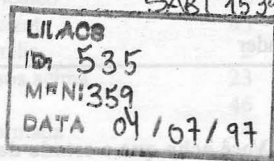


A atitude médica diante da morte em um hospital universitário



MOACIR ASSEIR ARUS*
CRISTINA SILVEIRA MORAES LEITE**
BETINA TERUCHKIN**

SINOPSE

Com o avanço tecnológico moderno, surgiram questionamentos quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais do emprego de certas medidas terapêuticas em pacientes terminais. Este trabalho têm como objetivo determinar a opinião do corpo clínico de um hospital universitário de Porto Alegre a respeito do paciente terminal. Foram enviados questionários a todos os integrantes do corpo clínico deste hospital. Dos 657 questionários, 23% foram devolvidos. Destes, 63% consideraram muito importante informar ao paciente ser este portador de uma doença terminal. Sessenta e oito por cento dos participantes consideraram importante o chefe de equipe dar a notícia de uma enfermidade terminal ao paciente. Em relação a quem deve tomar as decisões relacionadas a estes pacientes, 88% consideraram paciente, médico e familiar conjuntamente. O local mais adequado para permanência do paciente terminal foi a casa (80%). Cinquenta e sete por cento dos participantes foram a favor da eutanásia ativa. Nos anos vindouros os médicos deverão estar preparados para responder e debater este importante tema.

UNITERMOS: Paciente Terminal, Eutanásia, Ética Médica.

ABSTRACT

With the modern technological advance, questions came up about the legal, ethical and economical aspects of the use of certain therapeutic methods in terminal patients. The purpose of this study is to establish the opinion of the staff of a university hospital in Porto Alegre about the terminal patient. Questionnaires were sent to all members of this hospital staff. From a total of 657 questionnaires, 23% were devolved. From this, 63% considered very important to inform the patient about the terminal disease. Sixty-eight per cent of the participants considered important the head master inform about a terminal infirmity to the patient. When asked about who must take the decisions related to these patients, 88% of the participants considered a combined action of patient, physician an family. The most properly place to the terminal patient

* Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

** Acadêmicas da Faculdade de Medicina da UFRGS.

Trabalho realizado no Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Endereço para correspondência:

Betina Teruchkin

Rua Cel. Aurélio Bittencourt, 45/201 – CEP 90430-080 – Bairro Rio Branco – Porto Alegre – RS – Fone 332-4667

permanence was their own home (80%). Fifty-seven per cent of the participants were in favor of active euthanasia. In the coming years, physicians must be prepared to answer and to discuss about this important subject.

KEY WORDS: Terminal Patient, Euthanasia, Medical Ethics.

INTRODUÇÃO

A atuação médica é movida por dois grandes princípios morais: a preservação da vida e o alívio do sofrimento (1, 2).

Existe um determinado momento na evolução de uma doença que, mesmo dispondo de todos os recursos, o paciente está em processo de morte inevitável. Este conceito não abrange apenas a potencialidade de cura. Refere-se àquele momento em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, mas apenas prolongam o processo lento de morrer. O momento em que o paciente inicia este processo é impreciso, variável e dependente de uma série de fatores, sendo arbitrado de maneiras diferentes por cada um de nós (2).

Nas duas últimas décadas, com o avanço da tecnologia moderna, ocorreram muitas mudanças na prática médica, levando os pacientes terminais, que antigamente morriam em casa, a morrerem nos hospitais. Estima-se que atualmente 60 a 80% das mortes ocorrem em hospitais (3). Isto faz com que surjam questionamentos quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais do emprego de certas medidas terapêuticas e da possível indicação inadequada de sua aplicação. Em face das novas técnicas de sustentação vital e de reanimação, o fenômeno morte já não se resume simplesmente à cessação espontânea das funções cardiorrespiratórias. Hoje fala-se na ocorrência da morte encefálica, a qual deve ser constatada por critérios estritamente médicos, não cabendo à lei atual, que já está obsoleta, defini-los (2, 4, 5).

A eutanásia é sem dúvida um dos assuntos mais delicados da ética médica contemporânea (6). Etimologicamente a palavra significa morte calma; são seus sinônimos morte harmoniosa, morte sem angústia, morte sem dor, morte sem sofrimento e também morte fácil e morte boa (5, 7). Fala-se hoje em morte piedosa e até em suicídio assistido, como eufemismo de eutanásia, para explicar a situação de se pôr fim deliberadamente à vida de uma pes-

soa enferma, a pedido explícito ou presumido desta, em nome da compaixão por quem está sofrendo, numa situação considerada já desumana. Na maior parte dos países, esta conduta não é aceita, sendo condenada na atividade médica do ponto de vista ético, moral e legal (8). Entre seus riscos, citam-se pelo menos três: possibilidade de erro, possibilidade de abuso e corrosão no relacionamento médico-paciente (7, 9, 10).

Em vários países, decisões médicas a respeito do fim da vida estão sendo cada vez mais discutidas, havendo opiniões bastante divergentes (11, 12). A associação médica norte-americana afirma que os médicos podem retirar todos os meios de suporte à vida, incluindo administração de comida e água, de pacientes em coma irreversível, desde que existam meios de garantir a precisão do diagnóstico. A decisão é tomada em conjunto com a família do paciente ou seu responsável legal. Nestes casos, o médico deixa o paciente morrer, não causando, intencionalmente, a morte. Na Holanda, os debates acontecem desde a década de 70 e têm atraído atenção internacional. Embora legalmente a eutanásia seja um ato criminoso, os médicos holandeses a praticam, declarando que o paciente teve morte natural (13). Já o código de ética médica brasileiro, no capítulo V, artigo 66, diz: "É vedado ao médico utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal."

Este trabalho tem como objetivo determinar a opinião do corpo clínico de um hospital universitário de Porto Alegre a respeito de suas atitudes frente a pacientes terminais.

MATERIAL E MÉTODOS

Após aprovação do projeto pela comissão de ética, foram enviados, via postal, questionários compostos por dez perguntas objetivas de escolha simples a todos os integrantes do corpo clínico deste hospital. Um local e prazo de dois meses para devolução foram previamente determinados. A análise dos resultados foi realizada utilizando o programa estatístico Epi Info 6.0.

RESULTADOS

Dos 657 questionários enviados, apenas 152 foram devolvidos (23%). Destes 87 foram respondidos por profissionais do sexo masculino (57,2%) e 65 por profissionais do sexo feminino (42,8%). A média de idade foi de 38 anos, variando entre 23 e 72. Dos médicos participantes, 33,6% eram da área de clínica médica, 15,1% pediatras, 13,8% cirurgiões, 11,8% gineco-obstetras, 9,2% psiquiatras e 16,4% de outras especialidades (28% anesthesiologistas, 16% geneticistas, 16% patologistas, 12% fisiatras, 12% oftalmologistas, 12% otorrinolaringologistas e 4% radiologistas).

As respostas às perguntas realizadas encontram-se nas tabelas a seguir.

TABELA 1- Você acha importante informar ao paciente que é portador de uma doença terminal?

	n	%
Sim, e muito	96	63,2
Sim, mas não muito	40	26,3
Não é importante	8	5,3
Não sabe responder	8	5,3

TABELA 2 - Você acha que o estado do paciente piora ao saber de sua doença?

	n	%
Sim, sempre	6	3,9
Sim, algumas vezes	80	52,6
Sim, raras vezes	19	12,5
Não	39	25,7
Não sabe responder	8	5,3

TABELA 3 - Quem deve dar a notícia de uma doença terminal ao paciente?

	n	%
Chefe da equipe médica	103	67,8
Residente/doutorando	34	22,4
Psicólogo	2	1,3
Religioso	4	2,6
Familiar	9	5,9

TABELA 4 - Quem deve tomar as decisões relacionadas aos pacientes terminais?

	n	%
Médico	2	1,3
Paciente	2	1,3
Familiar	1	0,7
Paciente e familiar	3	2,0
Paciente e médico	10	6,6
Paciente, médico e familiar	134	88,2

TABELA 5 - Em caso de discordância, quem deve ter a palavra final?

	n	%
Médico	24	15,8
Paciente	118	77,6
Familiar	7	4,6
Não sabe responder	3	2,0

TABELA 6 - Onde deve ficar o paciente terminal?

	n	%
Em casa	120	78,9
No hospital, unidade de internação	25	16,4
No hospital, UTI	3	2
Não sabe responder	4	2,6

TABELA 7 - Você é a favor da eutanásia ativa (administração de um agente letal a pacientes com enfermidade incurável ou sofrimento intolerável)?

	n	%
Sim, indicado pelo médico	2	1,3
Sim, a pedido do paciente	45	29,6
Sim, a pedido da família	2	1,3
Sim, em todos os casos acima	23	15,1
Não	46	30,3
Não tenho opinião formada	34	22,4

TABELA 8 - Você acha que uma vez legalizada a eutanásia para pacientes terminais esta seria realizada também em outros casos?

	n	%
Sim, muitas vezes	9	5,9
Sim, algumas vezes	48	31,6
Sim, raras vezes	30	19,7
Não	60	39,5
Não sabe responder	5	3,3

TABELA 9 - Você acredita em cura através de práticas não usuais (alternativas)?

	n	%
Sim, acredito	18	11,8
Tenho dúvidas	39	25,7
Não acredito	88	57,9
Não sabe responder	7	4,6

TABELA 10 - Qual dos itens abaixo lhe causa maior impacto?

	n	%
Dor incapacitante	88	57,9
Perda da independência	30	19,7
Incontinência esfincteriana	5	3,3
Afasia	3	2
Perda da consciência	21	13,8
Não sabe responder	5	3,3

DISCUSSÃO

A limitação de nossa amostra é inerente à metodologia empregada. A pesquisa sigilosa de opiniões polêmicas esbarra em métodos de difícil aferição, entretanto nos parece de grande valia analisar os resultados, para a reflexão de profissionais da área médica.

Nota-se em nosso trabalho o respeito à autonomia do paciente, como mostram as tabelas 1 e 5, e verificado também na literatura pelo trabalho do Dr. D'Assunção (12).

A relação médico-paciente, no estágio terminal da doença, apresenta problemas específicos, que se revestem de grande importância para a ética médica. Este relacionamento deve basear-se no respeito recíproco e na indis-

pensável cordialidade que se exige em qualquer forma de exercício profissional. Tratando-se de paciente terminal, a comunicação entre médico e paciente deverá ser um diálogo aberto e sistemático, planejado e individualizado, que proporcionará as condições para que a repercussão emocional de saber a verdade não se transforme em desordem psicológica. A experiência da doença não se restringe aos aspectos localizados da patologia clínica, mas sim a uma experiência da pessoa em sentido geral. Esta característica, que não pode ser nunca descurada, torna-se mais sensível nas situações terminais. Observa-se na tabela 4 que, apesar do próprio médico se julgar responsável pela informação sobre a doença do paciente, o que é absolutamente certo, ele se protege, compartilhando com o paciente e com a família o ônus da decisão.

Em relação ao local para permanência do paciente terminal, a tabela 6 nos mostra o início de uma mudança no paradigma tradicional, onde a casa aparece como o lugar mais adequado, junto às pessoas que se ama.

Um estudo realizado em Washington (15) mostrou que 12% dos 828 médicos gerais que participaram do trabalho já haviam sido solicitados a realizar suicídio assistido e 4% a realizar eutanásia. Dos 207 casos relatados, a maioria eram portadores de câncer, doença neurológica e AIDS, sendo o motivo da solicitação preocupações a respeito da perda de controle (77%), tornar-se dependente (74%), perder a dignidade (72%), ficar restrito ao leito (57%), sofrimento (52%) e dor (35%).

Recente estudo (16) com 500 participantes, 250 médicos da Academia Americana de Neurologia e 250 da Associação Americana de Diretores Médicos, avaliou a atitude médica frente ao paciente em estado vegetativo. Sessenta e oito por cento dos neurologistas e 60% dos diretores médicos responderam aos questionários enviados. Do total, 13% acreditam que o paciente em estado vegetativo esteja ciente do seu estado e sinta fome e sede, 30% acreditam que ele sinta dor. Menos de 9% dos médicos responderam que episódios de insuficiência respiratória, choque cardiogênico, insuficiência renal aguda e câncer deveriam ser agressivamente tratados. Oitenta e nove por cento dos entrevistados acreditam ser ética a retirada de hidratação e nutrição destes pacientes e 20% acreditam ser ética a administração de uma injeção letal.

Um trabalho avaliando os fatores que influenciam as decisões no tratamento médico de pacientes com doença terminal foi realizado através do envio, via postal, de 4 casos clínicos para 2.172 médicos australianos. A maioria dos participantes não tomou decisões consistentes, sugerindo a falta de um critério uniforme para guiar os médicos no manejo das situações clínicas. Os médicos consideraram importante o desejo dos pacientes e familiares na escolha do melhor tratamento (17).

Outro estudo avaliando as atitudes em relação à eutanásia e suicídio assistido entre 355 oncologistas, 155 pacientes oncológicos e 193 membros da população mostrou que dois terços dos participantes concordavam com a rea-

lização de eutanásia e suicídio assistido, principalmente nos casos de dor incapacitante (18).

É importante salientar a tendência à aceitação, pelos médicos de nossa instituição, da eutanásia ativa, apesar do que é estabelecido pelo código de ética médica brasileiro. Contudo, receiam a desvalorização da vida, temendo que ela venha a ser praticada nos grupos mais fracos e sem poder sócio-econômico e político. Em princípio, a utilização de alguns requisitos para a aceitação do pedido poderia evitar certos abusos, como, por exemplo, a prática da eutanásia "discriminatória". Mas como definir sofrimento intolerável e requisição consistente?

No caso do doente terminal, o custo humano do esforço terapêutico deve ser medido relativamente à situação existencial do paciente globalmente considerada. Toda e qualquer atitude médica tem por fundamento o respeito à dignidade humana, em que se sobreleva o direito ao respeito da vontade do paciente sobre o tratamento, o direito à integridade, o direito à informação, o direito à cura apropriada e adequada, o direito de não sofrer inutilmente, na proporcionalidade dos meios a serem empregados, isto é, na utilização de uma terapia racional e vantajosa, que não conduza a uma terapia violenta e indigna.

A medicina e a sociedade brasileira têm hoje diante de si um desafio ético, o de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida.

Parece provável que no contexto dos avanços tecnológicos de prolongamento da vida, juntamente com as limitações dos recursos exigidos para a manutenção da vida humana com uma qualidade aceitável, a sociedade progrida na direção da elaboração de uma estrutura legal, dentro da qual as atitudes em relação à morte possam ser esclarecidas. Constitui um desafio para a ética contemporânea providenciar um padrão moral comum para a solução de tantas controvérsias. A bioética, nova imagem da ética médica, surge para estudar a sistemática da conduta humana na área das ciências da vida e cuidado da saúde, a qual é examinada à luz de valores e princípios morais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FALLOWFIELD L. The quality of life. The missing measurement in health care. Human horizons series, 1990.
2. PIVA JP, CARVALHO PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Bioética 1993, 1: 129-38.
3. RAPPAPORT W. Education about death and dying during surgical residency. Am J Surg 1991, 161: 690-92.
4. GOGLIANO D. Pacientes terminais: morte encefálica. Bioética 1993, 1 145-56
5. HORTA MP. Paciente crônico, paciente terminal, eutanásia. In: Desafios éticos. Conselho Federal de Medicina, 1993, págs. 219-28.
6. EMANUEL EJ. Euthanasia: historical, ethical and empiric perspectives. Arch Inter Med 1994, 154: 1890-901.
7. MAAS PJV. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. The Lancet 1991, 338:669-72.
8. WAL GVD. Unrequested termination of life: is it permissible? Bioethics 1993, 4:330-39.
9. PELLEGRINO E. Ethics. JAMA 1991, 265: 3118-9.
10. SPRUNG CL. Changing attitudes and practices in forgoing life-sustaining treatments. JAMA 1990, 263:2211-15.
11. GENUIS SJ. Public attitudes toward the right to die. Can Med Assoc J 1994, 150(5):701-8.
12. SOLMAN CJ. Evaluation of patient, physician, nurse, and family attitudes toward do not resuscitate orders. Arch Intern Med 1990, 150: 653-8.
13. COUNCIL ON Ethical and Judicial Affairs. Decisions near the end of life. JAMA 1992, 267: 2229-33.
14. D'ASSUMPCÃO EA. Perfil da atitude médica diante do paciente terminal. Rev Bras Cir 1994, 84(4): 159-62.
15. BACK AL, WALLACE JI, STARKS HE, PEARLMAN RA. Physician assisted suicide and euthanasia in Washington State. JAMA 1996, 275:919-25.
16. PAYNE K, TAYLOR RM, STOCKING C, SACHS A. Physicians' attitudes about the care of patients in the persistent vegetative state: a national survey. Ann Intern Med 1996, 125: 104-10.
17. WADDELL C, CLARNETTE RM, SMITH M, OLDHAM L, KELLEHEAR A. Treatment decision-making at the end of life: a survey of Australian doctor's attitudes towards patients' wishes and euthanasia. Med J Aus 1996, 165:540.
18. EMANUEL EJ, FAIRCLOUGH DL, DANIELS ER, CLARRIDGE BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experience of oncology patients, oncologists, and the public. The Lancet 1996, 347: 1805-10.