica.
- () Não. Não tenho crenças religiosas nem em doutrinas desse tipo.
- () Outro. O quê? _____

Você tem conhecimento da Resolução 1.805/2006 do CFM?

Sim () Não ()

Para você, qual a definição mais apropriada de ortotanásia?

- () boa morte (eu = bom; thánatos = morte), morte sem dor, morte piedosa.
- () a morte em agonia, com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido.
- () morte certa, o não prolongamento artificial do processo natural da morte.

3. Qual a melhor definição para morte encefálica?

- () é a cessação irreversível das funções totais do cérebro, de acordo com os padrões costumeiros da prática médica.
- () é a abolição da vida de relação e da coordenação da vida vegetativa por lesão irreversível dos hemisférios cerebrais e do tronco cerebral.
- () compromete a vida de relação, mas o tronco cerebral continua a regular os processos vitais pela integridade dos centros vasomotor, respiratório e termorregulador, sem a ajuda de meios artificiais.

4. Quais as razões que tendem a nortear a sua decisão quanto à oferta de suporte vital nas situações de morte? Assinale as 3 mais importantes.

- o diagnóstico
- a probabilidade de sobrevivência
- a qualidade de vida
- a dor e o sofrimento do paciente
- a natureza da doença crônica do paciente
- a preferência da família
- o trabalho social do paciente
- a história mental e psiquiátrica prévia
- o número de hospitalizações anteriores
- a análise financeira do custo-benefício
- outra. Qual? _____

_A resolução acima citada tem sido aplicada na UTI em que você trabalha?

- sim não não tenho conhecimento

Quantos pacientes estão hoje, ou estavam no seu último plantão, com ordem de não ressuscitar na Unidade de Terapia em que trabalha?

ANEXO 5

Questionário final

Prezado(a) Dr(a) Participante do Congresso de Terapia Intensiva

No final do ano de 2006, o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução 1.805/2006, que no seu Art. 1º *permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.* Essa resolução tem gerado muitas dúvidas quanto às suas definições e, principalmente, no que se refere à atuação do profissional. Gostaria de contar com a sua contribuição livre e confidencial no que se refere à opinião e conduta nas situações de terminalidade da vida, respondendo o questionário abaixo.

Após preenchimento, solicitamos que o questionário seja depositado, assim como uma via do termo de consentimento assinada, em urnas apropriadas, localizadas no evento. Reiteramos que será mantido total sigilo sobre as respostas dadas a esse questionário e o evento não será identificado em uma eventual publicação. Pedimos ainda que nenhuma questão seja deixada em branco. Agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração.

Inicialmente, solicitamos algumas informações sobre sua pessoa:

- Sexo: Fem () Masc ()
- Idade: _____ anos
- profissão _____
- Estado onde atua profissionalmente: _____
- Ano de conclusão do curso : _____
- Há quanto tempo trabalha em UTI? _____ anos
- Quantos empregos possui em UTI no momento atual: _____ empregos
- Tipo de serviço de saúde onde trabalha: serviço público () privado ()
ambos ()

1- Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada?

() Sim. Tenho religião ou crença em uma doutrina específica. Qual(is)?

() Sim. Tenho crenças religiosas, mas não são relativas a uma religião ou doutrina específica.

() Não. Não tenho crenças religiosas nem em doutrinas desse tipo.

() Outro. O quê?_____

2 - Você tem conhecimento da Resolução 1.805/2006 do CFM?

Sim () Não ()

3- Para você, qual a definição de ortotanásia?

() boa morte (eu = bom; thánatos = morte), morte sem dor, morte piedosa.

() a morte em agonia, com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido.

() morte certa, o não prolongamento artificial do processo natural da morte.

4. Qual a melhor definição para morte encefálica?

() é a cessação irreversível das funções totais do cérebro, de acordo com os padrões costumeiros da prática médica.

() é a abolição da vida de relação e da coordenação da vida vegetativa por lesão irreversível dos hemisférios cerebrais e do tronco cerebral.

() compromete a vida de relação, mas o tronco cerebral continua a regular os processos vitais pela integridade dos centros vasomotor, respiratório e termorregulador, sem a ajuda de meios artificiais.

5. Quais as razões que tendem a nortear a sua decisão quanto à limitação ou retirada do suporte vital nas situações de morte? Cite as 3 mais importantes.

1ª _____

2^a

3^a

5. Você acredita que a resolução acima citada tem sido aplicada na UTI em que você trabalha?

() sim () não () não tenho conhecimento

5.1- Em caso afirmativo, como tem sido aplicada? _____

5.2 – Em caso de negativa, indique os motivos pela não aplicação: _____

6. Quantos pacientes estão hoje, ou estavam no seu último plantão, com ordem de não ressuscitar na Unidade de Terapia em que trabalha?

7. Você gostaria de expressar algum comentário sobre o tema?

Obrigada pela colaboração!!!

ANEXO 6

Resolução CFM Nº 1.480/ 97.

(Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 160, 21 ago. 1997. Seção 1,

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determina em seu artigo 3º que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica;

CONSIDERANDO que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial;

CONSIDERANDO o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica;

CONSIDERANDO a necessidade de judiciosa indicação para interrupção do emprego desses recursos;

CONSIDERANDO a necessidade da adoção de critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte;

CONSIDERANDO que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de 7 dias e prematuros,

RESOLVE:

Art. 1º. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Art. 2º. Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no "termo de declaração de morte encefálica" anexo a esta Resolução.

Parágrafo único. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.

Art. 3º. A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

Art. 4º. Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.

Art. 5º. Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) de 7 dias a 2 meses incompletos - 48 horas
- b) de 2 meses a 1 ano incompleto - 24 horas
- c) de 1 ano a 2 anos incompletos - 12 horas
- d) acima de 2 anos - 6 horas

Art. 6º. Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

- a) ausência de atividade elétrica cerebral ou,
- b) ausência de atividade metabólica cerebral ou,
- c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Art. 7º. Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:
a) acima de 2 anos - um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c";
b) de 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c". Quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;
c) de 2 meses a 1 ano incompleto - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;
d) de 7 dias a 2 meses incompletos - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Art. 8º. O Termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

Art. 9º. Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.

Art. 10. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.346/91.

Brasília-DF, 08 de agosto de 1997.

WALDIR PAIVA MESQUITA
Presidente

ANTÔNIO HENRIQUE PEDROSA NETO

Termo de declaração de morte encefálica – Resolução CFM nº 1.480 de 08/08/97.

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

NOME: _____

PAI: _____

MÃE: _____

IDADE: _____ ANOS _____ MESES _____ DIAS DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

SEXO: M F RAÇA: A B N Registro Hospitalar: _____

A. CAUSA DO COMA

A.1 - Causa do Coma:

A.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

a) Hipotermia () SIM () NÃO

b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central () SIM () NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO - Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

IDADE INTERVALO

7 dias a 2 meses incompletos 48 horas

2 meses a 1 ano incompleto 24 horas

1 ano a 2 anos incompletos 12 horas

Acima de 2 anos 6 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. obrigatoriamente, para todos os itens abaixo)

Elementos do exame neurológico Resultados

1º exame 2º exame

Coma aperceptivo ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Pupilas fixas e arreativas ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexo córneo-palpebral ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexos oculocefálicos ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de respostas às provas calóricas ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexo de tosse ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Apnéia ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS - (Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.

1 - PRIMEIRO EXAME 2 - SEGUNDO EXAME

DATA: ___/___/___ HORA: ____:____ DATA: ___/___/___ HORA: ____:____

NOME DO MÉDICO: _____ NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____ FONE: _____ CRM: _____ FONE: _____

END.: _____ END.: _____

ASSINATURA: _____ ASSINATURA: _____

D. EXAME COMPLEMENTAR - Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia Cerebral 2. Cintilografia Radioisotópica 3. Doppler Transcraniano 4. Monitorização da pressão intra-craniana 5. Tomografia computadorizada com xenônio

6. Tomografia por emissão de foton único 7. EEG 8. Tomografia por emissão de positrons 9. Extração Cerebral de oxigênio 10. outros (citar)

E. OBSERVAÇÕES

1 - Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a reatividade supraespal. Consequentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infraespal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 - Prova calórica

2.1 - Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerumem ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 - Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc) próximo de 0 grau Celsius em cada ouvido.

2.3 - Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 - Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 - Teste da apnéia

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se da pCO₂ de até 55 mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 - Ventilar o paciente com O₂ de 100% por 10 minutos.

3.2 - Desconectar o ventilador.

3.3 - Instalar catéter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 - Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO₂ atingir 55 mmHg.

4 - Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sanguínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 - Em pacientes com dois anos ou mais - 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 - Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 - Atividade elétrica: eletroencefalograma.

5.3 - Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 - Para pacientes abaixo de 02 anos:

6.1 - De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.

6.2 - De 2 meses a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.

6.3 - De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 h.

7 - Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, Art. 13).

ANEXO 7

Resolução CFM nº 1.805/2006.

(Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169 e suspensa por decisão liminar do M. Juíz Dr. Roberto Luis Luchi Demo, nos autos da Ação Civil Pública n. 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal)

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”;

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

CONSIDERANDO que o art. 1º da Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

CONSIDERANDO que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006,

RESOLVE:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

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

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

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

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência

integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 9 de novembro de 2006

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO

Secretária-Geral

ANEXO 8

Resumo apresentado ao Congresso Brasileiro de Bioética

**ESTUDO PRELIMINAR A CERCA DAS DECISÕES ÉTICAS NO FIM DA VIDA:
CONHECIMENTOS E CONDUTAS DE MÉDICOS INTENSIVISTAS
DA REGIÃO CENTRO OESTE
BATISTA, KÁTIA TORRES
SEIDL, ELIANE MARIA FLEURY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA DA UNIVERSIDADE DE
BRASILIA**

RESUMO: Os dilemas relacionados á terminalidade da vida ocupam um relevante e persistente espaço de discussão dentro da bioética, especialmente quando o doente se encontra em fase terminal nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Na tentativa de diminuir os dilemas e os conflitos entre os médicos e a legislação brasileira, o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução 1.805/2006; no entanto essa resolução tem gerado dúvidas. O objetivo do trabalho foi identificar conhecimentos e condutas de médicos intensivistas em situações de limitação de suporte vital de pacientes no final da vida, para auxiliar na reflexão bioética. Realizou-se estudo quantitativo, com base em aplicação de questionário durante evento de terapia intensiva realizado na região Centro-Oeste. Participaram 15 médicos intensivistas, entre 20 e 40 anos. Os participantes apresentaram dois conceitos diferentes para ortotanásia e morte encefálica. Os resultados indicaram a não aplicação ou desconhecimento para a aplicação da referida Resolução. Foram apontados como aspectos norteadores para a tomada de decisão no final da vida o prognóstico da doença e a irreversibilidade da morte. Quanto às limitações para a aplicação da resolução, foram citados: motivos legais, falta de consenso, de capacitação da equipe, insegurança da equipe para decidir e dificuldade para confirmar o diagnóstico de morte encefálica. Considerou-se importante a capacitação dos profissionais, a comunicação aos familiares, a discussão sobre o tema e a divulgação da Resolução.

ANEXO 9
Resolução CREMESP nº 71/95.

O **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO**, no uso das atribuições que lhe conferem a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO ser a **Medicina Intensiva** modalidade de atendimento mundialmente aceita;

CONSIDERANDO existirem Unidades de Terapia Intensiva (UTI) na quase totalidade dos hospitais do Estado de São Paulo;

CONSIDERANDO as inúmeras dúvidas e conflitos que vem ocorrendo nessas Unidades devido à sua grande complexidade;

CONSIDERANDO a necessidade de definições de atribuições e âmbito de ação dessas Unidades;

CONSIDERANDO a necessidade de normatização das responsabilidades dos médicos envolvidos no cuidado aos pacientes nestas áreas;

RESOLVE:

Artigo 1º - Definição: Unidade de Terapia Intensiva é o local dentro do hospital destinado ao atendimento em **sistema de vigilância contínua a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis**.

Artigo 2º - **Paciente grave** é aquele que apresenta instabilidade de algum de seus sistemas orgânicos, devido a alterações agudas ou agudizadas. **Paciente de risco** é aquele que tem alguma condição potencialmente determinante de instabilidade.

Artigo 3º - A equipe médica da UTI é composta por um supervisor e corpo clínico. Todos os médicos devem ter treinamento específico comprovado, na área de Terapia Intensiva.

Artigo 4º - O médico supervisor é o responsável técnico e administrativo da UTI. Recomenda-se que possua título de especialista ou equivalente.

Artigo 5º - Deve existir médico exclusivo presente na área da UTI durante 24 horas, 7 dias por semana. A relação entre o número de médicos e o número de leitos varia de acordo com o tipo e gravidade dos pacientes.

Artigo 6º - A UTI deve estar estruturada de forma a fornecer suporte (diagnóstico e tratamento) nos aspectos hemodinâmico, metabólico, nutricional, respiratório, e de reabilitação.

Artigo 7º - A presença de acompanhantes deve ser normatizada pela direção da UTI, respeitando-se o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Artigo 8º - A internação de um paciente, quando acionada a UTI, deve ser feita de comum acordo entre o médico solicitante e o médico da UTI, **salvo em casos de iminente risco de vida.**

Artigo 9º - **A responsabilidade do intensivista sobre o paciente, inicia-se no momento da internação na UTI.**

Artigo 10 - As **medidas diagnósticas e terapêuticas** durante a internação são indicadas e realizadas pela **equipe da UTI**; sempre que não houver urgência nas decisões elas devem ser discutidas com o **médico assistente** que é o encarregado dos **aspectos globais** da condução do caso, bem como da relação com os familiares.

§ 1º - Nos casos de pacientes internados diretamente na UTI sem responsável, é aconselhável que se defina o mais rapidamente possível algum médico que assuma este papel.

§ 2º - Caso o médico responsável pelo paciente não esteja disponível para o acompanhamento, a equipe da UTI poderá tomar suas decisões sem consultá-lo.

Artigo 11 - A alta do paciente deve ser decidida de comum acordo entre a equipe da UTI e o médico assistente.

Artigo 12 - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

São Paulo, 08 de novembro de 1995.

Dr. PEDRO HENRIQUE SILVEIRA
Presidente

Aprovada na 1.719ª Reunião Plenária, realizada em 07-11-95