

Estudo acerca de decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva

Preliminary study about the ethical of end life decisions in intensive care unit

Kátia Torres Batista¹
Eliane Maria Fleury Seidl²

RESUMO

Introdução: 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 (CFM) emitiu a Resolução 1.805/2006, que dispõe sobre a legalização da ortotanásia. O 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 condutas concernentes à morte encefálica e à prática da ortotanásia.

Método: Trata-se de estudo descritivo e preliminar, com utilização de questionário anônimo e autoaplicado durante evento científico sobre terapia intensiva realizado na região Centro-Oeste. Participaram quinze médicos, dez homens, com idade entre 20 e 40 anos. Foram usadas técnicas qualitativas na análise de dados.

Resultados: Os participantes relataram conceitos diferentes para ortotanásia, indicando desconhecimento sobre o tema. Foram apontados como aspectos norteadores para a tomada de decisão sobre limitação de suporte vital, em maior frequência, o *prognóstico da doença* e a *irreversibilidade da morte*. Constatou-se o desconhecimento da Resolução do CFM por 40% dos participantes.

Conclusão: A ortotanásia é ética e moral quando baseada em consensos de ações que defendam a autonomia dos pacientes e seus familiares em situações de terminalidade da vida. O estudo aponta ainda 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.

Palavras-chave: Terminalidade da vida; Ortotanásia; Limitação de suporte vital; Unidade de terapia intensiva.

¹Hospital Sarah Brasília. Mestre em Bioética pela Universidade de Brasília
²Cátedra UNESCO de Bioética, do Programa de Pós-graduação em Bioética e do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil.

Correspondência
Kátia Torres Batista
SQN 115, bloco I, apartamento 205, Asa Norte, Brasília-DF. 70772-090, Brasil.
katiatb@terra.com.br

Recebido em 17/agosto/2011
Aprovado em 17/outubro/2011

ABSTRACT

Introduction: The treatment of end life patients may be of extreme difficulty for doctors, especially for intensivists. In attempt to resolve these dilemmas, the Federal Council of Medicine (CFM) issued the Resolution no. 1.805/2006 which provides for the legalization of orthothanasia. The study aimed to: (1) describe knowledge and practices of intensive care physicians in situations of life support limitation to end life patients; (2) analyze, in the light of bioethics, knowledge and practices concerning to brain death and the practice of orthothanasia.

Methods: It is a descriptive preliminary study using self-administered anonymous questionnaire during a scientific event of intensive care medicine held in the Midwest region. Fifteen doctors participated, ten being men aged between 20 and 40 years. Qualitative techniques were used in data analysis.

Results: Participants reported different concepts for orthothanasia, showing ignorance on the subject. Aspects identified as guides for making decisions about life support limitation were, more frequently, the prognosis of the disease and the irreversibility of death. It was noticed ignorance of CFM resolution for 40% of participants.

Conclusion: Orthothanasia is ethical and moral when based on consensual actions to defend the autonomy of patients and their families in end life situations. The study also highlights the need for discussion, in the light of bioethics, of the issues relating to the limitation of life support in view of the dignity of the dying process.

Keywords: End life; Orthothanasia; Life support limitation; Intensive care unit;

INTRODUÇÃO

Os dilemas relacionados à terminalidade da vida ocupam relevante e persistente espaço de discussão no contexto da bioética¹⁻⁴. A tomada de decisão na terminalidade da vida tem sido objeto de estudo dentro da profissão médica, principalmente nas unidades de terapia intensiva, tendo em vista o rápido desenvolvimento tecnológico que torna possível prolongar a vida às custas da deterioração progressiva de sua qualidade. No estudo realizado por Moritz², 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

ocasiona muitas vezes o prolongamento artificial da vida. A autora sugeriu o debate rotineiro do tema nos hospitais e na formação curricular dos profissionais da área da saúde.

Para doentes em fase terminal, não só a qualidade de vida é importante, mas também a morte digna. Mas o que é morte digna no mundo atual, tecnológico e medicalizado? Steinhauer et al.³ 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 psicossociais³.

O conceito de morte digna pode implicar na necessidade da ortotanásia - o não prolongamento artificial do processo natural da morte -, praticado apenas pelo médico, com o consentimento do paciente ou do familiar. A morte digna pode implicar ainda a prática da eutanásia, pela antecipação da morte de paciente incurável, geralmente terminal e em grande sofrimento físico ou psíquico, movido por compaixão¹. A eutanásia é ilegal no Brasil e a ortotanásia foi regulamentada e liberada no final do ano de 2010.

São várias as definições de morte, ortotanásia, eutanásia e distanásia¹⁻⁴, termos criados para descrever as formas de morrer, mas que podem ser confundidos, mal interpretados pela sociedade e pela comunidade médica. Existe ainda confusão entre as definições de morte encefálica e de morte cerebral⁴. 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 artificiais*⁵. Muito embora, na prática, não seja difícil distinguir entre morte encefálica e estado vegetativo persistente por morte cerebral: neste último a respiração é espontânea, a estabilidade cardiovascular e os ciclos sono e vigília estão presentes.

A necessidade de identificar o momento exato da morte surgiu com os transplantes, do risco de retirar órgãos de indivíduos ainda vivos e diagnosticados como mortos. A retirada de órgãos em pacientes com morte encefálica para transplantes está regulamentada pela Lei n.º 9.434⁶, complementada

pela Lei n.º 10.211⁶. A morte encefálica, por sua vez, está regulamentada pela Resolução CFM n.º 1.480⁵ e a de n.º 1.826⁷, 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. Associado às questões legais acerca dos transplantes, somam-se o avanço tecnológico, o crescente envelhecimento populacional e as mudanças de valores éticos e de direitos humanos, o que torna imprescindível definir quem é o sujeito que delibera 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 as relações de custo-benefício¹⁻⁴. Vale ressaltar que o diagnóstico de morte encefálica é imprescindível para os transplantes, mas não para a prática da ortotanásia.

São muitas as discussões sobre as decisões éticas do final da vida na maioria dos países. No Brasil discute-se a legalização e a aplicação da ortotanásia, ou seja, a morte natural, sem interferência da ciência, respeitando a evolução e o percurso da doença, limitando o suporte vital^{2,4}. Na tentativa de regulamentar essa situação, orientar os profissionais e humanizar o processo de morte, o Conselho Federal de Medicina publicou em 2006 a Resolução 1.805⁷, na qual 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*. Porém, um ano depois, a resolução foi suspensa por decisão liminar⁸. No ano de 2010 foram definidas as alegações finais com pedido de improcedência da Ação Civil Pública considerando que *“em vez de utilizar-se de meios extraordinários para prolongar o estado de morte já instalado no paciente (que seria a distanásia), o médico deixa de intervir no desenvolvimento natural e inevitável da morte. Tal conduta é considerada ética, sempre que a decisão do médico for precedida do consentimento informado do próprio paciente ou de sua família (ou registro no prontuário), quando impossível for a manifestação do doente. Tal decisão deve levar em conta não apenas a segurança no prognóstico de morte iminente e inevitável, mas também o custo-benefício da adoção de procedimentos extraordinários que redundem em intenso sofrimento, em face da impossibilidade de cura ou vida plena.”* Essa foi a decisão do Ministério Público Federal. É importante salientar que o Código Penal¹⁰ vigente no Brasil foi criado pelo Decreto-lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940, muito antes do surgimento da primeira UTI

no Brasil. Ademais, o Código Penal brasileiro não acompanha o Código de Ética Médica⁷, e com isso havia margem para a ortotanásia ser considerada como eutanásia passiva e crime. Todavia, após ampla discussão, concluiu-se que o CFM tem competência para editar a Resolução 1805/2006, que não versa sobre direito penal, mas sobre ética médica e consequências disciplinares. Ademais, a ortotanásia não constitui crime de homicídio, interpretada pelo Código Penal à luz da Constituição Federal. Cabe salientar a Resolução 1805/2006 não determinou modificação significativa no dia-a-dia dos médicos que lidam com pacientes terminais. A Resolução 1805/2006 deve ao contrário, incentivar os médicos a descrever exatamente os procedimentos que adotam e os que deixam de adotar, em relação a pacientes terminais, permitindo maior transparência e possibilitando maior controle da atividade médica.

Nas situações de final da vida existe uma oportunidade de explorar a relação entre a teoria bioética e a pesquisa empírica. Confrontam-se conhecimentos e condutas de profissionais médicos, sobretudo nas unidades de terapia intensiva, a partir de desejos de pacientes e familiares. Nessa perspectiva, o estudo objetivou: (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 condutas concernentes à morte encefálica e ortotanásia, segundo relatos dos participantes.

MÉTODO

Realizou-se estudo descritivo, em caráter preliminar, com aplicação de questionário anônimo, elaborado para o estudo. O instrumento levantava dados sociodemográficos e profissionais como: gênero, idade, procedência, religião, tempo de formado, área de atuação, número de empregos atuais. Investigava ainda conhecimentos dos médicos intensivistas acerca de morte encefálica, do termo ortotanásia, da Resolução do Conselho Federal de Medicina de n.º 1.805/2006⁷, bem como a limitação e razões para a decisão sobre oferta de suporte vital nas situações de morte.

Cento e cinquenta questionários foram distribuídos durante evento científico de terapia intensiva realizado na região Centro-Oeste, após anuência e consentimento dos organizadores do congresso. 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 a técnica de análise de conteúdo, com definição de categorias e identificação de sua frequência, selecionando trechos de relatos que exemplificavam as mesmas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Processo 15/09).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa quinze médicos intensivistas, que responderam ao questionário distribuído, sendo 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=1; DP=9,1), sendo que sete deles (46,7%) tinham mais de onze anos de formado e dez participantes (67%) referiram um emprego em UTI (Tabela 1).

Tabela 1

Características sociodemográficas e da atuação profissional dos participantes (N=15).

Características	Frequência	%	
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

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

No que tange ao conhecimento da Resolução do CFM n.º 1.805/06⁷, nove médicos (60%) referiram que a conheciam e seis (40%) informaram o desconhecimento de tal documento. Na questão sobre definições, oito (53,3%) considerou ortotanásia como morte certa, o não prolongamento artificial do processo natural da morte (Tabela 2).

Tabela 2

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

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

Para a definição de morte encefálica, seis participantes (40%) escolheram a alternativa que a considera 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 3).

Na questão aberta referente aos motivos para a não aplicação da limitação do suporte de vida, os resultados estão na Tabela 4. 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 quanto à limitação ou retirada do suporte vital.

Tabela 3

Definição de morte encefálica (N=15).

Definições	Frequência	%
É a cessação irreversível das funções totais do cérebro, de acordo com os padrões costumeiros da prática médica.	7	46,7
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
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

Quanto à aplicação da Resolução CFM 1.805/2006⁷ na UTI onde o profissional atuava, dois participantes (13,3%) informaram que ela vinha sendo aplicada, seis (40%) relataram que a mesma não era aplicada e sete (46,7%) referiram não saber informar sobre o tema. Os dois médicos que mencionaram a aplicação da Resolução na UTI

onde atuavam, justificaram que esta se dava a partir da vontade de familiares e da discussão com equipe e familiares. Nas respostas negativas a essa questão, que foram maioria, estas estão descritas na Tabela 5. É digno de nota que cinco participantes não responderam acerca dos motivos que levavam a não aplicação da resolução na UTI em que trabalhavam, sugerindo a presença de dificuldades relativas ao tema em foco.

Tabela 4

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”

Nota: como cada participante indicou até três motivos, a frequência de relatos é maior que o número total de respondentes.

Tabela 5

Categorias de aspectos que impediam ou limitavam a aplicação da Resolução 1.805/2006⁷, segundo a percepção dos participantes.

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

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: “*é importante divulgação da resolução aos médicos e às pessoas*” e “*é necessário aumentar as discussões sobre o assunto*”.

DISCUSSÃO

Nos aspectos 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” diferente da Resolução 1.480 do CFM⁵. 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 Schein⁴ em UTIs de Porto Alegre sobre o conceito de morte encefálica, entre 246 médicos intensivistas entrevistados.

Sobre a Resolução do CFM 1.805/2006⁷, presume-se que o seu desconhecimento – observado em 40% dos participantes – pode decorrer da falta de divulgação ou pelo fato de que esta não estava em vigência na ocasião da pesquisa. No entanto, o percentual de participantes que desconhecia a Resolução foi considerado elevado, tendo em vista que eram médicos intensivistas que lidam com o tema em seu cotidiano profissional. Os conceitos podem sofrer mudanças e variações quanto ao entendimento, quando se enfoca a terminalidade, mas 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, principalmente, para delimitar o momento para realizar a doação de órgãos e de transplantes. A ortotanásia implica a limitação do suporte vital em pacientes fora de possibilidades terapêuticas, considerada por alguns como eutanásia passiva, e foi entendida a primeira vista na legislação brasileira como crime. Contrariamente à Lei Estadual de São Paulo n.º 10.241/99⁷, que dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde, e com autores como Villas Boas¹¹ quando descreveu que, se o processo da morte já se instalou e é irreversível, não pode haver criminalização do autor do procedimento. Os resultados nesta pesquisa mostraram a aplicação da Resolução, em dois casos (13%) e a ordem de não ressuscitar em três casos (20%). Resultado semelhante à pesquisa multicêntrica realizada com 31.417 participantes de 17 países europeus ao longo de um ano: encontraram-se de 6% a 13% de não oferta ou de retirada do suporte vital¹².

A situação atual no plano da legislação brasileira no que diz respeito à aplicação da ortotanásia é que o projeto de Lei n.º 116/0013 para legalização da ortotanásia foi aprovado na Comissão de Constituição e Justiça. A Resolução 1.805/2006 já oferece amparo legal para atuação dos médicos, 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 vistas a propiciar espaços de aprendizado e de reflexão sobre a questão, com a aplicação das diretivas antecipadas, garantindo a manifestação pessoal para situações de terminalidade da vida – a indicação de um representante legal ou de uma pessoa da confiança do paciente para tomar decisões em seu lugar e a obrigatoriedade dos cuidados paliativos. O papel da família no processo decisório foi evidenciado por quatro participantes da pesquisa, naqueles casos em que os pacientes são incapazes para tomar decisões. Segundo Lago¹⁴, as razões para a recusa da retirada do suporte vital na perspectiva dos familiares relacionam-se à desconfiança dos profissionais, a percepção de imprecisão do prognóstico, esclarecimentos insuficientes sobre a situação do paciente, informações diversas fornecidas por médicos diferentes, sentimento de responsabilidade, culpa sobre a morte e de “desistir de um ente querido”.

A *Society of Critical Care Medicine*¹⁵ relaciona as seguintes recomendações: 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 e religiosa. A formação religiosa do médico pode ter influência na tomada de decisão sobre a interrupção da vida: nesta pesquisa 73% declararam ter uma religião ou crença específica. 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 terminais”.

No presente estudo, entre os fatores que norteavam as decisões relativas a doentes terminais, prevaleceu o prognóstico reservado e a irreversibilidade do quadro clínico. Racine¹⁶ realizou estudo revisando 1.141 publicações relevantes, entre 1990 e 2005 sobre estado vegetativo persistente e decisões no final da vida. A descrição da condição neurológica variou, e os termos mais empregados para descrevê-la foram: lesão cerebral, estado vegetativo, grave lesão cerebral, coma, destruição cerebral, dano cerebral irreversível, morte cerebral e coma irreversível. A retirada do suporte vital, em pacientes há anos em estado vegetativo persistente, foi descrito 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 profissionais e a comunicação entre as partes interessadas, a comunidade e familiares.

A questão central ética e moral - nas decisões de limitar ou retirar as medidas de suporte vital do paciente no processo da morte -, é saber se a terapêutica oferece esperança de recuperação e como é a prática nas unidades de terapia intensiva. Encontramos nesta pesquisa que o conhecimento sobre o tema é insuficiente e diverso, as condutas foram norteadas por condições relacionadas ao prognóstico, irreversibilidade da doença, sofrimento, opinião de familiares, questões legais, falta de consenso, insegurança para decidir e dificuldades para confirmar o diagnóstico de morte encefálica. Como preservar a autonomia nas diferentes situações de competência ou não do sujeito?

Vários aspectos têm levado ao questionamento sobre a “boa morte”, a legalização do suicídio assistido ou de procedimentos para não adoção ou retirada de suporte vital¹⁶. Podemos enumerar alguns deles: (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; (5) o envelhecimento populacional; (6) as doenças crônico-degenerativas incuráveis. É importante considerar que a aplicação da beneficência e da não maleficência na prática profissional, muitas vezes tem limites tênues.

Na concepção das leis relativas ao tema, no 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 condenável¹⁷. Nos princípios fundamentais vigentes na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005 e na Declaração dos Direitos do Paciente da Associação Médica Mundial¹⁸, revisada em Santiago do Chile em outubro de 2005, enfatiza-se o direito à dignidade, 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. Como desenvolver o raciocínio ético para a justificação da boa morte¹⁶? Nas situações extremas, a eutanásia ou suicídio assistido, poderiam representar atos de beneficência. 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. É importante destacar que o que se faz deve passar com clareza o propósito e a sua execução. 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 Bisogno¹⁹ sobre a representação social da ortotanásia ficaram evidentes as 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. Essas representações geravam diferentes interferências nas ações dos profissionais. Ademais, vale destacar o papel das emoções, da linguagem e da comunicação²⁰. No presente estudo apontou-se para diferentes definições e a necessidade de se estabelecer consensos, de forma que se propicie a comunicação emancipatória. A linguagem e a comunicação são ferramentas éticas importantes para que os processos decisórios possam se desenvolver entre os médicos intensivistas e pacientes. Para existir a comunicação – como diálogo e fundada no interesse emancipatório conforme o modelo filosófico de J. Habermas²⁰ –, é necessário que o observador veja cada elemento comportamental como uma palavra descritora do mundo, ao analisar objetos e fatos do sistema social. Segundo Habermas²⁰, 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 a uniformidade nos termos.

Entre as limitações do estudo aponta-se para o pequeno número de médicos que concordou em contribuir com a pesquisa, 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, até mesmo pela questão da legislação brasileira, mesmo com a confidencialidade e o anonimato dos respondentes garantidos. Outra limitação encontrada no estudo refere-se ao fato dos participantes serem médicos intensivistas, que tem como características trabalhar em regime de plantão, o que dificulta o seguimento horizontal e a discussão dos casos entre a equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As decisões na terminalidade da vida representam um marco na discussão bioética, pois oferecem uma oportunidade de explorar a pesquisa empírica e a bioética. Trata-se de uma área controversa, onde a tecnologia e a lei contrapõem os aspectos individuais, psicossociais, culturais e religiosos. 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, conceitos e interpretações em todo o mundo, mas o fato é que já é uma prática, inclusive no Brasil. Os limites da medicina na preservação da vida e alívio do sofrimento são tênues e podem tornar-se antagonísticos 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. Todavia, os termos que definem as formas de morrer podem ser confundidos, mal interpretados pela sociedade e pela comunidade médica, incluindo os intensivistas. Colaboram também para a confusão na classificação dos processos relacionados à morte e ao morrer, as influências religiosas e culturais que marcam a sociedade brasileira.

Vale ressaltar que a princípio a suspensão de esforço terapêutico tem suporte legal na Constituição Brasileira, no Código Civil, na Lei Orgânica da Saúde, no Código de Ética, na Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos. Assim, 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.

Finalmente, neste estudo preliminar pode-se concluir que não houve consenso nas definições e persiste a necessidade do debate ético. 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.

REFERÊNCIAS

1. Batista RS, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):31-41.
2. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética*. 2005;13(2):51-63.
3. Steinhäuser 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.
4. Schein AE, Carvalho P, Rochas, 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.
5. 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.
6. 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 e 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis e 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).
7. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM Nº 1.826/07. [Internet] [Acesso em 01 de setembro de 2009]; Resolução 1.805/06. [Internet] [Acesso em 02 de setembro de 2009]; Novo Código de Ética Médica (Brasil) [Internet] [Acesso em 20 de dezembro de 2009]; e Lei Estadual nº 10.241, de março de 1999. Disponível em: <http://www.portal-medico.org.br/.../cfm>.
8. 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.prdp.mpf.gov.br/legis/docs/exfile>.
9. Cremers. Fórum de cuidados paliativos. Disponível em www.cremers.org.br/pdf/paliativos/aspectos_legais acessado em março 2011.
10. 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>.
11. Villas-Boas ME. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. *Revista Bioética*. 2008; 16(1): 61-83.
12. Brasil. Projeto de lei nº 116/00 disponível em www.senado.gov.br acessado em 20/12/2009.
13. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire *Crit Care Med*. 1999; 27:1626-33.
14. Lago PM, Garros II Daniel, Piva JP. Participação da família no processo decisório de limitação de suporte de vida: paternalismo. *Rev. bras. ter. intensiva vol. 2007 - SciELO Brasil*.
15. 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.
16. Racine E, Amaram R, Seidler M, Karczewska M, Illes J. Media coverage of the persistent vegetative state and end-of-life decision-making. *Neurology* 71 September 23, 2008.
17. Garrafa V, Pessini L. *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
18. Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos (Brasil) [Internet] [Acesso em 17 de setembro de 2009]. World Medical Association. Declaration on the rights of the patient. [Internet] [Acesso em 06 de julho de 2009] Disponível em: <http://www.bioetica.org.br> e <http://www.wma.net/e/policy/14.htm>.
19. 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>.
20. Habermas J. *Racionalidade e comunicação*. Lisboa: Edições 70; 1996.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, defendida pela primeira autora sob orientação da segunda autora.