

Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer

Rachel Duarte Moritz

A cultura ocidental moderna torna a morte um assunto socialmente evitado e politicamente incorreto. A palavra morte frequentemente associa-se ao sentimento de dor. No tocante aos médicos, formados para salvar e curar, associa-se à sensação de fracasso ou erro. Embora a maioria dos óbitos no século XXI ocorra nos hospitais, os médicos são pouco treinados para cuidar do paciente vítima de doença terminal. Torna-se então necessário que o tema morte e morrer passe a ser debatido no lar, escolas e universidades. Aprender a aceitar e conviver com a morte e o morrer é essencial para a formação dos profissionais de saúde. É importante que o médico, responsável pelas decisões quanto ao tratamento do doente, reconheça a terminalidade do mesmo e saiba mudar a conduta, passando da luta contra a morte para a provisão do conforto. Para que isso ocorra, faz-se essencial que sejam fomentados o ensino sobre a morte e o morrer na formação acadêmica e o debate constante do tema durante a atuação profissional. Para diminuir a angústia dos médicos quanto à tomada de decisão, é importante que sejam normatizadas, tanto do ponto de vista ético quanto legal, as condutas pertinentes para o paciente vítima de doença terminal.



Rachel Duarte Moritz

Professora do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Santa Catarina, mestre em Ciências Médicas e doutora em Engenharia de Produção

Unitermos: morte, morrer, profissionais de saúde, doença terminal

Introdução

A morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida. O morrer, como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e aquele em que o indivíduo deixa de responder a qualquer medida terapêutica, progredindo inexoravelmente para a morte.

A palavra morte frequentemente associa-se a sentimentos de dor, sofrimento, separação e perda. A civilização ocidental moderna foge desse tipo de sentimentos; conseqüentemente, foge da morte.

A partir de 1930, mais especificamente desde 1945, morrer no hospital é praxe. Os profissionais de saúde, preparados para lidar com a vida, são confrontados com

a necessidade de cuidar daquele que está morrendo. O médico, historicamente transformado no herói da luta contra a morte, sente-se fracassado ante um paciente vítima de doença terminal.

Elizabeth Kübler-Ross, autora de *A morte e o morrer*, a partir de sua experiência e dedicação com pacientes conhecedores da evolução letal de suas doenças conseguiu categorizar cinco estágios pelos quais os mesmos passam quando da aproximação da morte: 1º) a *negação e o isolamento*, que funciona como defesa; 2º) a *indignação*, a raiva contra tudo e todos, inclusive a revolta contra Deus; 3º) a *barganha*, o desejo de ser recompensado por boas ações; 4º) a *depressão*, a revolta, a raiva cedem lugar a profundo sentimento de perda; 5º) a *aceitação*, que não deve ser confundida com o sentimento de felicidade.

A partir dessa categorização pode-se questionar se todas essas etapas não serão igualmente vividas pelos familiares e profissionais de saúde que cuidam do moribundo.

O médico, formado para salvar vidas, *nega* a morte de seu paciente. Sua *indignação* ante seus limites o torna culpado no processo do morrer. A *barganha* o leva à busca de novas opções terapêuticas, que poderão somente prolongar o sofrimento do enfermo. Sua *depressão* ante a constatação da irreversibilidade da morte e de sua própria impotência o faz avaliar a morte como *fracasso*, e não parte natural da vida. O erro médico passa a ser temido e o profissional se deixa vencer pela tecnologia, esquecendo-se de avaliar o lado humano do problema.

No século XXI, a morte entrou na era da alta tecnologia, podendo ser qualificada por cinco características: um *ato prolongado*, gerado pelo desenvolvimento tecnológico; um *fato científico*, gerado pelo aperfeiçoamento da monitoração; um *fato passivo*, já que as decisões pertencem aos médicos e familiares e não ao enfermo; um *ato profano*, por não atender às crenças e valores do paciente, e *ato de isolamento*, pois o ser humano morre socialmente em solidão.

A sociedade diante da morte e do morrer

Os ocidentais, em geral, não vêem a morte como parte da vida, mas sim como castigo, algo inaceitável e, portanto, assunto que deve ser socialmente evitado. Sua cultura exige que a morte seja adiada, a todo custo. Entre os medos que a envolvem, o mais comum é o de que seja dolorosa. Entretanto, ao negarmos a discussão da morte e do morrer, não podemos minimizar esse temor. Roger Bone (1996), renomado médico intensivista, professor da Universidade de Ohio, ao saber que sofria de uma doença neoplásica com metástases no pulmão e ossos decidiu realizar uma revisão na literatura para avaliar o quanto havia sobre a morte e o morrer. Concluiu que os trabalhos mais significantes na história da literatura ocidental representaram importante papel na influência das atitudes do mundo moderno, e que muito se publicou sobre amor, tragédia, sedução, adultério, depressão, brutalidade, hipocrisia, heroísmo, honra, etc. Mas raramente se enfatizou o entendimento da morte.

Na civilização ocidental moderna, as crianças são afastadas das cerimônias de despedida. A elas é omitida a morte de um familiar e são utilizados subterfúgios para explicar a ausência do mesmo. São comumente utilizados os termos “foi fazer uma longa viagem” ou “foi para o céu”. A palavra morte não é pronunciada, pois temida. Contudo, cedo ou tarde as crianças perceberão a ausência de quem morreu e desconfiarão dos adultos que lhes mentiram.

McGovens e Barry (2000) realizaram, na Irlanda, um estudo transversal sobre o ensino, atitudes e perspectivas de pais e professores de escolas para crianças de 5 a 12 anos no que concerne à abordagem do tema morte. Entrevistaram 119 pais e 142 professores e mostraram que os adultos, principalmente os do sexo masculino, se sentem desconfortáveis em falar sobre a morte quando conversam com crianças. Encontraram poucas diferenças entre as atitudes de pais e professores. Entretanto, os professores eram mais propensos a acreditar que o ensino escolar poderia afastar a responsabilidade dos pais sobre a abordagem de assunto tão importante na formação de uma criança.

Os adultos, ao não falarem sobre a finitude humana com suas crianças, perdem grande oportunidade pois deixar que a morte penetre no mundo infantil é uma preparação gradual, um incentivo para que os infantes a encarem como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e amadurecer.

Pouco se fala sobre a morte, tanto na sociedade leiga quanto no diálogo médicos-pacientes. Como corolário, a falta de comunicação é

apontada como um dos principais fatores negativos quanto ao relacionamento médico-paciente. A atitude do médico depende de sua cultura e treinamento profissional. Estudos mostram que os familiares de pacientes que morrem nas UTIs consideram que os médicos e enfermeiros devem ajudá-los, propiciando a comunicação e delimitando qual o papel da família ante as decisões polêmicas, facilitando o consenso familiar e consolando a sua dor. Outros trabalhos apontam os problemas decorrentes da falta de comunicação entre os médicos e familiares de seus pacientes – os quais sentem-se vítimas de conflitos íntimos e outros relacionados a problemas de comunicação ou à percepção de negligência ou desprezo dos médicos, quando das discussões sobre as orientações terapêuticas a serem adotadas.

Os estudantes da área da saúde diante da morte e do morrer

A escolha da profissão geralmente ocorre de forma imatura. Jovens, ainda na adolescência, devem decidir a profissão que seguirão pelo resto de suas vidas. Em sua maioria, aqueles que escolhem profissões da área da saúde têm o sonho de ajudar.

Meleiro (2000) descreveu um estudo que investigou, num universo de 640 médicos, qual havia sido a motivação consciente para a escolha do curso de medicina. Mostrou que a aspiração à uma carreira atraente e o fato de terem sido bons alunos em ciências foram as razões mais comuns. Outro destaque foi o fato de que os alunos de medicina relatam experiências de doenças na família mais freqüentemente que os

de outras áreas. Resta a pergunta: o que leva alguém a buscar viver tão próximo da morte, se no fundo é o que mais teme e o que mais deseja é estar longe da própria morte? A vocação médica é tida conscientemente como a possibilidade de ajudar, curar, salvar, ser útil. Inconscientemente, a escolha pela medicina relaciona-se à procura da onipotência ou defesa contra a doença, o sofrimento e a morte.

Os estudantes da área da saúde têm, no início de seus cursos profissionalizantes, contato com o cadáver. Pode-se sugerir que desse primeiro encontro inicie-se nos mesmos o processo de desenvolvimento de mecanismos de defesa indispensáveis para sua futura profissão. Na anatomia, é apresentado um corpo desfigurado, enegrecido pelo formol, no qual o aluno dificilmente procura identificar um ser que passou pela vida e sentiu as emoções que marcam o indivíduo. No entanto, talvez por seu intermédio, o estudante seja levado a reconhecer a inexorabilidade da morte. Diante dessa constatação aciona as defesas. Ao final do curso e longe dos cadáveres anatômicos, o estudante ou profissional da área da saúde defronta-se com o morrer dos seus pacientes e, conseqüentemente, com sua própria finitude, o que o leva a fugir do atendimento desses pacientes e elaborar, para si, uma couraça de frieza. Para tal afirmação, corrobora o texto do grande romancista inglês Charles Dickens: “Ele era ainda novo na profissão e não assistira, por enquanto, a muitas das misérias com que diariamente se defrontam os médicos e que acabam por torná-los indiferentes ao sofrimento humano”.

Pouco ou quase nada se ensina para os estudantes dos cursos de medicina e de enfermagem sobre a morte. Nos de medicina, são abordados superficialmente, e bem no início da formação, os aspectos éticos relacionados à morte dos enfermos; nos de enfermagem, há enorme atenção às técnicas de prolongamento da vida e às esperanças de recuperação, sem equivalência na atenção em proporcionar conforto aos que vão morrer.

O sentimento de fracasso ante um paciente com doença terminal faz com que os médicos dele se afastem. Um professor da disciplina de Psicologia Médica do 3º ano da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro apontou o relato dos alunos que, ao aproximarem-se de um paciente com doença terminal, sentiram-se surpresos ao encontrar alguém que reivindicava melhor tratamento. Concluíram que desejavam encontrar um enfermo passivo, que facilitasse o trabalho da equipe médica. Os alunos questionaram: seria o baixo número de visitas médicas ao paciente moribundo um indicativo da dificuldade dos médicos em lidar com a morte? Esses estudantes perceberam a própria angústia ao falar da morte e sugeriram que deveria haver maior discussão sobre o tema no curso médico.

Moritz e Moritz (2001) realizaram um trabalho na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que avaliou o sentimento dos estudantes dos cursos de medicina e de enfermagem acerca da morte. As autoras apontaram ser raras as disciplinas que abordavam esse tema e que as mesmas concentravam-se principal-

mente no início dos cursos. Os estudantes, ao iniciarem seus cursos, referiam o sentimento de tristeza ante um paciente que estivesse à morte. Ao final do treinamento profissional, sentiam-se impotentes ante a morte. Esses alunos também sugeriram que o tema morte deveria ser mais debatido nos cursos profissionais.

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

Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer

Na hierarquia hospitalar as responsabilidades e tarefas delegadas a cada membro da equipe de saúde podem despertar angústias de modo distinto nesses profissionais. O médico passa menos tempo com os pacientes, mas é quem perante a sociedade detém a maior responsabilidade de cura, apresentando maior sentimento de fracasso e medo de errar ante a morte de seu paciente.

Tem sido descrita a defasagem entre a posição hierárquica do profissional de saúde e o tempo que efetivamente despende com o paciente. Quanto mais especializado for, menos tempo gastará com o doente no ambiente hospitalar, o que também ocorre nas situações de morte do paciente.

Aos enfermeiros cabe, principalmente, o papel administrativo, pois delegam as funções e organizam o setor. Os profissionais técnicos dedicam mais tempo ao lado dos pacientes, sendo seus “cuidadores”. É para eles que mais freqüentemente são feitos os questionamentos sobre o quadro clínico e o tratamento dos enfermos. Como não estão preparados para lidar com a parte emocional do moribundo, o sentimento de angústia torna-se freqüente. Pode-se citar, como exemplo, a constatação do atendimento de uma reanimação cardiopulmonar (RCR). Durante as manobras de reanimação a equipe de profissionais está ávida por demonstrar o sucesso das técnicas propostas. Após a morte do indivíduo, todos os profissionais se ausentam do setor, ali permanecendo apenas um deles, geralmente o menos capacitado, para o qual é imposto o confronto com a irreversibilidade da morte.

O estudo descrito por Perazzo (1990) sobre o comportamento de 42 enfermeiras diante da morte dos pacientes sob seus cuidados demonstrou que os sentimentos mais presentes nas mesmas eram a impotência, a culpa e a raiva – e os mecanismos de defesa mais comumente utilizados eram os da negação e evasão. Num trabalho, realizado por Moritz e Nassar (2004) com profissionais de enfermagem do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago (HU), da UFSC, ao ser discutido o tema da morte e do morrer uma técnica de enfermagem relatou que *“trocava de plantão quando um paciente, sob seus cuidados, estava prestes a morrer”*. Outra disse que um médico, *“quando um paciente seu, vítima de doença terminal, estava morrendo, acompanhado por seus familiares, solicitava*

que fossem trazidos os materiais de RCR para que a família se sentisse mais tranqüila”. Foi também exposta a angústia gerada ante a mudança de conduta de alguns médicos após a troca do plantão. Por sua vez, os médicos, quando entrevistados, tendiam a falar mais de problemas técnicos do que emocionais. Um profissional referiu que “diante de um quadro irreversível fazia somente 1/3 da medicação, pois não tinha a coragem de não prescrever nada”. A maioria desses profissionais, no que concerne ao tratamento instituído, prescrevia para os seus pacientes de modo diverso do que gostaria que fosse feito para si. Esses depoimentos demonstram a insegurança e o medo que o profissional de saúde tem ao lidar com pacientes que sofrem de doença terminal. Nesse mesmo trabalho constatou-se que os debates sobre a morte e o morrer devem ser estimulados no ambiente hospitalar e que podem influir na mudança de comportamento dos profissionais envolvidos com o tratamento de pacientes com doença terminal.

Os médicos diante da morte e do morrer

Atualmente, a maioria das mortes ocorre nos hospitais, mais especificamente nas UTIs. Em Florianópolis, em 2003, ocorreram 1.708 óbitos: 1.251 em hospitais (73,2%), dos quais 328 (19,2%) no HU/UFSC. No período de julho de 2004 a dezembro de 2005, 326 pacientes faleceram nesse hospital. Desses, 128 na UTI e 198 nas enfermarias (26 nas enfermarias cirúrgicas, 168 nas enfermarias clínicas e os 4 restantes em enfermarias de outros setores). Ressalte-se que no HU/UFSC exis-

tem 268 leitos de enfermarias e 6 de UTI. Esses números permitem constatar que a maioria das mortes ocorridas em Florianópolis aconteceu nos hospitais e nesses setores, sendo mais comum o óbito dos pacientes internados na UTI, fato que é realidade mundial.

É imposta aos médicos, os responsáveis finais pelo tratamento dos pacientes no nível hospitalar, maior responsabilidade acerca das decisões que englobam o binômio vida-morte. A morte dos pacientes é temida pela maioria dos médicos. Entretanto, treinados para salvar vidas, devem saber tratar, tanto do ponto de vista técnico quanto emocional, o paciente que sofre de doença irreversível e terminal. Portanto, torna-se cada vez mais importante o trabalho em equipe, tanto interdisciplinar quanto interprofissional.

É fácil, para a maioria dos profissionais e também para o público leigo, aceitar como doença terminal aquela decorrente de enfermidade crônica degenerativa. Mas deve ser lembrado que os pacientes vítimas de doenças agudas e potencialmente reversíveis podem evoluir com falência de múltiplos órgãos e sistemas e tornarem-se também pacientes com doença terminal. Ante essa possibilidade, os médicos intensivistas, trabalhando em ambientes onde existe infra-estrutura sofisticada e que, em muitas ocasiões, permite o prolongamento do viver, sofrem diariamente o dilema da manutenção de tratamento definido como fútil, inútil ou desaconselhável.

O Comitê de Ética da Society of Critical Care Medicine realizou uma reunião de consenso

para definir o que seria tratamento fútil e quais procedimentos deveriam ser adotados para resolver os casos cujo tratamento fosse considerado fútil. Foi considerado tratamento fútil aquele que não atinge as metas pretendidas, sendo desaconselhável o que apresente pouca probabilidade de trazer benefícios. 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 unicamente em consideração escores prognósticos. Esse Comitê publicou uma compilação de idéias que poderiam servir de guia para a suspensão de determinados tipos de tratamento. Foi avaliado que o posicionamento prévio do paciente seria fundamental, que a recusa de um tratamento seria mais fácil de ser realizada do que a suspensão do mesmo, que a recusa de um tratamento poderia ser avaliada perante um paciente com grave prognóstico, com perspectiva de qualidade de vida futura inadmissível, ou quando o tratamento fosse considerado fútil. Foi destacada a importância da comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e seus familiares. A manutenção da administração de sedativos e analgésicos seria aceitável mesmo que, como efeito colateral, levasse à depressão respiratória e, indiretamente, à parada cardiovascular. O médico não seria obrigado a prescrever um tratamento considerado fútil ou a manter internado na UTI o paciente submetido a esse tipo de tratamento.

Prendergast e Luce (1997) mostraram que as opções sobre a recusa ou suspensão de um tratamento aumentaram com o passar do

tempo. Observaram que no período de 1987 a 1988 essas opções precederam 51% das mortes, e que no período de 1992 a 1993 a recusa ou suspensão de um tratamento foi responsável por 90% das mortes nas UTIs. A RCP foi iniciada em 49% das paradas cardiorrespiratórias em 1982-1983 e somente em 10% nos anos de 1992-1993.

Na América do Sul, o Comitê de Bioética da Sociedade Argentina de Terapia Intensiva definiu, em 2000, que as decisões sobre tratamento cabem ao paciente e que a comunicação adequada entre o médico, o paciente e seus familiares é fundamental. Definiu também que, embora caiba ao paciente a recusa ou suspensão de um tratamento, estando o mesmo impossibilitado de opinar a decisão é de responsabilidade do médico e deve ser debatida com toda a equipe de saúde. Essas decisões são necessárias ante tratamentos considerados fúteis ou inúteis e as medidas tomadas devem ser comunicadas aos familiares envolvidos. Ante um caso de urgência, a decisão cabe ao médico. É ressaltado que os pacientes nunca deverão ser privados das medidas que atendam ao seu conforto físico, psíquico e espiritual. A família deve sempre compartilhar das decisões médicas; caso isso não ocorra, deve ser consultado um profissional indicado pelos familiares, seguido de consulta ao Comitê de Ética. Se esses passos não resultarem consenso, o paciente poderá ser transferido para outra instituição. O paciente sempre terá o direito de recusar um tratamento, mesmo que vital para a manutenção de sua vida. Assim, todas as decisões devem ser registradas na história clínica do enfermo.

Luce (1997) realizou um trabalho de revisão visando avaliar a obrigatoriedade, do ponto de vista ético, de os médicos manterem um tratamento considerado fútil ou inútil. Foram avaliados os aspectos éticos, legais e clínicos da recusa ou suspensão desses tratamentos. Casos polêmicos, mostrando a discórdia entre familiares e médicos, foram citados. A conclusão do estudo foi a de que um médico não seria obrigado a manter um tratamento que considerasse fútil, principalmente em situações de morte cerebral, coma vegetativo, doença grave ou terminal, e que deviam ser pesados os princípios de beneficência e não-maleficência concernentes.

Vincent (1999) avaliou a diferença dos desafios éticos enfrentados nos EUA e na Europa. Nos EUA, as questões éticas são mais influenciadas por problemas legais do que na Europa. Nos dois continentes, contudo, as decisões da recusa ou suspensão de determinado tratamento têm aumentado. Na Europa, essas questões são mais freqüentemente debatidas com os familiares do que com os pacientes, cuja autonomia é mais valorizada nos EUA – onde os profissionais ligados a questões éticas são mais envolvidos no debate de problemas éticos. Na Europa, esses debates são geralmente efetuados entre médicos e enfermeiros envolvidos no tratamento do paciente. Tanto nos EUA como na Europa, os desafios éticos enfrentados ante a recusa ou suspensão de um tratamento foram semelhantes. A morte, freqüentemente, foi previsível. Nas decisões terapêuticas, foram consideradas a qualidade de vida do paciente e a não-obrigatoriedade da manutenção de um tratamento considerado fútil.

Sprung e cols. (2000) avaliaram se os médicos comunicavam ou não, aos pacientes ou a seus familiares, suas decisões de recusar ou suspender um tratamento. Por oito meses e meio, constataram que 86% dos óbitos na UTI ocorreram após a recusa ou suspensão de um tratamento, e que somente em 48% dos casos essa decisão foi discutida com os familiares dos pacientes envolvidos. Naqueles cuja decisão não foi debatida com os familiares, tal fato ocorreu por decisão exclusivamente médica (57,9%), por não compreensão da família (21%) ou por falta de disponibilidade dos familiares (21%). Os autores constataram que os médicos treinados nos EUA comunicaram, aos familiares dos pacientes, a sua decisão de recusar ou suspender um tratamento em 93% dos casos – índice de 22% para os médicos treinados na Europa.

Moritz e cols. (2001) realizaram um estudo que avaliou o comportamento do médico intensivista brasileiro diante da decisão de recusar ou suspender um tratamento. Nele, foi aplicado um questionário anônimo aos intensivistas que participavam do IX Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva. Os autores constataram que a maioria dos profissionais (94%) já havia participado de discussões sobre a recusa ou suspensão de tratamento. Essas decisões foram mais freqüentemente tomadas por profissionais com mais idade. Os sedativos e analgésicos foram as medicações menos comumente recusadas ou suspensas e os métodos dialíticos constituíram a terapêutica mais comumente recusada ou suspensa. Diante da negativa de admissão de um paciente na UTI, os fatores com maior freqüência levados em consideração foram o diagnóstico e o prognóstico da enfermidade. O bem-

estar do paciente sem chances de recuperação foi o fato que mais influenciou para sua admissão.

Uma análise de 155 prontuários de pacientes que morreram na UTI do HU/UFSC nos anos de 1999-2000 mostrou que em 50 (32%) a recusa ou suspensão de terapia precedeu os óbitos. Esses pacientes eram mais idosos, estavam há mais tempo internados na UTI e no hospital e apresentavam maior número de co-morbidades. A futilidade da terapia foi considerada como principal motivo para a recusa ou suspensão de tratamentos em 100% dos casos. Os vasopressores foram o tratamento mais comumente suspenso ou recusado (82%), seguidos pela antibioticoterapia (48%). Outro estudo, realizado no mesmo hospital quatro anos após, mostrou resultados semelhantes. Os autores constataram aumento da recusa ou suspensão de terapia (de 32% para 38%), que a terapêutica mais comumente suspensa continuava sendo a administração de drogas vasoativas e que a futilidade foi a causa para tais decisões em 100% dos casos.

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

Idealmente, a RCR somente deveria ter início quando o paciente tivesse a oportunidade de

uma recuperação que lhe permitisse existência confortável. Porém, estudos que mostram os resultados após tal conduta revelam que esse ideal está longe de ser obtido. Trabalhos recentes apontam que não é obtida a meta terapêutica em 60% das RCR e que em 25% dos casos a reanimação apenas prolonga o processo do morrer. Apenas 6% dos pacientes reanimados sobrevivem sem seqüelas. Um estudo que avaliou a conduta de médicos emergencistas perante a opção de iniciar ou não a RCR, em 50 diferentes regiões nos EUA, obteve 1.252 respostas e mostrou que a maioria (62%) acreditava que as decisões eram influenciadas por aspectos legais, e 55% dos que responderam afirmaram iniciar a RCR mesmo sabendo tratamento fútil. Para 78% dos participantes, o ideal seria não haver influência da consideração de aspectos legais na hora da decisão, fato que ocorreu em 94% dos casos. Estudos atuais indicam a importância dos consultores éticos e da implantação de normas que auxiliem a tomada de decisão ante um paciente terminal ou vítima de RCR.

Em 2005, as normas publicadas pela American Heart Association estabelecem que o médico está autorizado a suspender a RCR quando o paciente apresentar piora clínica apesar do tratamento otimizado, quando forem constatados choque cardiogênico progressivo, falta de recuperação circulatória apesar do tratamento adequado, condições comprovadamente sem recuperação, evidência de morte cardíaca (assistolia por 15') ou evidência de dano cerebral. Definem, ainda, os cinco sinais preditivos de morte ou grave lesão cerebral: ausência de reflexos corneano, pupilar, motor e

de resposta à dor em 24 horas e ausência de resposta motora em 72 horas. Outros autores recomendam que a qualidade da vida antes da parada cardiorrespiratória e os aspectos clínicos durante os três dias de internação hospitalar após a RCR devem ser reavaliados e podem indicar mudança na terapêutica.

Apesar do debate, em âmbito mundial, com vistas à definição de tratamento fútil e de normas para a sua recusa ou suspensão, esse tipo de questionamento ainda permanece sem resposta definitiva. Cada vez mais constata-se a importância de serem levados em consideração os sentimentos e desejos do paciente e seus familiares; e a adequada comunicação entre os mesmos e a equipe hospitalar interdisciplinar é imprescindível antes que qualquer decisão terapêutica seja tomada. O médico, porém, não pode se omitir da decisão final sobre a terapêutica do seu paciente. Qualquer que seja essa decisão, deve considerar não apenas algoritmos, mas a sua experiência profissional e os aspectos

emocionais tão difíceis de ser dimensionados. Além disso, não se pode esquecer que todos os casos que implicam decisões de vida ou morte envolvem desafios clínicos e problemas éticos complexos, não bem definidos do ponto de vista legal. Parafraseando Azevêdo (1996), “o médico só poderá sentir-se seguro sobre a adoção de certa decisão, imaginando que terá de defendê-la de público, apresentando todos os argumentos médicos, científicos e éticos que o levaram a preferi-la”.

Torna-se imprescindível, ao terminar este texto, ressaltar a importância do reconhecimento da terminalidade como processo humano, natural e necessário. Às vésperas da morte, o paciente pode encontrar paz.

Finalmente, devemos lembrar as palavras de Hipócrates, que destaca como um dos papéis da medicina “recusar-se a tratar daqueles que foram vencidos pela doença, entendendo que, diante de tais casos, a medicina torna-se impotente”.

RESUMEN

Los profesionales de la salud frente al tema morir y muerte

La cultura occidental moderna torna a la muerte un asunto socialmente evitado y políticamente incorrecto. La palabra muerte frecuentemente se asocia al sentimiento de dolor. En lo referente a los médicos, formados para salvar y curar, se asocia a la sensación de fracaso o error. Aunque la mayoría de los óbitos en el siglo XXI ocurra en los hospitales, los médicos son poco entrenados para cuidar del paciente víctima de enfermedad terminal. Entonces se hace necesario que el tema morir y muerte pase a ser debatido en el hogar, escuelas y universidades. Aprender a aceptar y convivir con la muerte y el morir es esencial para la formación de los profesionales de la salud. Es importante que el médico, responsable por las decisiones cuanto al tratamiento del enfermo, reconozca la terminal-

idad del mismo y sepa cambiar su conducta, pasando de la lucha contra la muerte a ser un proveedor de confort. Para que ello suceda, se hace esencial que sean fomentados la enseñanza sobre el morir y la muerte en la formación académica y el debate constante del tema durante la actuación profesional. Para disminuir la angustia de los médicos cuanto a la toma de decisión se refiere, es importante que sean normalizadas, tanto del punto de vista ético cuanto legal, las conductas pertinentes para el paciente víctima de enfermedad terminal.

Unitérminos: muerte, morir, profesionales de la salud, enfermedad terminal

ABSTRACT

How health professionals deal with death and dying

Modern Western culture makes death a topic to be socially avoided and politically incorrect. The word death is frequently associated to feeling pain. Doctors, who have been trained to save and cure, may have feelings of loss and failure. Even though most deaths in the 21st century occur in hospitals, doctors receive very little training on treating terminally-ill patients. It becomes necessary, then, for the topics of *death and dying* to be discussed in homes, schools and universities. Learning to accept and live with death and dying is essential for health professionals. It is important for the doctor, responsible for making decisions about the patient's treatment, to know about the patient's terminal condition and be able to change his or her conduct, shifting from a state of fighting death to one of providing comfort to the patient. In order for this to happen, it is essential that doctors learn about death and dying during their training, and to have constant debates regarding professional conduct in these cases. In order to reduce doctors' anguish in decision-making, it is important to regulate, both ethically and legally, the pertinent conduct towards terminally-ill patients.

Uniterms: death, dying, health professionals, terminal disease

BIBLIOGRAFIA

Abbott KH; Sago JG; Breen CM; Abernethy AP; Tulsky JA. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med* 2001;29(1):197-201.

Azevêdo ES. Bioética e medicina intensiva. *Rev Bras Terap Intens*. 1996;8(4):174-178.

Bone R. As I was dying: an examination of classic literature and dying. *Ann Intern Med* 1996; 124(12):1091-1093.

Bossaert L. European resuscitation council guidelines for resuscitation. Amsterdam: Elsevier, 1998. 217p.

Curtis JR, Patrick DL, Caldwell ES, Collier AC. Why don't patients and physicians talk about end-of-life care? *Arch Intern Med* 2000;160(12):1690-1696.

Dickens C. apud Zaidhaft S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. p.155.

- Escobar AL. El morir humano há cambiado. Bol Oficina Sanit Panam 1990;108(5-6):465-72.
- Feder S, Matheny RL, Loveless RS JR, Rea TD. Withholding resuscitation: a new approach to prehospital end-of-life decisions. Ann Intern Med 2006 May 2;144(9):634-40.
- França GV. Paciente terminal: direito à verdade. Medicina Conselho Federal 2000 Mai./Jun.;15(116):8-9.
- Gherardi CR, Biancolini C, Butera Juan J, Calvillo L, Canteli María M, Cardonnet L et al. Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico. Medicina Intensiva 2000;16(2):53-56.
- 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2005;112(24 Suppl):IV1-IV5. Disponível em: <http://www.circulationaha.org>.
- International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Circulation 2005;112(22 Suppl):III1-III136. Disponível em: http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/112/22_suppl/III-133. Acessado em: 25 out. 2006.
- Kübler-Hoss E. Sobre a morte e o morrer. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 296p.
- Langhelle A, Nolan J, Herlitz J, Castren M, Wenzel V, Soreide E et al. Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conducting research on post-resuscitation care: the Utstein style. Resuscitation 2005;66(3):271-83.
- Levin PD, Sprung CL. End of life decisions in intensive care. Intensive Care Med 1999;25:893-895.
- Luce JM. Withholding and withdrawal of life support: ethical, legal and clinical aspects. New Horiz 1997;5(1):30-37.
- Luce JM, Alpers A. Legal aspects of withholding and withdrawing life support from critically ill patients in the united states and providing palliative care to them. Am J Resp Crit Care Med. 2000; 162(6):2029-2032.
- McGovens ME, Barry MM. Death education: knowledge, attitudes, and perspectives of Irish parents and teachers. Death Stud 2000;24(4):325-333.
- Meleiro A. Médico como paciente. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. 271p.
- Moritz RD, Moritz SC. The knowledge and acceptance of death and dying by medical and nursing students in a public university in Brazil. In: Proceedings of the Eighty World Congress of Intensive and Critical Care Medicine; 2001 Oct.28-Nov.1; Sidney, Australia.
- Moritz RD, Nassar SM. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. Rev Bras Terap Intens 2004;16(1):14-21.
- Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em UTI. Rev Bras Terap Intens 2003;15(1):40-4.
- Moritz RD. A morte e o morrer nas unidades de terapia intensiva. In: David CM. Medicina Intensiva. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p 68-78.
- Moritz RD. Decisões difíceis em UTI. Rev Bras Terap Intens 1999;11(1):3-4.
- Moritz RD. Dilemas éticos no final da vida. Rev Bras Terap Intens 2003;15(1):3.
- Moritz RD, Costa AD, Mattos JD, Machado FO. O comportamento do médico intensivista brasileiro diante da decisão de recusar ou suspender um tratamento. Rev Bras Terap Intens 2001;13(13):21-28.

Moritz RD, Machado FO, Melo CR, Beduschi G. Avaliação dos óbitos ocorridos na UTI do Hospital Universitário da UFSC. In: Anais do Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva; 2006 Abr.29/Mai.2; Recife.

Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. JAMA 2000; 283(8):1065-1067.

Perazzo S. Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim. São Paulo: Agora, 1990.

Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. Am J Resp Crit Care Med 1997;155(1):15-20.

Reynolds S, Cooper AB, McKneally M. Withdrawing life-sustaining treatment: ethical considerations. Thorac Surg Clin.2005;15(4):469-80.

Santos ES. Atitudes de sanitaristas e intensivistas frente à morte. Medicus 1996;1(10):20-21.

Schneiderman LJ. Ethics consultation in the intensive care unit. Curr Opin Crit Care 2005;11(6):600-4.

Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD. Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial. Crit Care Med 2000;28(12):3920-3924.

Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatment in the critically ill. Crit Care Med 1990;18(12):1435-1439.

Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's ethics committee regarding futile and othe possibly inadvisable treatments. Crit Care Med 1997;25(5):887-891.

Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatments. Crit Care Med 1992;20(3):320-326.

Sprung CL, Eidelman LA, Reuven R. Communication of end of life decisions in the ICU. Crit Care Med 2000;289(12 Suppl):A35.

Sprung CL, Eidelman LA, Steinberg A. Is the patient's right to die evolving into a duty to die?: medical decision making and ethical evaluations in health care. J Eval Clin Pract 1997;3(1):69-75.

Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. Crit Care Med 2001;29(2 Suppl):N52-N5.

Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. Crit Care Med 1999;27(8):1626-1633.

Zaidhaft S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. 155p.

Zaidhaft S, Batista AD, Rego GC, Bines J, Rubnstein L, Drumond LEF. O estudante de medicina e a morte. In: Júlio de Mello Filho. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992: 57-63.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Paulo, 1929
Florianópolis/SC – Brasil
CEP 88030-200
E-mail: raquel@huufsc.br