

Autonomia do idoso e distanásia

Maria Zeneida Puga Barbosa Oliveira ¹, Stela Barbas ²

Resumo

A pesquisa teve o objetivo de conhecer a opinião dos idosos sobre o exercício da autonomia, a utilização de medidas obstinadas e a escolha do local de morte para idosos na presença de doença grave e terminal. Foram entrevistados 112 (77%) participantes de programa da Universidade Federal do Amazonas orientado para o envelhecimento. O resultado mostrou que 67% foram desfavoráveis a que a vida do paciente fosse mantida “de qualquer jeito”, ou seja, seria necessário que as condutas a serem tomadas nessas ocasiões fossem avaliadas levando em consideração a dignidade da pessoa humana em evitar o prolongamento do sofrimento de morrer. A lucidez foi o indicador de qualidade de vida mais apreciado (79%), seguido pela autonomia em poder respirar sem o uso de aparelhos (17%) e alimentar-se sem o uso de sonda (4%). A casa do paciente (63%) foi considerada o local de morte mais apropriado.

Palavras-chave: Bioética. Autonomia pessoal. Saúde do idoso.

Resumen

Autonomía del anciano y la distanásia

La investigación tuvo como objetivo conocer la opinión de los ancianos sobre su autonomía, la utilización de medidas perseverantes y la selección del lugar de muerte para los ancianos ante la presencia de una enfermedad grave y terminal. Se entrevistó a 112 (77%) participantes de un programa orientado para el envejecimiento en la Universidad Federal del Amazonas. El resultado mostró que un 67% no fueron favorables a que mantuviera la vida “de todos modos” o sea, es necesario que las conductas a ser tomadas en estos momentos sean evaluadas llevándose en consideración la dignidad de la persona humana en evitar la prolongación del sufrimiento al morir. La lucidez (79%) fue el indicador de la calidad de vida más apreciado, seguido por la autonomía del poder respirar sin el uso de aparatos (17%) y alimentarse sin el uso de sonda (4%). La casa del paciente (63%) fue considerada el local de muerte más apropiado.

Palabras-clave: Bioética. Autonomía Personal. Salud del anciano.

Abstract

The elderly autonomy and dysthanasia

The purpose of the survey was to know the opinion of the elderly about the exercise of autonomy, the use of obstinate measures and the choosing process of the place of death for the elderly with terminal illness. The interview had 112 (77%) participants of the program for aging at the Federal University of Amazonas. The result showed that 67% did not agree that the life of patient should be maintained at any circumstance, meaning that measures are needed to be taken into account to consider the dignity of the person avoiding the extension of death suffering. The presence of awareness (79%) was the most appreciated indicator of life quality, followed by autonomy of being able to breathe without any apparatus (17%) and eating without a tube (4%). Patient's house (63%) was considered the most appropriate place to die.

Key words: Bioethics. Personal autonomy. Elderly health.

Aprovação CEP/UFAM nº 0383.0.115.000-10

1. **Doutoranda** zeneidapuga@yahoo.com.br – Universidade do Porto, Portugal/Conselho Federal de Medicina, Brasil 2. **Doutora** barbas35@aeiou.pt – Universidade Autónoma de Lisboa e Universidade do Porto, Portugal.

Correspondência

Maria Zeneida Puga Barbosa Oliveira – Rua A, Casa 44, Condomínio Aristocrático, Bairro Chapada CEP 69.050-130. Manaus/AM, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Esta pesquisa trata do exercício da autonomia dos idosos em relação à distanásia, ou seja, condutas médicas com o uso de tecnologia que no afã de salvar vidas podem prolongar o sofrimento da morte quando aplicadas a casos em que os estudos mostram que não vai beneficiar realmente o paciente a longo prazo, mas apenas trazer horas ou dias a mais de vida. A verdade é que as condutas que promovem a distanásia foram criadas para salvar vidas nos casos em que o paciente, em determinado momento, apresenta disfunção e necessita usar máquinas para realizar funções fisiológicas básicas como respirar. Espera-se, entretanto, que a evolução do quadro no decorrer do tempo promova sua recuperação, trazendo de volta o pleno uso de suas funções vitais ou o mais próximo do normal. Assim sendo, a aplicação dessas manobras como a ressuscitação cardiopulmonar, o uso de respiradores e a alimentação enteral em idosos graves e terminais deve ser analisada, considerando-se até que ponto apresentam benefício para o paciente ou se apenas prolongam seu sofrimento.

Com base em entrevistas, o estudo levantou a opinião de idosos em relação à distanásia e ao local de morte mais adequado para o paciente idoso desenganado e, ainda, quais aspectos da qualidade de vida mais os interessa manter.

O princípio bioético da autonomia

A palavra autonomia deriva de dois termos gregos – *auto* (próprio) e *nomos* (lei, regra, norma) – que, conjugados, querem dizer autodeterminação da pessoa para tomar decisões que afetem sua vida, saúde, integridade física e psíquica, bem como suas relações sociais. O princípio da autonomia, portanto, refere-se à capacidade que tem o ser humano de fazer escolhas sobre o que é *bom* ou o que é seu *bem-estar*. A pessoa é autônoma quando tem liberdade de pensamento, livre de coações internas ou externas para optar entre as propostas que lhe são apresentadas.

Para isso, é necessário, também, que existam alternativas de ação ou que seja possível sua criação. Não há propriamente o exercício da autonomia quando existe apenas um caminho¹. Quando não há liberdade de pensamento, nem de escolhas, quando se tem somente uma opção ou quando não existe liberdade de agir conforme a alternativa desejada, a ação empreendida não pode ser julgada autônoma². A autonomia expressa o princípio da liberdade moral no qual todo ser humano é agente moral au-

tônomo e como tal deve ser respeitado por todos os que mantêm opções morais distintas. Nenhuma moral pode impor-se aos seres humanos contra os ditames de sua consciência³.

A autonomia completa é um ideal. Na prática, sempre o ser humano está restrito às regras da sociedade, às influências religiosas e a outros condicionantes comportamentais. O homem não nasce autônomo, torna-se autônomo com a contribuição de variáveis estruturais biológicas, psíquicas e socioculturais. No entanto, a pessoa autônoma pode agir como não autônoma em determinadas situações. No caso do idoso em tratamento médico, embora ele possa ter lucidez suficiente para exercer sua autonomia, pode deixar de fazê-lo por diversos motivos, tais como: depende de quem o leve ao médico, dos recursos tecnológicos da cidade onde habita, do poder aquisitivo para a compra de medicamento ou alimentação especial, entre outros. Além disso, alterações físicas, desordens emocionais e mentais podem comprometer a apreciação e a racionalidade das decisões a serem tomadas. Quando a situação de autonomia está reduzida, cabe a terceiros, familiares ou mesmo profissionais de saúde decidir pela pessoa não autônoma⁴.

O conceito de autonomia está intimamente ligado ao de competência. O julgamento de competência-incompetência de uma pessoa deve considerar cada decisão em particular e não estender-se a todas as decisões de sua vida. Não é comum questionar a competência da decisão do paciente quando sua decisão está de acordo com a do médico. No entanto, todos os pacientes devem ser julgados competentes até que haja prova de sua incompetência, situação na qual sua autonomia é reduzida⁴. No âmbito legal, presume-se que um adulto é competente até que o Poder Judiciário o considere incompetente e restrinja os seus direitos civis; entretanto, para a ética, não há pessoa incompetente em todas as áreas de sua vida⁵.

Os grupos socioeconomicamente vulneráveis, pelo fato de serem desprovidos de recursos, têm menos alternativas para escolher em suas vidas, o que contribui para não desenvolver amplamente o potencial de autonomia. Ainda assim, devem ser vistos e respeitados como autônomos. No tratamento, os médicos não podem decidir por eles sob a alegação de não terem capacidade ou recursos para decidir¹. Enfim, autonomia não significa seguir o individualismo, pois o homem vive em sociedade e a própria ética é a forma de regular as relações entre as pessoas, harmonizando interesses individuais e coletivos.

Distanásia ou uso de medidas obstinadas

Distanásia é um neologismo de origem grega que conjuga o prefixo *dys*, que significa *ato defeituoso*, e o complemento *thánatos*, entendido como morte. Assim, a tradução literal “morte defeituosa” estaria se referindo à *morte difícil ou penosa* devido ao prolongamento exagerado e desproporcional do ato de morrer mediante tratamento que prolonga a vida biológica do paciente. Essa atitude, que decorre do afã médico de salvar vidas, acaba resultando em morte lenta e muitas vezes dolorosa, obtida pelo prolongamento obstinado da vida do paciente quando não há esperança de cura e qualquer tratamento se tornou inútil, sem benefícios.

A cura da doença e o alívio do sofrimento são aceitos como os objetivos da medicina. A doença destrói a integridade do corpo e a dor e o sofrimento destroem a integridade geral da pessoa humana. Entretanto, por mais que tente, a medicina não pode afastar a morte indefinidamente. Quando a terapia médica não mais pode atingir a meta da cura, insistir no tratamento apenas para manter a pessoa viva é uma futilidade. Tal dilema indica a necessidade de parar o que está sendo inútil e intensificar os esforços para reduzir o desconforto de morrer⁶.

Historicamente, Hipócrates concebeu três objetivos para a medicina: aliviar o sofrimento do doente, diminuir a agressividade da doença e recusar fazer o tratamento nos quais a medicina reconhece que não pode mais contribuir. Na Antiguidade, se um médico tentasse prolongar a vida de uma pessoa estaria sendo considerado *antiético* - pensamento este que chegou até a Idade Média⁷. Os escritos hipocráticos informam que o médico deve conhecer os limites de sua *arte* e deve evitar a *arrogância*. No final do século XVI, Francis Bacon, o *pai da ciência moderna*, considerou três finalidades para a medicina: preservação da saúde, a cura das doenças e o prolongamento da vida. Insistia que era necessário se encontrar meios que tornassem a morte menos desagradável⁸.

As causas mais comuns para a distanásia são: a convicção de que a vida biológica é um bem para o qual se deve investir o máximo de esforço para ser prolongada, independentemente da qualidade de vida apresentada; falta de conhecimento sobre o assunto por parte de pacientes e familiares que poderiam usar seus direitos a fim de evitar o prolongamento da agonia do paciente terminal; a angústia do médico perante o insucesso do tratamento e a dificuldade de aceitação da morte. Os pacientes com mais riscos de estar expostos à dis-

tanásia são os internos nas unidades de tratamento intensivo (UTI), os nascituros com peso baixo ao nascer (<650g) e tempo inferior a 26 semanas, pacientes crônicos com história de agravamento e remissão e pacientes terminais⁹.

Nas situações em que a morte é iminente e inevitável, pode-se renunciar a tratamentos que dariam somente prolongamento precário e penoso da vida (obstinação terapêutica ou futilidades médicas), sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos aos doentes em casos semelhantes¹⁰. Foi o caso do papa João Paulo II, que em estado avançado de doença e após duas internações na Clínica Gemelli pediu para permanecer em seus aposentos no Palácio Apostólico, em Roma, a fim de encerrar sua missão¹¹. Esse é um caso de “ortotanásia”, ou seja, é a morte no tempo certo, sem abreviação nem prolongamentos desproporcionados do processo de morrer⁶.

Os avanços tecnológicos e os sucessos nos tratamentos de tantas doenças fez com que a medicina ficasse cada vez mais direcionada para a cura. Com isso, a meta passou a ser eliminar a morte. Assim, a questão técnica passou a ser prolongar os sinais vitais; a qualidade desta vida, um conceito de difícil mediação para a ciência e a tecnologia, passou para segundo plano¹². Embora seja dever do médico curar quando isso puder ocorrer, no caso do paciente terminal ele pode diminuir o sofrimento suspendendo o tratamento com finalidade curativa, já que esse objetivo não é mais possível atingir, e fornecer-lhe os medicamentos necessários para reduzir os desconfortos ocasionados pela doença, conforme consentimento do paciente ou da família¹³.

Nas circunstâncias em que a morte é inexorável o caminho mais sensato é a suspensão dos meios artificiais dispensáveis e supérfluos. Assim sendo, a morte ocorrerá a seu tempo. Isto posto, se o indivíduo está vivo, deve ser tratado. Se está morto, não há porque mantê-lo ligado a aparelhos. Não existe meia vida nem meia morte¹⁴.

Na Europa, a distanásia é conhecida como *obstinação terapêutica* e nos Estados Unidos da América (EUA), como *futilidade médica*. O termo usado na Europa foi introduzido por Jean Robert Debray, entendido como o comportamento em que o processo terapêutico traz efeito mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, porque a cura é impossível e o benefício esperado, menor que os inconvenientes. A cura da doença e o alívio dos sofrimentos são aceitos como objetivos da medicina. A doença destrói a integridade do corpo, e a dor e o sofrimento, a integridade global da pessoa¹⁴.

O conceito de tratamento fútil ou obstinação terapêutica deve obedecer a três critérios: eficácia, benefício e onerosidade. É um guia de prudência que deve envolver médicos, pacientes e seus representantes, pois tomará as decisões em termos de investimentos terapêuticos no final da vida. O primeiro critério, a eficácia, está centrada no médico, em dados mensuráveis de prognóstico e terapêutica. Procura verificar qual é a capacidade daquele tratamento alterar a história natural da doença e fazer a diferença em relação à morbidade e mortalidade conhecida. O segundo critério é o benefício, ou seja, qual contribuição traz ao paciente sob a ótica do próprio paciente ou de seu representante. O terceiro critério é a onerosidade, ou seja, quais são os custos físicos, emocionais, econômicos e sociais para o médico e o paciente. Toda determinação de tratamento fútil deve ser analisada no contexto de valores e compromissos na dignidade da pessoa humana¹⁵. Não significa abandono de cuidados, mas um direcionamento para o cuidado global no qual o paciente seja confortado em seu aspecto humano¹⁶.

É inconveniente apresentar ao paciente ou seu representante um tratamento que não altere o estado vegetativo contínuo da pessoa, não mude as deficiências que são incompatíveis com a sobrevivência, que deixe comprometidas de forma permanente as capacidades neurocardiorrespiratórias e para convívio social, e não ajude o paciente a se libertar dos suportes utilizados nos cuidados intensivos. Assim, quando os pacientes não são beneficiados no sentido médico pelo tratamento, o médico pode usar os princípios da beneficência e da não maleficência para evitá-los. Essa avaliação não deve ser influenciada pelos níveis socioeconômicos do paciente¹⁷. De acordo com o Código de Ética Médica (CEM)¹⁸, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes sobre as condutas diagnósticas e terapêuticas por eles manifestadas, desde que estejam ajustadas ao caso e reconhecidas pela ciência.

Método

Foi feito um estudo descritivo, de corte transversal. A pesquisa foi realizada com os idosos matriculados no programa Idoso Feliz Participa Sempre – Universidade da Terceira Idade Adulta, da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas (Ufam), em Manaus. A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2010. Dos 145 inscritos para as atividades anuais, 112 idosos (77%) participaram da pesquisa.

Orientado para o envelhecimento, esse programa de atividades físicas existe há 20 anos e integra os programas de extensão universitária. Funciona de segunda-feira a quinta-feira, no horário vespertino, em instalações próprias, no *campus* da Ufam. Entre as diversas atividades físicas que os idosos realizam, podem ser citadas: hidroginástica, natação, dança de salão, coreografia e caminhada.

O questionário foi testado mediante aplicação prévia a 10 idosos para os ajustes necessários. A coleta de dados foi feita pelo questionário padronizado (Anexo 1). Os idosos que participaram do pré-teste foram entrevistados novamente, a fim de comporem a amostra.

Resultados e discussão

Caracterização da amostra

Foram pesquisados 112 idosos, sendo 96 (85,7%) mulheres e 16 (14,3%) homens. Quanto à faixa etária, 72 tinham de 60 a 69 anos (64,3%); 32, de 70 a 79 anos (28,6%) e oito com 80 anos ou mais (7,1%). O percentual por sexo confirma dados nacionais que apontam a feminização do envelhecimento no Brasil.

A maior proporção de mulheres em relação aos homens pode ser explicada pela vida média maior das mulheres, menor mortalidade por causas externas e menor exposição às condições adversas ao longo do ciclo de vida¹⁹. Se for levada em consideração a expectativa de vida ao nascer, observa-se que as mulheres vivem em média cinco a sete anos mais que os homens. Os fatores de risco como acidentes do trabalho e de trânsito, acidentes domésticos, homicídios e suicídios são mais frequentes em homens. Além disso, a diferença de atitude em relação à doença é demonstrada no fato de as mulheres participarem mais do serviço de saúde, o que permite que recebam diagnóstico e tratamento precocemente²⁰.

Em relação à escolaridade, a distribuição mostrou que abaixo de 10 anos de estudo estavam 60 idosos (44,6%) e com 10 anos ou mais, 62 (55,3%). O maior percentual de escolaridade encontrado foi de 10 a 12 anos de estudo, com 37 casos (33%), referente aos idosos que ultrapassaram o Ensino Fundamental sem concluir o Ensino Médio (Tabela 1). Foram identificados dois casos de analfabetismo (1,8%), confirmando que esta é uma situação cada vez menos frequente. Embora, geralmente, pessoas nesta faixa etária não tenham tido fácil acesso à

escola em sua infância ou juventude, muitas delas superaram a condição de analfabetas por meio de projetos populares de educação de jovens e adultos.

De acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²¹, a população de idosos (acima de 65 anos) apresentou bons indicadores na evolução da alfabetização. Em 1960, o percentual de homens alfabetizados era de 51,4% e o de mulheres, 34,7%. Em 2000, esses percentuais passaram, respectivamente, para 64,9% e 59,7%. O aumento do índice de alfabetização entre a população idosa é salutar porque permite que o indivíduo seja mais ativo e participante. É possível que isso funcione também como fator protetor contra as disfunções cognitivas que afetam os idosos¹⁹.

Quanto ao estado civil, foram entrevistados 11 solteiros (9,8%), 46 casados (41%), 16 divorciados (14,3%) e 39 viúvos (34,5%). Juntando solteiros, divorciados e viúvos é possível inferir que a maioria dos pesquisados (59%) vive sem companheiro ou companheira. Viver por longo tempo sem companhia é um fator que contribui para o isolamento²². A probabilidade de ficar viúva aumenta com a idade. Assim, a solidão é mais frequente entre as mulheres, que representam 72% dos casos de idosos que vivem sozinhos²³.

Tabela 1. Distribuição quanto à escolaridade

Anos de estudo	Nº	%
0 anos (analfabeto)	2	1,8
1 - 3 anos	22	19,6
4 - 6 anos	17	15,2
7 - 9 anos	9	8,0
10 - 12 anos	37	33,0
> 13 anos	25	22,3
Total	112	100%

Uso de medidas obstinadas

Quando questionados sobre o uso de medidas obstinadas para a manutenção da vida “de qualquer jeito” no caso do paciente idoso e terminal, o resultado mostrou que 33% são favoráveis e 67% não são favoráveis (Tabela 2). Na entrevista, os idosos favoráveis a “fazer tudo para manter a vida de qualquer jeito” citaram algumas expressões importantes de serem registradas: “Enquanto há vida, há esperança”; “Só Deus pode tirar a vida de alguém” e “Os aparelhos [recursos tecnológicos] existem para serem usados”.

A distanásia, também conhecida como obstinação terapêutica, lesa o direito do doente de morrer em paz e dignamente²⁴. Doente em fase terminal pode ser considerado um paciente que apresenta estado clínico com expectativa de morte em curto prazo²⁵. De acordo com o artigo 51 do CEM, nos casos de doença incurável e terminal, o médico não deve praticar ações diagnósticas e/ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, deve oportunizar todos os cuidados paliativos que o caso indique, sempre levando em consideração a vontade expressa do paciente ou de seu representante¹⁸.

O doente tem direito a decidir sobre as técnicas ou procedimentos que eventualmente lhe serão aplicados. Essa ideia conduz ao princípio da autonomia, muito aceito nos EUA. O doente tem o direito de decidir sobre todas as possibilidades de tratamento e deve ser informado das consequências da não adesão a qualquer plano terapêutico. Na Europa, com uma cultura diferente, os doentes não são informados integralmente sobre a sua situação de saúde, especialmente nos casos de doença grave que conduz a morte em curto prazo. A prática clínica ainda é paternalista e dificulta a autonomia do doente²⁶.

Tabela 2. Uso de medidas obstinadas na presença de doença grave e terminal

Uso	Nº	%
Sim	37	33
Não	75	67
Total	112	100%

Os 75 idosos não favoráveis a “fazer tudo para manter a vida de qualquer jeito” (67%) responderam que seria necessário algum “indicador de qualidade de vida” para se insistir nela, tal como lucidez (79%), respirar sem o uso de aparelhos (17%) e comer sem o auxílio de sonda (4%) (Tabela 3). A expressão “indicador de qualidade de vida” foi entendida por eles e proposta pela pesquisadora como algo que mostrasse claramente que os anos de vida a ganhar com o uso das medidas obstinadas no idoso com doença grave e terminal permitiriam ao paciente algum desempenho ou participação de forma autônoma.

De acordo com o CEM¹⁸, nas situações clinicamente irreversíveis e terminais o médico não deverá realizar procedimentos desnecessários, quer diagnósticos ou terapêuticos, mas oportunizar todos os cuidados paliativos indicados para o caso, como prevê o art. XXI do Capítulo I.

Tabela 3. Indicadores de qualidade de vida citados pelos idosos não favoráveis às medidas obstinadas

Indicador	Nº	%
Ter lucidez	59	78,7
Respirar sem o uso de respirador	13	17,3
Comer sem uso de sonda	3	4
Outros	0	0
Total	75	100%

Parte dos entrevistados expôs com clareza o medo de “*não reconhecer os filhos*”, “*precisar comer pelas mãos dos outros*”, “*ficar acamado*” e “*viver como vegetal*”. Muitos relataram experiência com amigos ou familiares em estado vegetativo e reconheceram o sofrimento que a situação impôs a todos: paciente e familiares. Sobre o local de morte para o paciente idoso grave e terminal, 63,4% consideraram a casa como o melhor local. Outros 36,6% acharam que a UTI seria o ambiente adequado (Tabela 4).

Os seres humanos não podem viver sem a ajuda dos outros em todas as circunstâncias vitais e, principalmente, em momentos-chave como a morte²⁷. A consciência deste fato fez com que houvesse épocas em que a passagem da vida para a morte fazia parte do viver. A sociedade e a comunidade acolham o desamparo, especialmente porque o convívio com a morte era quase cotidiano.

Se as necessidades dos doentes não mudaram com o tempo, observa-se a incapacidade em satisfazer as questões emocionais dos pacientes frente a morte. Quando a morte em casa era acompanhada pela satisfação dos desejos do doente, pelo acompanhamento espiritual e pela presença da família, hoje resta o cuidado técnico com o corpo e a solidão do ambiente profissional²⁴. A morte trocou a casa pelo hospital, estando ausente do mundo familiar do dia a dia. Por não vê-la, o homem atual acredita que pode esquecê-la²⁸.

Tabela 4. Local de morte para o paciente grave e terminal

Local	Nº	%
UTI	41	36,6
Casa	71	63,4
Total	112	100%

Quando foi analisada a relação entre o uso de medidas obstinadas e a escolha do local de morte, verificou-se que houve associação, ou seja, dos 75 idosos que decidiram sobre “*não fazer uso de me-*

didias obstinadas” a maioria (72%) achou que o local de morte adequado era a própria casa. Dos 37 pesquisados “*favoráveis ao uso de medidas obstinadas*”, 54% consideraram a UTI como o local de morte mais conveniente (Tabela 5).

Tabela 5. Estudo da associação entre o uso de medidas obstinadas e o local de morte

Uso de medidas obstinadas	Local de morte		Total
	UTI	Casa	
Não	21 (28%)	54 (72%)	75
Sim	20 (54%)	17 (46%)	37
Total	41 (36,6%)	71 (63,4%)	112

Teste de associação do qui-quadrado com p valor=0,007.

Na entrevista, alguns idosos comentaram que “*morrer em casa junto dos seus*” seria uma “*coisa natural*”. Daria para receber o carinho dos familiares, pedir e dar perdão às pessoas, abençoar os filhos, despedir-se dos amigos, decidir sobre os bens, preparar-se conforme os rituais de sua religião. Outros citaram que ao levar o paciente *desenganado* para casa podem utilizar medidas domésticas para ajudá-lo, como o uso de chás, caldos, compressas, banhos, entre outros. Nesse sentido, é fundamental sublinhar a importância do respeito à pessoa doente. Mesmo (ou principalmente) no final da vida não se pode impor a ela, em nome da beneficência de cunho paternalista, algo que não deseje. Deve ser respeitada a sua autodeterminação e autonomia. Ela tem o direito de optar por morrer com qualidade de vida, no ambiente que considerar melhor²⁹.

Os entrevistados que consideraram a UTI como o local mais adequado para morrer alegaram que nele há recursos humanos, tecnológicos e materiais que podem atender as necessidades dos doentes, tais como médicos, enfermeiros, respiradores, medicamentos etc. Consideraram que em casa não há dinheiro para comprar remédio ou forma de transportar o paciente na hora em que seu estado se agrave, não há pessoas que saibam como acompanhar e socorrer, além do fato de os familiares precisarem trabalhar ou de não haver quem cuide do doente.

Quando estudada a associação entre os anos de escolaridade e o local de morte, não foi verificada associação. Tanto os menos escolarizados (menos de 10 anos de estudo) quanto os mais escola-

rizados (mais de 10 anos de estudo) consideraram a casa como o local mais adequado. Os percentuais foram de 70% e 58%, respectivamente (Tabela 6).

Tabela 6. Estudo da associação entre escolaridade e o local de morte para o paciente terminal

Anos de escolaridade	Local de morte		Total
	Casa	UTI	
< 10 anos	35 (70%)	15 (30%)	50
> 10 anos	36 (58%)	26 (42%)	62
Total	71 (63,4%)	41 (36,6%)	112

Teste de associação do qui-quadrado com p valor=0,192.

O estudo da associação entre o gênero e o local de morte também mostrou que não há associação, ou seja, tanto mulheres (64,6%) quanto homens (56,2) consideram que o melhor local seja a casa (Tabela 7).

Tabela 7. Estudo da associação entre o gênero e o local de morte para o paciente terminal

Gênero	Local de morte		Total
	Casa	UTI	
Feminino	62 (64,6%)	34 (35,4%)	96
Masculino	9 (56,2%)	7 (43,8%)	16
Total	71 (63,4%)	41 (36,6%)	112

Teste de associação do qui-quadrado com p valor=0,522.

Da mesma forma, quando estudada a associação entre o gênero e o uso de medidas obstinadas, foi constatado não haver associação, ou seja, mulheres (67,7%) e homens (62,5%) não são favoráveis ao uso de medidas obstinadas que mantenham a vida “de qualquer jeito” para o idoso em estado grave com doença terminal (Tabela 8).

Tabela 8. Estudo da associação entre o gênero e o uso de medidas obstinadas

Gênero	Uso de medidas obstinadas		Total
	Sim	Não	
Feminino	31 (32,3%)	65 (67,7%)	96
Masculino	6 (37,5%)	10 (62,5%)	16
Total	37 (33%)	75 (67%)	112

Teste de associação do qui-quadrado com p valor=0,682.

Considerações finais

A presente pesquisa mostrou que 67% dos idosos entrevistados não se declararam favoráveis a

que a vida do paciente idoso na presença de doença grave terminal seja mantida “de qualquer jeito”, ou seja, acham necessário que as condutas a serem tomadas nessas ocasiões sejam avaliadas levando em consideração a dignidade da pessoa humana em evitar o prolongamento do sofrimento de morrer. Mais do que soluções técnicas, são necessárias atitudes que possam contribuir para dar qualidade de vida ao tempo que resta. Paralelamente, 33% consideraram que a vida devia ser mantida a qualquer custo e sob qualquer condição. Alguns argumentaram que a vida foi “*dada por Deus e só Ele a pode tirar*”.

Esses achados contribuem com a orientação de que é importante materializar os anseios dos idosos em documento do tipo das “diretivas antecipadas”. Com a vontade do paciente idoso expressamente documentada fica mais fácil para a família e o médico tomarem as decisões sem desrespeitar sua autonomia.

A lucidez foi o indicador de qualidade de vida mais apreciado, indicado por 79% dos idosos como o que deve ser considerado para se insistir com medidas obstinadas. O fato de o paciente poder respirar sem o uso de aparelhos respiradores (17%) e alimentar-se de forma natural sem o uso de sonda (4%) foram os outros indicadores citados pelos idosos como importantes, a serem favoravelmente tomados em consideração pelos médicos na hora de investir nas medidas obstinadas.

No caso do paciente idoso, na presença de doença grave e terminal, os entrevistados responderam que o melhor local de morte seria a própria casa (63%). Nos estudos de associação, foi encontrada associação entre a escolha do local de morte e o uso de medidas obstinadas, ou seja, a maioria das pessoas que consideraram correto insistir no uso de medidas obstinadas para o idoso com doença grave e terminal preferiu que ele morresse na UTI. Paralelamente, os entrevistados que consideraram melhor a morte do paciente em casa foram aqueles não favoráveis a se insistir com as medidas obstinadas.

Na entrevista com os idosos foi possível conversar sobre o porquê de optar por morrer em casa ou na UTI. Sintetizando as respostas, os que achavam melhor morrer na UTI alegavam que lá teriam atendimento continuado com especialistas e aparelhos, a família teria menos trabalho e sofrimento em acompanhar. O enfoque era priorizar o atendimento às exigências da doença.

Os idosos que consideraram mais adequado morrer em casa enfatizaram que os cuidados (chás,

massagens, comidas especiais etc.) e o carinho e atenção dos familiares (pedir e dar o perdão, abençoar filhos e netos, realizar as práticas religiosas, decidir sobre bens, entre outros) seriam determinantes para o consolo dessa hora. Sentiriam a morte de forma natural, não de forma solitária como na UTI, mas cercados por seus familiares.

Alguns foram bem explícitos sobre o desejo de “morrer em casa”, mas deixaram assinalada a opção na UTI. Alegaram que a casa não tinha nenhuma estrutura (medicamentos necessários, aparelhos adequados e pessoas disponíveis).

Assim sendo, deve ficar claro que as medidas que podem vir a ocasionar a distanásia, tais como ressuscitação cardiopulmonar, uso de respiradores e alimentação enteral, entre outras, são de grande valia para a Medicina de Urgência salvar vidas. Entretanto, se mal aplicadas, ou seja, usadas em casos que os estudos mostram não trazer vantagem para o paciente a longo prazo, só vão estender a agonia da morte.

Os achados desta pesquisa servem para comprovar que as orientações propostas pelo novo Código de Ética Médica de 2009 vão ao encontro dos anseios da sociedade quando propõem o atendimento integral ao paciente, respeitando a dignidade humana e o uso racional da tecnologia. No caso dos pacientes terminais, desaconselhando procedimentos desnecessários e de eficácia duvidosa para recomendar os cuidados paliativos que propõem o acompanhamento à pessoa que sofre, e não a doença em avançado estágio.

Concluindo, faz-se necessário que a evolução dos estudos e da legislação brasileira favoreça a utilização de condutas médicas adequadas no momento certo do tratamento, evitando a manutenção de falsas esperanças ao paciente moribundo e seus familiares, excesso de gastos onde a vida não pode mais ser resgatada, muito sofrimento onde a morte já se anuncia e processos judiciais contra os médicos que favorecerem a dignidade humana e fizerem o uso racional da tecnologia.

Artigo apresentado no programa de doutorado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em convênio com o Conselho Federal de Medicina.

Referências

1. Muñoz DR, Forte PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
2. Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de bioética*. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 1997.
3. Gracia D. La bioética medica. In: *Bioética temas y perspectivas*. Washington: Opas; 1990. p. 3-7.
4. Culver CM. Competência do paciente. In: Segre M, Cohen C, coordenadores. *Bioética*. São Paulo: Edusp; 1995.
5. Harris J. *The value of life: an introduction to medical ethics*. London: Routledge and Kegan Paul; 1985. p. 197-8.
6. Cinà G, Locci E, Rocchetta C. *Dicionário interdisciplinar da pastoral da saúde*. São Paulo: Paulus; 1999.
7. Amundsen DW. The physician's obligation to prolong life: a medical duty without classical roots. *Hastings Cent Rep*. 1978;8(4):23-30.
8. Jecker NS. Medical futility: the duty not to treat. *Medical futility: demands, duties and dilemmas*. *Camb Q Healthc Ethics*. 1993;2:151-9.
9. Leone S, Privitera S, Cunha JT. *Dicionário de bioética*. São Paulo: Editora Santuário Aparecida; 2001. Distanásia.
10. João Paulo II. *Evangelium Vitae: carta encíclica sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana*. São Paulo: Paulinas; 1984.
11. Pessini L. *Bioética: um grito pela dignidade de viver*. 3ª ed. rev. São Paulo: Paulinas; 2008.
12. Martin L. Eutanásia e distanásia. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. *Op. cit.* p. 171-92.
13. Associação Médica Mundial. Declaração de Veneza sobre o paciente terminal. Aprovada na 35ª Assembleia Geral AMM; out. 1983; Veneza. In: França GV. *Medicina Legal*. 8ª ed. reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 522.
14. França GV. *Medicina legal*. 8ª ed. reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
15. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. *Questões de bioética*. Brasília: Edições CNBB; 2010.
16. Pellegrino E. Decision at the end of life: the use and abuse of the concept of futility. In: Corrêa JDV, Sgreccia E, editores. *The dignity of the dying person: proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life*; 24-27 feb. 1999; Vatican City. Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 2000. p 219-41.
17. Drane J. *El cuidado del enfermo terminal: ética clínica y recomendaciones practicas para instituciones de salud y servicios de cuidados domiciliarios*. Washington: Opas; 1999.

Autonomia do idoso e distanásia

18. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
19. Telarolli Jr R, Machado JCMS, Carvalho F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1996;30(5):485-98.
20. Papaléo Netto M, Yuaso D, Kitadai F. Longevidade: desafio no terceiro milênio. In: Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. *Bioética e longevidade humana*. São Paulo: Loyola; 2006. p. 259-88.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. [Internet]. [acesso 12 jul. 2011]. Disponível: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm
22. Veras RP. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: Papaléo Netto M, editor. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1996.
23. Berquó ES, Cavenaghi SM. Oportunidades e fatalidades: um estudo demográfico das pessoas que moram sozinhas. *Anais do 6º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; out. 1988; Olinda. Olinda, PE: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1988. v. 1, p. 155-81.
24. Kluber Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
25. Jonsen A. *A short history of medical ethics*. New York: Oxford University Press; 2000.
26. Serrão D. Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer. In: Serrão D, Nunes R, organizadores. *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora; 1988.
27. Cassorla RMS, coordenador. *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus; 1992.
28. Ariés P. *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média*. 2ª ed. Lisboa: Teorema; 1989.
29. Pessini L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola; 2001.

As autoras agradecem à professora dra. Rita Maria dos Santos Puga Barbosa (Faculdade de Educação Física e Fisioterapia/Ufam), ao professor dr. José Cardoso Neto (Departamento de Estatística/Ufam) e à dra. Cláudia Marina Puga Barbosa Oliveira (Ufam).

Participação das autoras

Maria Zeneida Puga Barbosa Oliveira realizou todas as etapas da pesquisa e a elaboração do artigo sob a coordenação da orientadora professora dra. Stela Barbas.

Recebido: 15.10.2011

Revisto: 22. 4.2013

Aprovado: 11. 6.2013

Anexo 1

Questionário para coleta de dados

1. Dados de identificação:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Sexo: 1. M ____ 2. F ____

Idade: ____ 1. 60-64 anos ____ 2. 65-69 anos ____ 3. 70-74 ____ 4. 75-79 anos ____ 5. 80 anos em diante ____

Anos de escolaridade:

1. Analfabeto(a) ____ 2. 1-3 anos ____ 3. 4-6 anos ____ 4. 7-9 anos ____ 5. 10-12 anos ____ 6. 13 anos em diante ____

Estado civil: ____ 1. Solteiro(a) ____ 2. Casado(a) ____ 3. Viúvo(a) ____ 4. Divorciado(a) ____

2. Uso de medidas obstinadas

No caso de uma doença grave e/ou terminal, você desejaria:

2.1. Que fizessem *tudo* para lhe manter vivo de qualquer jeito (ressuscitação cardiopulmonar, uso de respiradores e até alimentação por sonda) _____2.2. Que *não fizessem tudo* para lhe manter vivo, *somente se tivesse* alguma qualidade de vida tipo:

2.2.1. Respirar sem o uso de respirador _____

2.2.2. Comer sem usar sonda _____

2.2.3. Ter lucidez _____

2.2.4. Outros (especificar): _____

3. Local de morte para pacientes terminais

No caso do idoso estar com doença terminal tipo câncer e com morte iminente (paciente desenganado), você considera melhor:

3.1. Manter o idoso na unidade de tratamento intensivo até o final _____

3.2. Levar o idoso para morrer em casa _____