

Suspensão de tratamentos em unidades de terapia intensiva e seus fundamentos éticos

Ana Maria Pinto Saraiva ¹

Resumo

Apesar dos sofisticados e dispendiosos recursos disponíveis nas unidades de terapia intensiva, por vezes, em determinadas situações, é decidido suspender tratamentos extraordinários. Este trabalho surgiu da necessidade de saber quais são os fundamentos éticos que os enfermeiros portugueses consideram estar na base da decisão de suspender tratamentos extraordinários em unidades de terapia intensiva. Foi realizada intensa pesquisa bibliográfica e colocadas várias questões orientadoras, tendo por campo de estudo um total de nove unidades de terapia intensiva e uma amostra de 146 enfermeiros, e os dados obtidos foram estatisticamente tratados com base no programa SPSS 11,0. Concluiu-se que os enfermeiros consideram que na base da decisão de suspender tratamentos extraordinários se encontra uma preocupação com aspectos relativos ao cuidado, que se traduzem na morte no tempo certo, sem adiamento ou antecipação, sem sofrimento e com base nos princípios da beneficência e não maleficência, valorizando mais o bem individual do que o bem comum.

Palavras-chave: Ética baseada em princípios. Unidades de terapia intensiva. Suspensão de tratamento. Enfermeiros. Portugal.

Resumen

La suspensión de tratamientos en unidades de terapia intensiva y sus fundamentos éticos: una investigación sobre la realidad de Portugal

En las unidades de cuidados intensivos a pesar de los sofisticados y costosos recursos disponibles, en ciertas situaciones, se decide suspender tratamientos extraordinarios. Este trabajo, surgió ante la necesidad de saber cuáles son los fundamentos éticos que los/las enfermeros/as portugueses consideran estar en la base de la decisión de suspender dichos tratamientos extraordinarios en la unidad de terapia intensiva. Se realizó una intensa búsqueda bibliográfica, se plantearon varias cuestiones orientativas, teniendo como campo de estudio un total de 9 unidades de terapia intensiva y una muestra de 146 enfermeros/as. Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente en base al programa SPSS 11,0. Concluimos que los/las enfermeros/as consideran que ante la decisión de suspender los tratamientos extraordinarios, es preciso tener en cuenta la preocupación de las cuestiones relacionadas con el cuidado, lo que se traduce en una muerte en el momento oportuno, sin prolongamiento ni anticipación de la misma, sin sufrimiento y en base a los principios de beneficencia y no maleficencia, valorizando así el bien de la persona sobre el bien común.

Palabras-clave: Ética basada en principios. Unidades de terapia intensiva. Privación de tratamientos. Enfermeras. Portugal.

Abstract

Treatment suspension and the ethical values in Intensive Care Units: a survey on the Portuguese reality

Despite the sophisticated and expensive resources available at intensive care units, decisions are occasionally made to suspend extraordinary treatments. This work arose from the need of knowing what are the ethical values that Portuguese nurses consider as basis for these decisions in an intensive care unit. A detailed bibliographic research was carried out, jointly with a number of guiding questions. A total of 9 intensive care units and a sample of 146 nurses were the field of study and the data obtained was statistically analysed through the SPSS 11,0 programme. The conclusion was that nurses considered that at the root of the decision of suspending extraordinary treatments, there is a concern with matters related to the patient care, which in fact translates into death at due time, without delay, anticipation, or suffering, based on the beneficence principles and not non-maleficence ones, with the individual good overcoming the common good.

Key words: Principle based ethics. Intensive care units. Withholding treatments. Nurses, male. Portugal.

1. **Doutoranda** jferreiraeana@sapo.pt – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Correspondência

Rua de Camões, 292, 4505-078. Argoncilhe, Portugal.

Declara não haver conflito de interesse.

Em seu processo evolutivo e graças ao desenvolvimento do pensamento, o homem foi formando conceitos tais como o de *ética*, no qual são encontrados pilares para o agir humano com base em valores e princípios como o respeito, a igualdade, a solidariedade, a tolerância, o fazer o bem.

Paralelamente, foi desenvolvendo capacidades e conquistando conhecimentos que lhe concederam poderes que não mais têm sido contidos – como exemplificam o descobrimento do átomo e do gene. A técnica tem desempenhado papel fundamental na relação do homem com o meio, com os outros homens e consigo próprio, ao mesmo tempo que lhe concede poderes que, aliados ao saber, obrigatoriamente o tornam responsável perante todas as formas de vida, incluindo os ecossistemas.

No campo da ciência médica, e em particular das unidades de terapia intensiva (UTI), cenário de alto deslumbre tecnicista, muito tem sido possível fazer pelos doentes em estado crítico ao longo dos últimos anos, conseguindo-se, atualmente, a recuperação em situações outrora impensáveis. Este fato condicionou uma mudança perante a morte: é possível vencê-la e não ceder ou fracassar.

Contudo, a morte existe porque existe vida, são duas faces da mesma moeda, é o *continuum* entre o velho e o novo, o passado e o futuro. É o que conduz à evolução. Crê-se que no homem a morte é mais abrangente do que para outras espécies, porque não morre apenas biologicamente, morre como uma totalidade que vai para além da dimensão física.

Pode-se considerar que a morte tem duas dimensões: uma objetiva e outra subjetiva. A morte objetiva corresponde à morte biológica, morte do corpo, morte física, cientificamente observável. A subjetiva corresponde à morte humana, morte ontológica, da entidade ou *ser* que *habita* o corpo, porque a pessoa é um ser complexo constituído por várias dimensões que se interligam, correlacionam e lhe conferem singularidade. Ou seja, a pessoa é um *ser* de muitos *seres*: *ser natural, ser social, ser histórico, ser de necessidades, ser objetivo, ser subjetivo* ¹.

Patrão Neves se refere à dimensão subjetiva da morte, em face da vertente objetiva da morte biológica, quando afirma que *o que nos importa sublinhar é que a morte aparece sempre ao ho-*

mem sob dois aspectos distintos: numa dimensão objetiva, como fenómeno natural, biológico e, por isso, inevitável e idêntico para todos os seres; numa dimensão subjetiva, como evento que se dá no homem, que é da ordem existencial ou vivida e, por isso, tornado humano e diferentemente experienciado por cada homem ².

Mas a morte não se esgota na dimensão objetiva e subjetiva. Como resultado da visão holística da pessoa humana, ela pode atingir outras dimensões de nossa existência: (...) *há também a morte profissional, quando se atinge o limite da idade, a morte social, quando se perdem os amigos e se encurtam as relações, a morte familiar, quando se fica marcado pela viuvez ou pela orfandade, a morte política, quando se é colocado na reserva do partido em que se militou, e até a morte espiritual e sobrenatural, quando se sente o abandono do Deus em que se acreditava* ³. Pode-se, também, considerar a morte da razão, quando a inteligência é afetada por perda de faculdades ou quando a vida de relação deixa de existir por comprometimento do estado de consciência, como ocorre nas situações de coma profundo.

A certeza da morte é entendida pelos filósofos de diferentes modos: para Heidegger ⁴, a mortalidade é o que dá sentido à vida; para Sartre ⁵, retira-lhe todo o sentido e para Hans Jonas ⁶, de acordo com a circunstância em que acontece, tem sentido ou perde o sentido.

Entretanto, o homem é mortal e, quer por acidente, doença ou simplesmente velhice, o mito da imortalidade que teima em se afirmar desvanecesse: o corpo nos prepara para a morte e, perante esta inevitabilidade, técnica e homem aliam-se, mas muitas vezes apenas conseguem adiar o inevitável – a elevado preço. Como refere Elizari, *a vida não é um valor absoluto que deva proteger-se e prolongar-se sempre e a qualquer preço. Em dado momento, a sensatez deverá reconhecer os limites do organismo e as limitações da ciência e da técnica* ⁷.

Esse limite técnico-científico que se pretende assumido e interiorizado pelos profissionais de saúde nos transporta para a problemática da futilidade terapêutica que conduz a inevitáveis situações de distanásia, situação frequente no contexto das UTI. O fornecimento de cuidados agressivos que apenas

prolongam a vida à custa de sofrimento e sem benefícios reais para o doente configura situação de distanásia e a futilidade de um tratamento deve ser avaliada com base em três critérios: *eficácia (ligada à intervenção terapêutica)*, *benefício (em relação ao doente)* e *onerosidade (custos físicos, emocionais, econômicos ou sociais que o tratamento acarreta)*, visando em última instância o “bem do doente”⁸. Como refere Pessini, *clarificar o “que” e “quais” são os objetivos em questão é uma maneira de identificar e expor as raízes do conflito que caracteriza as discussões sobre o que constitui um tratamento fútil*⁹.

Uma questão importante deve ser colocada perante o agir profissional: será que pelo fato de estarmos investidos de forte poder técnico e conhecimento científico, tudo devemos fazer para ilimitadamente teimar que a vida prevaleça? Por que parar? Quando parar? Como parar? A relação poder/dever tem contornos específicos e normalmente é entendida como: o poder existe para ser servido. Na área da saúde, contudo, o profissional detém um conhecimento que lhe confere um poder que na relação com o outro, que está vulnerável, inverte esta relação e o poder passa a existir para servir. É uma relação em que o poder é devido ao outro, baseado em valores e princípios como a autonomia, beneficência, não maleficência e equidade.

Quando o momento chega, a morte aparece, é o derradeiro instante, difícil de caracterizar: aceito por uns com resignação, considerada por outros como parte integrante e complementar da vida ou como um fracasso, em face da inoperância tecnológica. A vida que terminou, vivida em qualidade e/ou em quantidade, é a vida de cada um, única.

Quando em contexto de doença se decide interromper os tratamentos, pode-se questionar se na base da decisão esteve a quantidade, a qualidade da vida, ou ambas. Numa perspectiva ética, as duas podem interferir na decisão. A vertente quantidade pode subentender encurtar a vida, nos fazendo confrontar com a eutanásia. Pode também implicar em prolongar a vida, o que se torna uma situação de encarniçamento terapêutico, ou seja, de distanásia e futilidade terapêutica. A vertente qualidade nos leva a considerar o quando, como e porquê dessa interferência. O *quando* acontece assim que os tratamentos disponíveis demonstrem

ser ineficazes e supérfluos; o *como*, proporcionando ao doente um fim de vida sem sofrimento, no momento certo, sem atrasos ou antecipações; o *porquê*, com o objetivo de salvaguardar o melhor interesse do doente, a sua vontade, e com base no bem. Mas, na prática, o que efetivamente acontece? O que condiciona essa decisão?

É nesse contexto que surge este estudo, baseado em pesquisa sobre a realidade de Portugal, como consequência das múltiplas inquietações vividas e partilhadas com outros profissionais e desde há muito alvo de minha reflexão como enfermeira especialista. Assim, considere *os fundamentos éticos subjacentes à decisão de não iniciar ou suspender tratamentos em unidades de terapia intensiva* como área temática desta investigação.

Estado da arte

Variados estudos publicados abordam a suspensão ou não início de tratamentos em unidades de terapia intensiva. O estudo Ethicus¹⁰ demonstrou que a suspensão ou recusa de tratamentos é aceita pelos intensivistas e que na base da decisão estão fatores como idade, diagnóstico, religião e localização geográfica. E também considerou que em futuras pesquisas devem ser atendidos aspectos como a perspectiva da família e dos enfermeiros com relação ao processo de morrer nas UTI, considerando que a diferentes países correspondem diferentes culturas e, conseqüentemente, diferentes modos de entender a problemática.

Como fundamentação da importância do problema, outros estudos têm demonstrado que a morte dos doentes ocorre algum tempo depois de ter sido decidido suspender ou não iniciar tratamentos^{11,12}. Entretanto, esses estudos mostram que a informação constante no processo clínico é omissa com pertinência a essas decisões, o que contraria o esperado, pois do ponto de vista médico e legal é fundamental a sua existência^{11,13}; *guidelines* deviam ser elaboradas para uniformizar as decisões¹².

É também importante que os aspectos relativos à vontade prévia do doente, expressa em documento contemplado na lei (testamento vital), devem ser considerados nessas situações. Um es-

tudo demonstrou que os enfermeiros estavam mais sensibilizados do que os médicos para conhecer a existência deste documento e tomarem conhecimento do seu conteúdo; apenas metade dos médicos da amostra lia o testamento vital, mas a maioria considerava a vontade do doente quando esta se direcionava para a família; as decisões de não ressuscitação são discutidas de forma mais aberta quando o prognóstico é mau, enquanto que o assumir dessa decisão por escrito é afetada pela relação com a família e por aspectos médico-legais¹⁴.

Survey aplicado a médicos austríacos permitiu concluir que estes estão motivados a integrar as preferências dos doentes, constantes no testamento vital, nas decisões de fim de vida¹⁵. Um outro estudo, dirigido a médicos da Califórnia, concluiu que estes têm dúvidas sobre a avaliação da futilidade terapêutica e que na base do conflito estão aspectos religiosos e a imprecisão do diagnóstico¹⁶.

Estudo realizado na França pretendia conhecer as discrepâncias existentes entre a percepção dos médicos e dos enfermeiros ante as decisões de fim de vida em unidades de terapia intensiva. Concluíram que a percentagem dos médicos satisfeitos com o processo de decisão era maior do que a dos enfermeiros. Apesar de a maioria dos inquiridos considerar que as decisões deviam ser colaborativas, só metade dos médicos e a quarta parte dos enfermeiros acreditavam que os enfermeiros eram envolvidos.

O medo de litígio foi a razão apresentada pelos médicos para justificar a mudança de informação prestada aos doentes competentes, família e enfermeiros. A percepção dos enfermeiros sobre as decisões médicas pode ser um indicador de qualidade e servir como ferramenta de avaliação da prática diária. Recomendações e legislação podem ajudar a reunir consensos e evitar conflitos entre os elementos da equipe de saúde com relação às decisões de fim de vida¹⁷.

Recentemente, foi publicada uma revisão sistemática da literatura sobre o papel dos enfermeiros nas decisões de fim de vida, a qual permitiu concluir que o papel dos mesmos no processo é escasso. Normalmente, assumem um elo entre o médico e a família, facilitando a comunicação com vistas à decisão a ser tomada. São um suporte emocional para

a família e, por vezes, *advogados*, de modo a que ambas as partes vejam o panorama geral da situação do doente, o que pode facilitar a aceitação, por parte da família, da decisão tomada¹⁸. É fundamental uma aproximação entre médicos e enfermeiros nas decisões de fim de vida¹⁴.

O estudo EfCCNa realizado com enfermeiros de UTI da Europa demonstrou que muitos deles são envolvidos na discussão e decisões de fim de vida. As opiniões são influenciadas por aspectos éticos e religiosos e são similares entre os países: divergem relativamente ao uso de sedação e nutrição do doente¹⁹. Outros estudos concluíram que os enfermeiros têm importante contributo nas decisões de fim de vida e que as *guidelines* consideram imperativo que os enfermeiros assegurem o cuidar após as decisões de suspender ou não iniciar tratamentos²⁰. Por vezes, são imensas as dificuldades sentidas pelos enfermeiros para implementar o cuidar aos doentes após as decisões de fim de vida²¹.

Da identificação do problema ao trabalho empírico

Retomando o vasto tema considerado para este trabalho de investigação – *os fundamentos éticos subjacentes à decisão de não iniciar ou suspender tratamentos em unidades de terapia intensiva* – torna-se fundamental especificar e delimitar o estudo, identificando o problema.

De acordo com a revisão bibliográfica efetuada, para alguns autores há mais implicações éticas na interrupção de um tratamento do que no não iniciá-lo, o que na perspectiva de Beauchamp e Childress²² é questionável, pois é apenas questão de caráter circunstancial. Assim, com base na necessidade de limitar o estudo e atendendo aos pressupostos de que, segundo alguns autores, eticamente a decisão de não iniciar e a decisão de interromper não têm o mesmo peso, e que para a população em estudo os termos podem ter valores éticos diferentes, apenas foi usada a terminologia *suspensão de tratamentos*.

No que se refere aos tratamentos, podem ser classificados como *ordinários* ou *extraordinários* – e também configuram situações distintas. De acordo com Beauchamp e Childress²², pode-se definir

como tratamentos ordinários *todos os tratamentos e procedimentos médicos que oferecem uma razoável esperança e benefício e que podem ser obtidos e usados, sem elevados custos, sofrimento ou outro inconveniente*. Por tratamentos extraordinários pode-se entender *todos os tratamentos e procedimentos médicos que não podem ser obtidos sem elevados custos, sofrimento ou outros inconvenientes e que quando usados não oferecem uma razoável esperança ou benefício*. Essa distinção de tratamentos conflui, a grosso modo, para o que é considerado o bem-estar do doente e os custos-benefícios advindos desse mesmo tratamento.

Presentemente, essa terminologia de tratamentos ordinários e extraordinários foi substituída. Várias sociedades de cuidados intensivos da Europa, Reino Unido e Estados Unidos são consensuais em utilizar a terminologia *cuidados de conforto*. No documento resultante da 5ª Conferência Internacional de Cuidados Intensivos, realizada em 2004, pode-se ler: *A maioria das mortes nas UTI é, ou deve ser, antecipada e devidamente gerida. Essas mortes devem ser precedidas de decisões de limitar ou suspender tratamentos agressivos e concentrar-se no fornecimento de 'cuidados de conforto' (...)*²³. Segundo Pessini, é fundamental que os profissionais aprendam a distinguir entre terapêutica e cuidados básicos, pois só assim se pode evitar a prática da distanásia com fundamentação ética⁸.

Essa perspectiva nos confronta com nova forma de morrer em unidades de terapia intensiva: a que resulta do assumir que em certas situações as terapias de suporte avançado de vida com o objetivo de uma cura orientada devem ser substituídas por terapias que conduzam ao conforto orientado. É a opção entre a terapêutica curativa ou a terapêutica de conforto, podendo dizer-se que é um outro lado da morte que atualmente se começa a vislumbrar, não uma morte renegada e distante, mas uma morte mais próxima e humana.

Na prática, essa terapêutica de conforto é a implementação da *ortotanásia*, a qual pretende que perante o doente os profissionais possam apenas *humanizar o seu processo de morrer, aliviando as suas dores, não incorrendo em abusivos prolongamentos da sua existência através de meios extraordinários ou mesmo desproporcionados*²⁴. É este

ponto de equilíbrio que permite a morte no tempo certo como resultado de uma decisão que se advoga ponderada, tendo por base o melhor para o doente – e tomando em consideração o suporte legal e social exigível.

Marie de Henezel²⁵ refere que a medicina otimizada do final do século passado acabou por esquecer o ser humano e os profissionais têm que saber dar a permissão aos doentes para morrer. Que isto não é mais do que permitir que a morte natural retome os seus direitos. Trata-se de a convidar a chegar, deixando agir a natureza, podendo, desta forma, todos os envolvidos continuar presentes e a amar. Este ponto de vista é a dignificação da vida por meio da dignificação da morte, o que Pessini menciona como *o resgate da dignidade humana que integra a morte na vida. A negação da morte abre as portas para a obstinação terapêutica. Existe uma forte consciência de limite de investimentos terapêuticos. Daí nascem a sabedoria e a necessidade de discernimento de quais sejam os investimentos terapêuticos que não honram a dignidade do ser humano. A postura cristã afirma a vida, e recusa a obstinação terapêutica*²⁶.

Por este motivo, apenas consideramos para o presente estudo os *tratamentos extraordinários*, pelo maior impacto que o termo apresenta e pela associação que pode ser feita a técnicas de tratamento sofisticadas, agressivas e dispendiosas, não englobando, assim, cuidados básicos como a alimentação e a hidratação e que, como referido, de acordo com a nova terminologia, são apelidados de *cuidados de conforto*.

Finalmente, outro aspecto importante está relacionado com a apreciação da fundamentação ética da decisão, que tanto pode ser feita pelo médico que decide como pelo enfermeiro que a executa, como pelo doente a quem ela se dirige ou por sua família. Para o presente estudo a inquietação surgiu de um enfermeiro e, como tal, vai ser dirigida aos enfermeiros.

Assim, com base nas considerações referidas, formulou-se o seguinte problema: “Qual a percepção dos enfermeiros, sob o ponto de vista ético, da suspensão de tratamentos extraordinários em unidades de terapia intensiva?” Com isso, pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- identificar que fatores relacionados com a distribuição de recursos podem estar na base da decisão de suspender tratamentos extraordinários em unidades de terapia intensiva;
 - identificar que aspectos éticos inerentes aos princípios podem estar na base da decisão de suspender tratamentos extraordinários em unidades de terapia intensiva;
 - identificar se a decisão de suspender tratamentos extraordinários em unidades de terapia intensiva resulta em algum conflito legal e deontológico para os enfermeiros.
- suspender tratamentos é eutanásia?
 - e não suspender é distanásia?
 - os tratamentos são suspensos porque são fúteis?
 - será legítimo resistir à morte?
 - a suspensão de tratamentos mata ou deixa morrer?
 - quando se decide a suspensão, estará subjacente o bem para o doente?
 - os enfermeiros participam neste processo?
 - têm dificuldade em aceitar a decisão?
 - será legítimo alegarem objeção de consciência?

Considerando que este estudo pretende desenvolver a teoria em virtude de existirem poucos estudos científicos com relação à área abordada, foram formuladas as seguintes questões de orientação, que têm por base o referencial teórico e a decisão de suspender tratamentos extraordinários em unidades de terapia intensiva:

- relativamente aos enfermeiros, será que o sexo, a idade, o estado civil, a paternidade e o número de filhos que constituem o seu agregado familiar influenciam o perspectivamento da situação em estudo? Será que o tempo de experiência profissional, o tempo de exercício em unidades de terapia intensiva, a religião e a vivência particular da situação em estudo com um ente querido influenciam o seu posicionamento?
- será legítima a referida decisão baseada no princípio da justiça distributiva?
- para decidir será importante atender aos aspectos económicos, à necessidade de vagas, ao diagnóstico e ao prognóstico inerentes à situação em estudo?
- relativamente ao doente, será que a qualidade de vida, a idade e o conhecimento da sua vontade são passíveis de determinar esta decisão?

No que se refere às opções metodológicas tomadas, e considerando os procedimentos técnicos adotados, os objetivos, a forma de abordagem do problema e a sua natureza, o estudo realizado é do tipo descritivo-exploratório, quantitativo. O levantamento foi dirigido a enfermeiros de nove unidades de cuidados intensivos polivalentes, médicas e cirúrgicas de Norte a Sul de Portugal Continental. A população é constituída por 239 enfermeiros, os quais correspondem à totalidade das nove unidades em estudo.

A amostra é do tipo “não probabilística por conveniência”, constituída por 146 enfermeiros com mais de seis meses de experiência no serviço e que responderam corretamente – o que corresponde a 61% de respostas obtidas. Os dados foram colhidos por meio de um questionário de opinião com base numa escala de Likert. As afirmações foram agrupadas considerando três principais dimensões: a “destinação de recursos”, os “princípios éticos” e os “aspectos legais e ético-deontológicos”. Em todas as afirmações possíveis consideramos a bivalência entre o “poder” e o “dever”, com base na questão se “tudo o que se pode fazer, se deve fazer”.

O tratamento estatístico dos dados foi feito por meio do programa SPSS 11,0. No processamento e análise dos dados obtidos foi utilizada a estatística descritiva, a análise fatorial e técnicas não paramétricas.

Trabalho empírico

Para a análise dos dados obtidos na caracterização da amostra, os quais constituem as variáveis demográficas do presente estudo, foram consideradas as frequências absolutas e relativas – em algumas situações as variáveis foram recodificadas com vistas a facilitar a análise estatística.

Para a análise dos dados obtidos no questionário recorreu-se à análise fatorial para extração dos fatores (i.e. variáveis latentes) e para o cruzamento das variáveis, os testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Wilcoxon e o coeficiente de correlação de Spearman. Em algumas situações também houve necessidade de recodificar as variáveis.

Caracterização da amostra

No que respeita à caracterização da amostra, obteve-se:

- majoritariamente feminina;
- mais de 50% dos enfermeiros da amostra apresenta idades compreendidas entre os 22 e os 32 anos, o que reflete a existência de equipas jovens;
- a maioria dos enfermeiros são casados, não têm filhos e são católicos;
- relativamente ao tempo de exercício profissional, a mediana situa-se entre os 5 e os 10 anos e relativamente ao tempo de exercício em cuidados intensivos, a mediana situa-se entre os 3 e os 6 anos;
- a maioria dos enfermeiros (89%) são de nível I (com competência para prestar cuidados gerais de enfermagem e que ainda não se candidataram a uma especialidade).

Uma questão fechada foi ainda considerada no questionário, de resposta dicotômica, com a qual se pretendia saber se o enfermeiro inquirido já viveria com algum ente querido a suspensão de tratamentos; e no caso de resposta afirmativa, há quanto tempo ocorreu esse acontecimento. Foi verificado que a maioria dos enfermeiros não vivenciou tal situação e que este fato demonstrou influência no

estudo. Contudo, relativamente ao tempo decorrido após esse acontecimento, os resultados não demonstraram influência no estudo.

Considerando que as afirmações (ou itens) que constituíam o questionário eram em número elevado e representavam o expressar de opiniões, recorreu-se à análise fatorial, de forma a determinar as variáveis latentes (ou fatores) subjacentes em cada dimensão. Assim, na 1ª dimensão designada por “destinação de recursos” (que atende aspectos como custos com o doente, necessidade de vagas, prognóstico e diagnóstico do doente, qualidade de vida após o internamento), os 10 itens considerados reduziram-se a três fatores: “equidade”, “sobrevida do doente” e “qualidade de vida”.

A designação *equidade* é devida ao fato de as vagas e os fatores económicos serem passíveis de interferir na decisão de suspender tratamentos extraordinários, podendo ser perspectivados como justa forma de distribuição de recursos. O termo *sobrevida do doente* surgiu porque o diagnóstico e o prognóstico têm, subjacentes, a noção de possibilidade de previsão da sobrevivência do doente. A designação *qualidade de vida* advém do fato de terem sido agrupados os dois itens referentes à qualidade de vida.

Na segunda dimensão, apelidada de “princípios éticos” (na qual foram considerados aspectos como a idade do doente, a vontade prévia, a eutanásia, a distanásia, a ortotanásia, a futilidade terapêutica, o adiar da morte, a dignificação da morte, o envolvimento da família no processo decisório, a beneficência e a não maleficência, o paternalismo médico), os 18 itens reduziram-se a cinco fatores: “modos de morrer”, “intencionalidade/efetividade”, “idade do doente”, “resistir à morte” e “decisão do doente/família”.

A escolha do termo *modos de morrer* resulta do fato de, subjacentes ao agrupamento dos itens, serem encontrados conceitos como distanásia, ortotanásia, futilidade e morrer com dignidade, o que consideramos configurar diferentes modos de morrer. A designação *intencionalidade/efetividade* advém do fato de o princípio da não maleficência e o da beneficência, que estavam inerentes aos itens, terem sido agrupados e, por si, representarem um bem intencional e um bem efetivo, respectivamente.

te. A terminologia *idade do doente* resulta do fato de terem sido agrupados três itens referentes à idade do doente. A terminologia *resistir à morte* é consequência do fato de terem sido agrupados dois itens respeitantes a esse conceito. A designação *decisão do doente/família* surgiu porque se associaram os itens respeitantes à vontade do doente e o conhecimento da família do doente, ante a decisão de suspensão de tratamentos. O item referente à eutanásia não teve peso estatístico.

Na terceira dimensão, chamada de “aspectos legais e ético-deontológicos” (na qual foram atendidos aspectos como o assumir por escrito da decisão de suspender tratamentos, a participação dos enfermeiros na tomada de decisão, a aceitação da decisão por parte dos enfermeiros, o recurso à objeção de consciência perante a decisão), os 11 itens reduziram-se a três fatores: “não aceitação pelo enfermeiro”, “participação do enfermeiro” e “prescrição médica”.

O termo *não aceitação pelo enfermeiro* deve-se ao fato de terem sido associados três itens que se referiam ao grau de dificuldade que o enfermeiro sentia com pertinência à decisão de suspensão de tratamentos e como isto repercutia na sua consciência ética. A designação *participação do enfermeiro* resultou da associação dos dois itens que se referiam precisamente à participação do enfermeiro na tomada de decisão relativamente à suspensão de tratamentos. O termo *prescrição médica* resulta da associação de dois itens relativos à formalização por escrito da decisão de suspensão de tratamentos. Os itens relativos à *objeção de consciência* não tiveram peso estatístico.

As variáveis demográficas que não demonstraram influência no estudo foram: idade do enfermeiro, paternidade, número de filhos, categoria profissional e religião; e as que demonstraram influência: sexo, estado civil, habilitações acadêmicas, tempo de exercício em UTI, tempo de exercício profissional.

Considerando a relação entre o *poder* e o *dever* no posicionamento dos enfermeiros, verificou-se que não existe diferença significativa entre os itens “qualidade de vida”, “vontade do doente” e “resistir à morte”, razão pela qual os dois primeiros aspectos podem e devem ser considerados na

suspensão de tratamentos e o terceiro não pode nem deve ser considerado. Com relação ao item “conhecimento da família do doente”, verificou-se diferença pouco significativa, motivo pelo qual este aspecto pode e deve ser atendido na decisão de suspender tratamentos. Constatou-se, ainda, diferença significativa com relação aos seguintes itens:

- os *fatores econômicos* não podem nem devem interferir na decisão, sendo o *não dever* mais marcado que o *não poder*;
- o *prognóstico*, o *diagnóstico* e a *idade do doente* podem e devem ser considerados na decisão de suspender tratamentos, mas o *poder* é mais marcado que o *dever*;
- relativamente à *participação do enfermeiro*, estes acreditam que ela pode e deve ser considerada para a decisão, mas que deve mais do que pode;
- a *objeção de consciência* pode ser alegada pelos enfermeiros perante a decisão de suspender tratamentos, mas não deve ser concretizada, sendo o *não dever* mais marcado que o *poder*.

Discussão dos resultados

Sob o ponto de vista de diversos autores consultados, a equidade tem por base a racionalização dos recursos com vistas a uma justa distribuição, divergindo as diferentes teorias no conceito de justiça. Para uns, a justiça deve ter em atenção o bem comum; para outros, o bem individual; para alguns, deve basear-se na utilidade que seja efetivamente demonstrada e, ainda para os demais, deve proporcionar uma igualdade de oportunidades. Como constatamos, o conceito de justiça não é consensual – o que na prática dificulta sua operacionalização.

Quando os enfermeiros discordam que as vagas e os fatores econômicos sejam, por si, uma forma justa de distribuição de recursos no contexto das UTI, estão, de certa forma, a refutar que os recursos têm que ser distribuídos com base no bem comum, na utilidade porventura demonstrada, na

finalidade atingida ou a atingir e porque provavelmente não vislumbram nesse procedimento uma forma de igualdade de oportunidades; podem estar apenas a considerar o bem individual do doente.

Indubitavelmente, sob o ponto de vista econômico, político e social estes dois aspectos como critérios de suspensão de tratamentos poderiam ser vantajosos, porém não se pode esquecer que *é a pessoa singular ou individual que é portadora do sentido ético da sua existência (...) as finalidades da comunidade política e do estado são outras que não as da existência ética singular e pessoal*⁸. Por conseguinte, em caso de conflito entre a finalidade política e a finalidade ética pessoal, é esta que deve predominar, pois não são as pessoas que servem a política, mas a política é que deve servir as pessoas. Michel Renaud²⁷ refere-se a esta situação especificando que não significa que o Estado não possa exigir sacrifícios às pessoas tendo em vista o bem comum entendido como bem individual, mas na prática vai representar um sacrifício consentido pelos próprios cidadãos, para proveito de outros e com base numa decisão política.

A idade do doente foi considerada nas questões orientadoras e pode-se constatar que os enfermeiros concordam que interfira na decisão de suspender tratamentos. Esta perspetiva está de acordo com Jonas, que defende que os velhos devem dar lugar aos novos, porque se suprimíssemos a morte suprimiríamos também a procriação: *Neste começar uma e outra vez, que só pode obter-se na troca de uma e outra vez acabar, podia muito bem radicar a esperança da humanidade, seu mecanismo de defesa para não cair no tédio e na rotina, a sua oportunidade de preservar a espontaneidade da vida*²⁸.

De acordo com o referido autor, a existência de um mundo de velhos, sem juventude, apenas levaria à acumulação de experiência prolongada, não permitiria o privilégio de contemplar o mundo pela primeira vez, deslumbrar-se diante do desconhecido, ter a curiosidade própria das crianças e, desta forma, possibilitar que o conhecimento progrida, numa busca permanente, numa sede constante de querer saber cada vez mais, como se nunca tivéssemos ultrapassado a fase do “*por quê?*”.

Também Callahan²⁹ considera que a idade é fator individual que deve pesar sob o ponto de

vista social. Diminuir a morte em idades jovens e não prolongar a vida dos velhos, mas sim aliviar o sofrimento, são conceitos que atendem ao bem comum, tendo em atenção o bem individual. Neste caso, o apoio domiciliário e a possibilidade de recorrer a unidades de cuidados continuados são meios para assegurar um bem individual e um bem comum, à medida que garante ao indivíduo os cuidados de que realmente necessita e, ao mesmo tempo, evita que se recorram a recursos escassos e dispendiosos para que o indivíduo se beneficie de alguns cuidados em seu fim de vida, ainda que não sejam os mais indicados sob os pontos de vista ético, social e econômico.

O diagnóstico e o prognóstico são em parte indicadores da possibilidade de sobrevivência do doente, e foram considerados pelos enfermeiros como aspectos importantes a atender na decisão de suspender tratamentos. Estes dois aspectos vão, de forma indireta, relacionar-se com outro igualmente fundamental e muito difundido, que é a qualidade de vida, para a qual os enfermeiros se posicionaram com concordância pouco marcada, talvez devido à subjetividade e relatividade em que se baseia este conceito.

A subjetividade atribuída à qualidade de vida levanta sempre a questão de qual referencial seguir para esse julgamento, pois, por vezes, o profissional incorre na tentação de seguir os próprios referenciais, em vez dos do paciente. Os índices de gravidade são instrumentos que facultam avaliar a gravidade da doença e o prognóstico, permitindo prever algum resultado à alta hospitalar e, conseqüentemente, avaliar o custo-benefício das intervenções. Esses índices podem, em determinados momentos, ajudar a decidir sobre a suspensão de tratamentos extraordinários em UTI.

O fator *modos de morrer* englobou várias questões orientadoras relacionadas com a ortotanásia, distanásia, futilidade e dignificação da morte, as quais pretendiam que os enfermeiros opinassem se a suspensão de tratamentos configurava, na prática, boas ou más atitudes profissionais, sob os pontos de vista legal, ético e deontológico. Assim, as questões que abordavam a suspensão de tratamentos, como o *deixar morrer*, camuflavam o conceito de *ortotanásia*, o qual permite que o doente morra no

seu tempo, não adia o inevitável nem antecipa ou precipita o acontecimento. Perante esta questão, os enfermeiros assumiram um posicionamento de discordo muito pouco acentuado, quase consensual.

É possível que tal fato seja devido a uma dificuldade de interpretação, razão pela qual ao invés de uma morte em paz, sem sofrimento, no tempo certo e acompanhada, interpretaram uma morte em abandono. Com pertinência às questões que consideravam que a suspensão de tratamentos evitava situações como a futilidade, distanásia, adiamento do momento morte e permitia a dignificação da morte, os enfermeiros, majoritariamente, concordaram que tal se verificava. Este posicionamento é suportado pelo referencial teórico consultado, que defende que os princípios da beneficência e não maleficência devem estar na base da referida decisão.

A questão que considerava a suspensão de tratamentos como um modo de *matar* o doente e que tinha subjacente o conceito de eutanásia não teve peso estatístico, mas, de acordo com as respostas, os enfermeiros acentuadamente discordaram que tal se verificasse. Isto se torna consistente com as demais opiniões referentes às outras formas de morrer, em que eles perspectivam uma morte no tempo certo e com garantias de aspectos relativos ao cuidar. Esta discordância acentuada, que pode ser interpretada como uma certeza de que não é essa a razão subjacente ou pretendida quando se decide suspender tratamentos extraordinários, não é confirmada teoricamente pois a fronteira onde termina a intenção de pôr fim à vida do doente e começa a intenção de querer que a morte aconteça não é assim tão distinta. Entretanto, os enfermeiros parecem assumir que a decisão de suspender tratamentos não carrega a intenção de querer matar o doente.

Este fator relativo aos modos de morrer tinha por base outros aspectos também considerados nas questões orientadoras, como o paternalismo, o princípio da beneficência e o da não maleficência. Com efeito, a decisão de suspender tratamentos deve ter por base algum fundamento, que pode ser: a opinião médica que decide o que é melhor para o doente (paternalismo); a intenção de fazer o que se considera melhor para o doente (princípio da não

maleficência) ou atingir uma finalidade que se crê boa e, como tal, resultar num bem efetivo (princípio da beneficência).

Todos estes aspectos estão em parte relacionados e visam, sem dúvida, a mesma coisa: o bem do doente. Perante eles, a maioria dos enfermeiros concordaram que a suspensão de tratamentos visa a esse bem. Embora o paternalismo seja criticado por alguns teóricos, no contexto das UTI é praticado porque, embora o doente mantenha o direito à sua autonomia, na maior parte das vezes está incapacitado de a exercer, devido às alterações do seu estado de consciência, as quais podem decorrer de sua situação clínica ou da utilização de fármacos. Por este motivo, a decisão é frequentemente da equipe médica, associada ao fato de, na maior parte das vezes, não se conhecer a opinião do doente.

A opinião do doente no campo do exercício da autonomia, como direito adquirido e reconhecido, não suscita dúvidas. O problema surge quando, como referido, existe incapacidade para o seu exercício de forma temporária ou definitiva. Porém, algumas questões devem ser elucidadas: será que, mesmo quando acordado, atendendo à realidade que está a viver, ele se encontra capaz para exercer sua autonomia? E se ele nunca pensou nesse assunto? Será que este é o momento indicado? Será que nessas circunstâncias se pode considerar livre para decidir? Em paralelo, se existe conhecimento da vontade do doente e ele não a pode confirmar ou infirmar, será que essa vontade ainda prevalece no presente? E se o doente mudou de opinião? Como saber? Se existe alguém legitimado para o representar, deve indicar qual a vontade do doente (se souber). E se o doente quiser que se continue a investir na sua “salvação”, ainda que medicamente impossível?

A autonomia do doente entra em conflito com os princípios da beneficência e da não maleficência e, em simultâneo, o bem comum está comprometido. O que fazer? Responder a essas questões não é fácil e existem diversos posicionamentos que defendem todas as situações aqui descritas, motivo pelo qual, na prática, se essas situações ocorrerem esperamos que sejam analisadas casuisticamente e não normalizadas, pois cada doente é único e, portanto, *cada caso é um caso*,

mas aplicar um tratamento que contrarie as *leges artis* configura situação de má prática.

Ainda relacionado com a decisão do paciente, existe outro elemento igualmente considerado nas questões de orientação do estudo: sua família. A participação da família do doente na decisão de suspender tratamentos foi posição majoritária dos enfermeiros. Ante este ponto de vista pode-se perguntar se esta participação é passiva ou ativa? Seria passiva quando apenas se refere a comunicação da decisão de suspender tratamentos, o que é corroborado pelos teóricos consultados, visto que de acordo com a legislação portuguesa a família do doente não tem poderes sobre ele porque não é sua representante legal, a não ser que se trate de um incapaz ou menor, e ainda porque não deve carregar o fardo de ter que assumir tal decisão.

Se for interpretada como ativa, significa que a família teve que participar na decisão com parecer vinculativo, o que pelos motivos já referidos é contrário aos conceitos teóricos. É contudo legítimo que a família seja consultada para informar a equipe médica se tem conhecimento de qual seria a opinião do doente sobre a suspensão de tratamentos ou se tal temática nunca foi diretamente abordada, na tentativa de obter pistas que indiretamente possam indicar a opinião do doente perante o assunto. A figura do testamento vital seria um documento que poderia auxiliar na decisão, mas ainda não está previsto na legislação portuguesa e sua operacionalização não se vislumbra fácil.

Foi também considerado um outro elemento inerente ao aspecto da decisão de suspender tratamentos: a equipe de enfermagem. A respeito, seus integrantes foram questionados sobre se podiam ou deviam participar na tomada de decisão e majoritariamente concordaram que mais do que poder, deviam participar – ressalte-se que esta foi a única resposta em que quando contraposto o *poder* com o *dever*, o *dever* teve maior peso que o *poder*.

Em alguns países, os enfermeiros não são ouvidos quanto a estas questões, enquanto noutros são consultados para que expressem a sua opinião, ainda que a palavra final seja da equipe médica. Considerando que a decisão de suspender tratamentos configura ato médico de prescrição, sem dúvida sai do âmbito da competência do enfermeiro, porém se

este detiver dados que permitam saber mais sobre o doente e quais os seus desejos, é provavelmente desejável que seja consultado sobre o assunto.

Tal afirmação pode se configurar de maneira ainda mais contundente se é ao enfermeiro que compete cumprir a prescrição. Nessas circunstâncias ele deve estar envolvido de alguma forma na decisão, para que não tenha problemas de consciência quando do cumprimento do prescrito. Provavelmente, os enfermeiros consideram que mais do que poder, devem participar na tomada de decisão porque, durante as 24 horas do dia, relacionam-se com o doente de forma íntima e próxima, o que os pode levar a sentir que embora legalmente não possam prescrever, devem eticamente ser ouvidos.

Como mencionado, a decisão de suspender tratamentos extraordinários não lhes causa problemas de consciência, porque se tal ocorresse a decisão teria que, de alguma forma, ir contra o que consideram ser um bem para o doente. Frente aos dados, pensou-se que é com base nesses pressupostos que a maioria dos enfermeiros responde concordar que pode alegar objeção de consciência, mas discorda que o deva fazer. Provavelmente, consideram uma possibilidade sempre em aberto que para ser concretizada teria que ser levada ao extremo, fato ainda não verificado nas experiências vividas. Até o momento não sentiram ter sido decidido algo que os leve a praticar um ato contrário aos seus ditames de consciência.

A questão da aceitação, pelo enfermeiro, da decisão de suspender tratamentos extraordinários, de forma a lhe ocasionar problemas de consciência e poder resultar numa situação de objeção de consciência, relaciona-se com outro elemento que é a prescrição médica. Com efeito, os enfermeiros, na maioria, assumiram não ter dúvidas da decisão quando esta estava escrita, entendendo-se isto como prescrito, ou seja, a formalização da decisão no prontuário do doente (processo em Portugal). Pode-se entender esta situação como um reforço e um assumir a decisão, o que por sua vez facilitará ao enfermeiro a aceitação da situação e, talvez, até desfaça algumas dúvidas porventura existentes.

Apesar de o referencial teórico nada revelar, com o tratamento estatístico realizado foram encontrados alguns aspectos que se relacionaram com o perspetivar da decisão de suspender tratamentos: o sexo do

enfermeiro, o estado civil, as habilitações acadêmicas, o tempo de exercício em UTI, o tempo de exercício profissional e a vivência particular da suspensão de tratamentos com um amigo ou familiar.

Nesta análise, supôs-se que a influência do sexo advém das diferenças biológicas e genéticas inerentes aos homens e mulheres e de outros fatores extrínsecos, como a educação, o papel social e a formação, os quais poderão conduzir a uma forma diferente de ver o mesmo problema conforme seja homem ou mulher. A influência do estado civil no posicionamento perante a decisão de suspender tratamentos pode estar relacionada com o pensar a dois ou pensar a um, dependendo da relação de proximidade que se tem com alguém na área dos afetos, podendo aqui residir a diferença.

A influência dos outros aspectos pode estar relacionada com algo comum a todos: o conhecimento e a experiência. Talvez por esse motivo, a idade do enfermeiro não teve influência no plano estatístico, mas, em contrapartida, tiveram os aspectos ligados com a formação, o contato com a realidade e as experiências de vida que podem ser condicionadores da visão que cada um pode apresentar perante esta situação.

A religião e a paternidade não se demonstraram influenciadoras nesta temática. Relativamente à religião, teoricamente é defensável que influencia a decisão, mas também é afirmado que a espiritualidade está presente em todos os seres humanos, podendo existir independentemente da religião. A paternidade pretendia ter subjacente uma maior sensibilidade para esta temática, mas, na prática, não influenciou, pelo que se pode considerar provável que essa maior sensibilidade se fizesse sentir caso o estudo incidisse sobre crianças e não adultos, como é o caso, já que, paralelamente, o fato de pessoalmente terem tido a experiência em estudo foi influenciador dos posicionamentos. O número de filhos também não demonstrou ter significado, o que se insere no referido.

Considerações finais

A realização deste trabalho surgiu da prática e do questionamento pessoal que pretendia saber como é que os enfermeiros percebiam eticamente

a suspensão de tratamentos extraordinários no contexto das unidades de terapia intensiva para adultos. Partimos de três áreas principais que visavam responder à questão inicial, considerando para o efeito: a distribuição dos recursos, os aspectos éticos relacionados com os princípios e os aspectos legais e deontológicos.

Terminado o estudo, constatamos que os enfermeiros, de forma geral, não consideram que a decisão de suspender tratamentos possa ou deva basear-se numa perspectiva de justa distribuição de recursos com base no bem comum; uma vez admitido o doente, esta decisão não tem que atender à necessidade de vagas ou aspectos económicos do internamento. Mais importantes são os aspectos relacionados com a qualidade de vida, onde se insere o próprio conceito, o diagnóstico e o prognóstico relativos à situação clínica que o doente experimenta. Igualmente, não consideram que a suspensão de tratamentos abrevie a vida do doente para lhe diminuir o sofrimento ou o custo social.

Quando é decidido suspender os tratamentos, os enfermeiros consideram que os aspectos éticos presentes estão mais direcionados para a qualidade de vida do que para a quantidade de vida. No tocante à qualidade de vida, a preocupação que consideram estar indicada por quem prescreve é a de um fim de vida sem sofrimento e no devido momento, não incorrendo em tratamentos desnecessários e traumatizantes, valorizando os aspectos dos cuidados possíveis de serem proporcionados num internamento.

Com pertinência à quantidade de vida, os enfermeiros consideram a idade importante como meio para a decisão, mas não como fim. Decidir apenas com base no prolongamento do tempo de vida, mesmo que seja um adulto jovem, e não considerar outros aspectos, configura uma situação de distanásia, pelo que mais uma vez a qualidade de vida, a autonomia do doente, o princípio da beneficência e o da não maleficência têm que fundamentar a decisão.

A prescrição escrita da decisão, como aspecto legal, consolida a aceitação e o cumprimento da mesma por parte dos enfermeiros. Sob o ponto de vista deontológico, majoritariamente não consideram ter problemas de consciência nesse cumprimento e, em consequência, consideram não dever alegar objeção de consciência.

A idade do enfermeiro e a religião por ele professada não demonstraram interferir no modo como perspectivaram a suspensão de tratamentos, mas as experiências de vida com situações similares sim – o que confirma a influência da experiência no nosso entendimento do mundo. A área temática considerada é vasta e é importante que novos trabalhos possam decorrer, permitindo constante questionamento na procura de mais saber e de um agir cada vez mais ético, que será o mesmo que dizer mais humano.

Este estudo apresenta algumas limitações ao nível da validade interna e externa, por não ser um estudo experimental. Assim, a validade interna ao

referir-se à relação causa-efeito e à possibilidade de variáveis estranhas poderem influenciar as variáveis independentes e as dependentes não foram verificadas neste estudo pois não nos é possível falar em causalidade, mas sim em relações; as variáveis estranhas não podem ser controladas na medida em que a temática abordada é influenciada por aspectos subjetivos como a cultura, a educação, os sentimentos, as emoções, as crenças e os valores – os quais influenciam o posicionamento dos enfermeiros. A validade externa também está condicionada, pois não nos é possível generalizar locais ou amostras que não as estudadas, permitindo apenas a transferência de conclusões para realidades semelhantes.

Referências

1. Domingues B. Psicologia. Porto: Edição dos Amigos do Frei Bernardo; 1983.
2. Neves MCP. O sentido da morte na vida dos homens. Cadernos de Bioética. 1996;12:7-17.
3. Pinto VF. Entre a vida e a morte, a razão da esperança. Revista Servir. 1991;39(1):8-22.
4. Heidegger M. Ser e tempo. 11ª ed. Parte II. Petrópolis: Vozes; 2002.
5. Sartre JP. O ser e o nada. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
6. Jonas H. The burden and blessing of mortality. Hastings Cent Rep. 1992;21(4):34-40.
7. Elizari FJ. Questões de bioética: vida em qualidade. Porto: Editorial Perpétuo Socorro; 1996.
8. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001. p. 180.
9. Pessini L. Op. cit. p. 62.
10. Sprung C, Cohen S, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S. et al. End-of-life: practices in european intensive care units: The Ethicus study. Jama. 2003;290(6):790-7.
11. Spronk P, Kuiper A, Rommes J, Korevaar J, Schultz M. The practice of and documentation on withholding and withdrawing life support: a retrospective study in two Dutch Intensive Care Units. Anesth Analg. 2009;109(3):841-6.
12. Wunsch H, Harrison D, Harvey S, Rowan K. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. Intensive Care Med. 2005;31(6):823-31.
13. Gaudencio D, Messeder O. Dilemas sobre o fim-de-vida: informações sobre a prática médica nas UTIs. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(Supl.1):813-20.
14. Westphal DM, McKee SA. End-of-life decision making in the intensive care unit: physician and nurse perspectives. Am J Med Qual. 2009;24(3):222-8.
15. Schaden E, Herczeg P, Hacker S, Schopper A, Krena CG. The role of advance directives in end-of-life decisions in Austria: survey of intensive care physicians. BMC Med Ethics. 2010;11(19):1-6.
16. Zier L, Burak J, Micco G, Chipman A, Frank J, White D. Surrogate decision maker's responses to physicians' predictions of medical futility. Chest. 2009;136(1):110-7.
17. Ferrando E, Lemaire F, Regnier B, Kuteifan K, Badet M, Asfar P. et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. Am J Respir Crit Care Med. 2003;17:1310-15.
18. Adams J, Bailey Jr. D, Anderson R, Docherty S. Nursing roles and strategies in end-of life decision making in acute care: a systematic review of the literature. Nursing Research and Practice. 2011:527834. Epub 2 Oct 2011. doi: 10.1155/2011/527834.
19. Latour J, Fulbrook P, Albarran J. EfCCNa survey: european intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. Nurs Crit Care. May-Jun 2009;14(3):110-21.
20. McMillen R. End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. Intensive Crit Care Nurs. 2008;24:251-9.
21. Espinosa L, Young A, Symes L, Haile B, Walsh T. ICU Nurses' experiences in providing terminal care. Crit Care Nurs Q. 2010;33(3):273-81.
22. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
23. Carlet J, Thijs L, Antonelli M, Cassel J, Cox P, Hill N et al. Challenges in end-of-life care in the ICU: statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, April 2003. Intensive Care Med. 2004;30(5):770-84.

Suspensão de tratamentos em unidades de terapia intensiva e seus fundamentos éticos

24. Veiga F, Monteiro F, Teles N, Guerreiro T. Eutanásia: pelo direito de morrer em paz. Cadernos de Bioética. 2000;24:85-111.
25. Hennezel M. Nós não nos despedimos. Lisboa: Editorial Notícias; 2001.
26. Pessini L. Op. cit. p. 261.
27. Renaud M. A tensão entre o bem da pessoa e o bem comum. Cadernos de Bioética. 1996;11:9-16.
28. Jonas H. El principio de responsabilidad. Barcelona: Editorial Herder; 1995. p.51.
29. Callahan D. Setting limits: medical goals in an aging society. Washington: Georgetown University Press; 1995, p.51.

