

A Morte no Contexto da Medicina Intensiva

Cristiano Corrêa Batista*

Resumo: Morrer é sempre uma possibilidade real na vida do ser humano. No entanto, nos dias atuais, em consequência do avanço tecnológico, cada vez mais surgem dúvidas sobre até quando um tratamento deve prosseguir pois a morte, muitas vezes, não é iminente para os enfermos já vencidos pela doença. Conflitos referentes à existência ou não de diferenças éticas entre não ofertar e suspender tratamentos são reais no dia a dia do médico, principalmente, no ambiente de medicina intensiva. Este artigo tem por objetivo abordar o tema da morte, da eutanásia, da distanásia e das ordens de não-reanimação no contexto da medicina intensiva enfocando os princípios fundamentais da bioética.

Palavras-chave: bioética; morte; eutanásia; distanásia.

Introdução

Nas últimas décadas, a medicina adquiriu, de forma impressionante, habilidades para prolongar a vida. Tratamentos dialíticos para pacientes com insuficiência renal. Medidas de suporte avançado de vida visando à reanimação de enfermos com parada cardiorrespiratória. Ventilação mecânica para outros em insuficiência respiratória. Nutrição e hidratação através de sondas ou cateteres intravenosos para aqueles sem mais a capacidade de comer ou beber. Quando ocorre falência de algum órgão vital, pode-se recorrer a um transplante.

Embora esses e outros tratamentos utilizados para a manutenção da vida frequentemente proporcionem grandes benefícios para os pacientes, ao restaurar ou prolongar suas funções vitais, eles também têm a capacidade de prolongar a vida dos pacientes além do ponto desejado pelos próprios doentes ou, então, por eles entendido como benéfico para si mesmos(1).

Os avanços da medicina vigentes no século XXI, herdados do século XX, fazem a ciência médica eliminar algumas causas tradicionais da morte precoce e colaborar para o aumento da vida

* Médico Intensivista, professor de Bioética da UCPel, PhD.

média global da população. No Brasil, estima-se que, se mantidas as condições atuais, nos próximos trinta anos, oitenta e cinco por cento (85%) dos cidadãos brasileiros viverão em áreas urbanas, e doze por cento (12%) terão mais de 60 anos. Além de causas externas, as neoplasias e as doenças cardiovasculares serão responsáveis por setenta e cinco por cento (75%) dos óbitos(2). Portanto, as reais necessidades dos seres humanos necessitam ser identificadas para as condutas presentes e futuras serem o resultado de reflexões, estudos e atualizações sistemáticas.

O fato de tantas conquistas fascinarem e trazerem grandes benefícios para a humanidade não significa que essas mesmas conquistas não preocupem. A capacidade de prolongar a vida, em muitos casos excede a de restaurar a saúde. Enquanto se salvam vidas de um lado, de outro, prolonga-se um processo de manutenção da agonia e retarda-se o processo de morrer. Será que todos os meios tecnologicamente possíveis, de prolongar a vida necessitam ser aplicados?

Ao assumir a responsabilidade do tratamento de um paciente, o médico compromete-se a proporcionar-lhe nível aceitável de cuidados. A definição do aceitável depende de uma série de fatores como, por exemplo, as condições clínicas do enfermo e os recursos disponíveis. Não há o dever de realizar tudo aquilo que a ciência médica pode oferecer. Existem questões relevantes relativas ao uso de procedimentos artificiais para manter e ou prolongar a vida. Uma delas é ter a consciência de o processo de morrer ter começado. Se a resposta for afirmativa, a morte será inevitável e, sendo assim, dever-se-ia permitir ao paciente morrer confortavelmente e com dignidade(3).

A morte representa um desafio, ela não pode ser objeto de experiência histórica, pois não é possível qualquer comunicação entre os seres depois dela. Porém, a morte é, ao mesmo tempo, causa indireta de uma grande variedade de fenômenos culturais. Apesar de ela não poder ser observada externamente no instante de concretizar-se, ela pode ser objeto de observação do comportamento do homem antes e depois de sua ocorrência.

A medicina fala da morte, entendendo por tal, os fenômenos empíricos que a preparam e a acompanham. A introdução mais sistemática da medicina intensiva configura-se ao substituir parcial ou totalmente, certas funções vitais, utilizando aparelhos que levam o paciente para certos estados relativamente fáceis de descrever, contudo, difíceis de avaliar em sentido estritamente clínico e mais difíceis ainda de aquilatar em sentido moral(4). Conflitos em relação aos cuidados clínicos no final de vida são árduas

experiências para os médicos. O acréscimo de razões religiosas pode intensificar ainda mais a tensão. Não há o dever de concordar com solicitações, embasadas unicamente em razões religiosas, para proporcionar tratamentos que a ciência médica acredita serem inapropriados ou desumanos(5).

A morte não é um acontecimento particular, situado no início ou no fim de um ciclo de vida do homem, ela é uma possibilidade sempre presente na vida humana. É uma condição que companheira da vida em todos os seus momentos e o fato de ela ter o poder de limitar a existência humana torna-a decisiva para a compreensão e avaliação da vida(6).

Sociedades de Medicina Intensiva, entre outras, têm notado não serem sempre benéficos os cuidados nas unidades de tratamento intensivo (UTIs) e a retirada ou a não-oferta de tratamentos de suporte de vida poderem ser eticamente aceitáveis em certas circunstâncias. Apesar do grande desenvolvimento tecnológico, ela, não é sempre manejada de forma ótima nas unidades de tratamento intensivo. Muitos pacientes criticamente doentes morrem com dor e os seus médicos freqüentemente desconhecem os desejos dos enfermos em relação ao suporte avançado de vida(7).

A morte virou um tabu, já não se morre em casa junto aos familiares e amigos, mas sozinho, em um leito de hospital ou dentro de uma UTI. Tão presente no passado, experiência que ensinava a viver, vai-se apagar e desaparecer. Existe um esforço enorme em negá-la. A atitude cultural dos tempos atuais tende a transformá-la em problema. No hospital, ela é um fenômeno técnico causado pela parada de cuidados, verificada por profissionais especializados. Uma pessoa morre quando sofre uma perda irreversível de toda a capacidade de integrar e coordenar as funções físicas e mentais do corpo(8). Isto é a morte e será isto o suficiente? Será que o ser humano não deveria preocupar-se, também, com o processo de morrer?

A bioética, ao longo do tempo, tem-se inquietado muito com a questão do morrer. Em virtude do progresso da técnica biomédica nas últimas décadas, o processo de morrer transformou-se de forma significativa, chegando ao ponto de ocorrer uma desapropriação da naturalidade da morte. Entre as conseqüências mais importantes e mais perturbadoras do progresso da ciência está a revisão, imposta pela ciência ao homem acerca das concepções mais profundas de si mesmo e de sua relação com o universo(9).

Historicamente, no mundo ocidental, pode-se refletir sobre a morte em torno de quatro modelos: 1º) o dever morrer; 2º) a morte própria; 3º) a morte tardia; 4º) a morte selvagem(10).

O primeiro deles enfocando o “dever morrer”, estende-se até o século XI. Naquele tempo, predominava o sentimento comunitário sobre o individual, não só para a vida, mas também para a morte. Acreditava-se que, ao morrer, penetrava-se em um grande sonho à espera de um verdadeiro fim dos tempos e todos despertariam para entrar no paraíso. Na época, o habitual era as pessoas saberem de antemão, que iriam morrer e, dessa forma, preparar-se, deixando em ordem seus assuntos; despedir-se dos demais e pedir perdão a Deus para, finalmente, esperar a hora de sua morte. O enfermo participava do ato de morrer em todas as dimensões: em sua vida particular, ao organizar seus assuntos e em sua vida social, ao proceder às despedidas. Destaca-se nesse modelo, o fato de a própria pessoa dirigir todo o ritual.

O segundo modelo, da morte própria, tem início no século XI e termina no século XVII. É marcado pelo deslocamento dado ao sentido do destino. O coletivo passa a ser considerado o individual. A essência da morte subsiste praticamente igual ao modelo do dever morrer no referente à sua forma, porém, quem morre está ciente de naquele momento, decidir-se sua ida ao céu ou ao inferno.

Outra alteração importante ocorrida é o homem, em seu todo, desdobrar-se. Com a morte, a alma se libera do corpo, demonstrando sua existência imortal, a identidade individual mais além da morte. A partir do século XIII, começa a se atribuir uma outra opção do destino, a qual se coloca entre a salvação e a condenação, o assim chamado purgatório. Mas foi em meados do século XVII que esta palavra se tornou habitual, representando a possibilidade de os vivos intercederem pelos mortos.

O terceiro modelo, da morte tardia, localiza-se no século XVIII e se estende até o século XIX. A importância atribuída primeiramente à comunidade e, posteriormente, ao indivíduo, agora corresponde à família. A dramatização das despedidas na casa do moribundo expressam o lamento pela separação física daquele que morre. Em compensação, a representação de mais além predominante é a de um lugar de reencontro e acréscimo para a eternidade. Desaparece o temor do inferno, embora, entre os católicos, persista a crença da passagem pelo purgatório. Nesse período, começa o abandono da antiga familiaridade com a morte, porém, ao mesmo tempo, ela se contempla desde uma perspectiva fascinante. Considerada tão enigmática e atrativa como o amor, a

morte é demonstrada associada a ele em numerosas representações artísticas e literárias.

Em meados do século XIX, inicia-se um novo modelo, o da morte selvagem, dominante até os dias atuais. Ele oculta do enfermo a proximidade da morte. Crê-se que é melhor para o doente permanecer na ignorância sobre a própria morte. Mesmo suspeitando estar próximo de morrer, o enfermo prefere guardar as aparências para não ser tratado como moribundo. A intenção, é proteger o outro em nome do afeto, chegando ao extremo de privar o doente de sua morte.

Essa passa ser uma alteração importante, porque suprime o até então considerado como um privilégio de quem morria. Suprime-se também as despedidas, as últimas recomendações e a expressão dos últimos desejos. A crença religiosa que ajudava a tolerar a morte é substituída pela crença na ciência com seu progresso acelerado, oferecendo a ilusão de alcançar mais do que é possível. Os médicos convertem-se em sacerdotes detentores do saber sobre a morte e o hospital, o lugar onde ela se esconde pois é considerada vergonhosa, imprópria e suja.

Sendo a morte parte do cotidiano de médicos intensivistas, ela se revela nas pupilas dilatadas e fixas, nos músculos tensos, em um último e angustiante suspiro, nos rostos contraídos, nos espasmos de agonia, na máscara do sofrimento. O homem e a mulher sabem que irão morrer. Tal certeza é o marco da superioridade humana sobre o reino animal. Desejar a morte é mal, mas dela ter medo é pior. O medo da morte é mais cruel do que a própria morte(11).

As mudanças ocorreram de século em século e, hoje, a morte desejada é aquela temida anteriormente: a morte rápida, distante da comunidade, negada, não pensada. Já no século XX, a partir da segunda guerra mundial, a morte foi medicalizada sendo conhecida como fenômeno da inversão da morte. Ela continua a acontecer, porém, nunca a vemos, o seu domínio passa a ser hospitalar e o tempo de morte, manipulado pela ciência e pelo médico.

Em 1965, a Dra. Elisabeth Kübler-Ross, em resposta à solicitação de alguns estudantes de teologia, iniciou um seminário sobre a morte em um hospital de Chicago nos Estados Unidos. Posteriormente, ela publicou um livro intitulado “Sobre a Morte e o Morrer” (12) em que descreve, a partir de uma pesquisa com duzentas entrevistas, os cinco estágios típicos pelos quais os pacientes passam durante o processo de morrer: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e, finalmente, a aceitação.

Esse trabalho universalmente reconhecido tornou-se muito útil no tratamento dos pacientes em estágio final de vida. Apesar de os pacientes não necessariamente passarem por todos os estágios e nessa mesma ordem, a compreensão das fases ajuda o médico a melhor assistir o moribundo(10).

Em 1968, os critérios de Harvard para o coma irreversível foram rapidamente adotados como diretrizes de morte cerebral e aceitos como equivalentes ao paciente estar morto. A partir daí, muitos locais separados estabeleceram critérios nacionais ou políticas locais sobre como precaver-se de uma aparente morte. A frequência de exames repetidos; tempo de observação; exclusão de condições que possam produzir um estado reversível de aparente morte: a hipotermia, intoxicação exógena, choque hemodinâmico e algumas encefalopatias; métodos específicos de exame clínico e testes confirmatórios como eletroencefalografia, angiografia e cintilografia cerebral foram especificados como um conjunto de critérios para definir se uma pessoa está morta.

Contudo, pouco depois da proposta de cada nova modalidade de exame, apareceram casos de pacientes ou limitações metodológicas, tecnológicas, lançando dúvidas quanto à sua acurácia como teste absoluto de ausência de função cerebral. Esse processo identificou, mais de perto, aquilo historicamente ocorrido. Definições filosóficas e médicas foram apresentadas, criados critérios de suporte baseado na tecnologia e, ainda assim, seguiram os desafios de exceção a limitações nos critérios ou métodos de testagem.

Em 1981, foi adotada, como estatuto em todos os estados dos Estados Unidos da América, a Determinação Uniforme do ato de morte: um indivíduo morre quando apresenta a cessação irreversível das funções circulatórias e respiratórias ou a paralização irreversível de todas as funções do cérebro incluindo, o tronco cerebral(13).

1. Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia

A maioria das pessoas não se preocupa com a morte, porque imaginam ser algo que vai acontecer em algum futuro longínquo. A morte não faz parte do horizonte da vida, porém, para morrer, basta estar vivo. Biologicamente, o ser humano está sempre morrendo na medida em que as células morrem, são eliminadas e outras vão surgindo. Assim, a morte não é um instante mas um processo englobando várias etapas em seu entorno. Nesse sentido, o ser

humano é essencialmente um ser para a morte e aprender a viver é aprender a morrer.

O debate sobre a eutanásia reacendeu-se nas últimas décadas, fruto do desenvolvimento técnico-científico, culminando com a chamada “obstinação terapêutica”. Constata-se, então, nos dias atuais, o enfermo enfrentar, sozinho e solitariamente, a dor e a morte, todos fugirem e nenhum querer acompanhá-la. O pedido de eutanásia por parte do enfermo passa a ser mais uma solicitação de acompanhamento beneficente e uma súplica por solidariedade(14).

Etimologicamente, eutanásia significa “boa morte” e provém do grego “Eu e Thanatos”. Esse foi o significado até o século XVII que apontava uma morte sem dores. É a prática de abreviar uma vida para evitar grandes dores e moléstias ao paciente, a pedido dele mesmo, de seus familiares ou por iniciativa de uma terceira pessoa que presencia, conhece e intervém no caso concreto do enfermo. A eutanásia pode ser positiva ou ativa, negativa ou passiva, direta, indireta, voluntária, involuntária e não-voluntária.

Na ativa direta, recorre-se a uma ação cujo efeito imediato é tirar a vida de uma pessoa. A ativa indireta existe ao se praticar uma ação com efeito imediato bom, mas comportando, simultaneamente, um efeito paralelo, divergente e não desejado: a morte do ser humano. É também chamada de “duplo efeito”. A passiva refere-se ao mero ato de privar um enfermo daqueles meios médicos que poderiam prolongar sua vida.

Entende-se por eutanásia voluntária a morte procurada, resultante de um pedido livre e consciente do enfermo. Na involuntária, a morte procurada não corresponde a uma decisão do paciente, mas de outras pessoas. A não-voluntária inclui os indivíduos incapazes de indicar uma preferência ou, mesmo tendo a capacidade, não a indicam.

Assim, uma eutanásia é passiva (ou negativa) quando se omite um tratamento. Ela é voluntária quando o paciente é quem se recusa ao tratamento; é não-voluntária se o paciente está em estado vegetativo e involuntária ao ser o tratamento omitido por razões médicas. Na ativa (ou positiva), a ação provocadora da morte passa a ser voluntária, quando o paciente solicita a morte para si; é não-voluntária quando ele está em estado vegetativo persistente ou em coma sendo involuntária quando a ação é contra a vontade do paciente(15, 16).

Associados ao desenvolvimento e ao avanço tecnológico da medicina contemporânea surgem, na mesma proporção, dilemas ou questionamentos envolvendo a aplicabilidade, importância, relação

custo-benefício, além da agregação de valor à qualidade do atendimento médico. A cura sendo impossível, o princípio da não-maleficência passa a ter prioridade sobre o princípio da beneficência. Medidas que visam ao conforto e alívio de sofrimento devem ser os objetivos principais do tratamento.

A busca da certeza diagnóstica e da prognóstica; a aplicação de condutas consideradas modelo pela comunidade científica; o desejo do paciente ou de seu representante; a legalidade de uma conduta proposta e o respeito à autonomia do médico assistente são desafios a serem ultrapassados e aplicados na prática diária do profissional. No entanto, sabe-se que, em grande parte das doenças, não é possível ser estabelecido um diagnóstico com segurança. A utilização de dados estatísticos para elaborar o prognóstico através de uma estimativa de probabilidade e assim prever o desfecho futuro, é uma tarefa árdua e o resultado, na maioria das vezes, incerto.

A possibilidade do erro diagnóstico, a incerteza do prognóstico, a possibilidade de abusos bem como o desgaste da relação médico-paciente, são problemas a nos mostrar que a eutanásia é eticamente inadequada e não deveria ser aprovada pela ciência médica(17).

O interesse dos médicos no debate da eutanásia está enfocado em dois principais caminhos: o primeiro, baseado na participação do médico como agente natural para aplicar a injeção fatal; o segundo, enfocando as razões e ou o dever do médico de aliviar a dor. O fato de serem considerados os agentes mais naturais para administrar um tratamento letal não significa terem como prerrogativa, o dever de tomar a decisão de permitir ou não a eutanásia. Muitos referem ser a conexão entre médicos e eutanásia meramente incidental e altamente contingente. Se, como grupo, estão insatisfeitos sobre essa prática, eles poderiam ser excluídos dela. O nível de capacidade requerida para administrar uma injeção não é alta e não seria nenhuma dificuldade o treinamento de outras pessoas para tal fim.

O segundo seria a obrigação de retirar a vida para aliviar uma dor insuportável. No entanto, o mais alto dever de diminuir a dor e o sofrimento não justifica a eutanásia, pois nenhum direito ou dever é absoluto. Os médicos têm um reconhecido direito de recusar agir em certas circunstâncias ou de realizar atos no final de vida do paciente, baseados em suas preferências ou julgamentos. Não se pode afirmar que a eutanásia é uma medicina normal. Impor o dever aos médicos de tratamentos letais para aliviar a dor ou sofrimento é implausível. O fato de ele ser o agente da morte

danificaria, de modo irreversível, a relação médico-paciente e guiaria o próprio médico a um lugar de menor valor na vida humana(18).

Entre tantos argumentos a favor ou contra a prática da eutanásia citados na literatura, pode-se perceber a inserção da sociedade em um grande conflito: nada mais nem menos do que a busca da dignidade do homem e da mulher durante o processo de morrer. Na luta pela vida em circunstâncias de morte inevitável, a utilização de todo um arsenal tecnológico disponível traduz-se em obstinação terapêutica que facilmente nega a dimensão de finitude e a da mortalidade humana. Essa postura acaba impondo mais sofrimento à pessoa ao adiar a morte e, conseqüentemente, os instrumentos de cura tornam-se ferramentas de tortura. Prolonga-se a vida ou simplesmente adia-se a morte? O comportamento médico em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, quando a cura é impossível e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis, torna-se inútil e, portanto, fútil.

Inevitavelmente, cada vida humana chega ao final e assegurar que isso aconteça de uma forma digna, cuidadosa e menos dolorosa possível merece tanta prioridade quanto qualquer outra. É uma primazia para a profissão médica, para outros setores da saúde, para os serviços sociais e para toda a sociedade (19).

O termo “ortotanásia” tem sido utilizado para falar da morte no seu tempo certo. O prefixo “orto” origina-se do grego e significa correto. A ortotanásia tem o sentido de morte sem abreviação ou prolongamento desproporcionado do seu processo. Difere da eutanásia porque se preocupa em não incorrer na aplicação de meios considerados extraordinários ou desproporcionados que prolongam e impõem sofrimentos adicionais no curso do processo de morrer do ser humano.

A tentativa de definir a ortotanásia como um justo meio entre a eutanásia e a distanásia nos mostra que o problema da morte e do processo de morrer permanece, ao longo dos tempos até os dias atuais, extremamente sintomático. É um problema dito circular, ou seja, ao morrer deixamos de viver e deixaremos de viver quando chegar a hora da morte. A medida que vamos morrendo, nossos diversos órgãos irão parando de funcionar e tanto quanto nossos órgãos vão entrando em falência morreremos. Isto significa dizer que a ciência médica é responsável pelo que faz intencionalmente, mas não pelo impossível de impedir deliberadamente(20).

A distanásia, no entanto, tem o prefixo “dis”, também de origem grega, significando afastamento. Entende-se por distanásia o prolongamento exagerado da morte de um paciente. Trata-se de uma atitude médica capaz de, visando salvar a vida de um paciente em estado irreversível de sua doença, submetê-lo a grande sofrimento. Nessa conduta, não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. O termo distanásia tem, como sinônimos, obstinação terapêutica, futilidade médica, encarniçamento terapêutico, sendo utilizados de acordo com os diferentes locais do mundo ocidental. Na Europa, os mais usados são obstinação terapêutica e encarniçamento terapêutico e, na América do Norte, comumente fala-se em futilidade médica(21).

A distanásia tornou-se um problema ético de primeira grandeza visto o progresso técnico-científico ter passado a interferir, de forma decisiva, nas fases finais da vida do homem e da mulher. O que ontem era atribuído aos processos aleatórios da natureza ou a Deus, hoje o ser humano assume como responsabilidade. A presença da ciência e da tecnologia começam a intervir decisivamente na vida humana exigindo, por parte da sociedade, uma ampla reflexão ética.

O conhecimento biológico e as diretrizes tecnológicas, apesar de serem úteis e de grande auxílio no tratamento e cuidados das pessoas enfermas, tornam o processo humano de morrer mais problemático, difícil de prever, difícil de lidar. São fontes de complicados dilemas éticos geradores de angústia, ambivalência e incertezas. O modelo de curar facilmente tornou-se prisioneiro do domínio tecnológico da medicina moderna. É preciso ter a consciência que o limite da possibilidade terapêutica não significa o fim da relação médico-paciente.

Alguns fatores têm sido descritos como causa da conduta distanásica e também tem sido levantadas propostas para serem utilizadas nas unidades de cuidados intensivos. Entre esses fatores causais citam-se: a convicção acrítica de alguns profissionais de ser a vida biológica um bem pelo qual se deve lutar até o limite das considerações sobre a qualidade de vida; a ignorância ou desprezo do direito de o paciente - ou de seus representantes legais e da família em seu nome - recusar, o início ou a continuação dos tratamentos médicos prolongadores da agonia do enfermo terminal; a angústia do médico perante o insucesso terapêutico e a resistência em aceitar a morte do paciente; a dificuldade de definir o prognóstico e a ilusão de o processo que conduz à morte parar ou mudar de direção.

Assim, propostas de fórmulas para unidades de tratamento intensivo, como por exemplo, $ID = PQT/C$, são formuladas. ID é o índice de direito a entrar em uma UTI; P é a probabilidade de resultados positivos; Q é a qualidade de vida razoavelmente admissível; T é o tempo restante de vida e C é o custo para alcançar um êxito terapêutico. Segundo esla, os custos aumentarão tanto mais quanto mais negativa se tornar a relação diminuindo o índice de direito que pelo contrário aumentará com o acréscimo da esperança de vida ou de sua qualidade(22).

O dever de conservar a vida e a saúde urge na medida em que se possa recorrer a meios ordinários, oferecendo razoável esperança de benefícios para o paciente, obtidos sem grave dano, dor ou outros inconvenientes. Ter o discernimento da distinção entre meios extraordinários e ordinários é de suma importância e exige contínua atualização técnica e científica. O extraordinário em 1970 pode ser, nos dias atuais, ordinário e, provavelmente, o tecnologicamente extraordinário nos nossos dias, em curto espaço de tempo poderá tornar-se uma conduta considerada padrão ouro. Consistente com essa distinção, medidas extraordinárias não são requeridas, porque impõem fardos desproporcionais com resultados mínimos. Urge a necessidade da implementação de diretrizes nacionais para o profissional em relação à distanásia.

A bioética ao abarcar a ética médica, tem o dever de explorar a questão do final de vida e fazer convergir o pensamento tanto médico quanto filosófico afim de, juntos, poderem concretizar propostas e soluções que respeitam a dignidade do ser humano durante o seu processo de morrer(23).

2. Ordens de não-reanimação

As ordens de não-reanimação são instrumentos que podem ser empregados por médicos, pacientes, familiares e instituições de saúde, por meio de formulários próprios, cujo objetivo é orientar o não-início das manobras de reanimação cardiopulmonar naqueles casos sem possíveis benefícios clínicos comprovados. Reanimação cardiopulmonar é técnica de suporte básico e avançado de vida, iniciado para restabelecer as funções cardiorrespiratórias e cerebral quando ocorre um evento de parada cardiorrespiratória(24).

Hillmam e colaboradores conduziram um estudo no hospital Liverpool, na Austrália, publicado em 2001, abordando a documentação de fatores antecedentes da morte no hospital. Eles demonstraram que, quando a morte era verificada, ela fora precedida por uma solicitação emergente de auxílio, em virtude de

um evento agudo de parada cardiorrespiratória, ou solicitação de admissão na UTI, com sérias anormalidades e deterioração clínica dos pacientes oito a quarenta e oito horas antes do desfecho. Das 778 mortes identificadas no estudo, 541 (71%) eram acompanhadas de um termo assinado de ordem de não-reanimação. Os autores sugeriram poder a parada cardiorrespiratória não ser sempre súbita ou um evento inesperado. Muitas admissões inesperadas nas UTIs, apresentam deteriorações clínicas mensuráveis precedentes ao tratamento definitivo. Tais antecedentes, segundo os autores, poderiam identificar pacientes que se beneficiariam com intervenções mais precoces(25).

Cherniack publicou em 2002, no *Journal of Medical Ethics*, um artigo abordando o aumento mundial do uso de ordens de não-reanimação em pacientes velhos. Estes segundo Cherniack, apesar do prognóstico, freqüentemente são mais receptivos a fornecer ordens de não-reanimação do que pacientes jovens. Ele atribui como possíveis razões: o fornecimento de informações negativas sobre parada cardiorrespiratória e proposta de primeira opção entre várias outras. A idade dos pacientes influenciaria na tomada de decisão quanto à agressividade do tratamento a ser empregado ou à utilização das ordens de não-reanimação(26).

É de conhecimento que, aproximadamente, 25 a 50 % dos pacientes sobrevivem após uma parada cardiorrespiratória, no entanto, apenas 5 a 25 % destes conseguem recuperar-se o ponto de receberem alta do hospital. Em torno de 2 a 3 % dos pacientes reanimados acabam com severo e permanente comprometimento neurológico. Os maiores índices de sucesso na reanimação são obtidos quando a causa da parada cardiorrespiratória ocorre por indução anestésica, infarto agudo do miocárdio ou por taquiarritmias. Naqueles com falência orgânica crônica, como renais e hepatopatas, os índices de sucesso encontram-se em torno de 0 a 3 %(27).

A mortalidade é um dos indicadores disponíveis mais aceitos na avaliação do desempenho tanto das unidades de tratamento intensivo quanto hospitalar. No entanto, pode refletir muito mais as diferenças em termos de quantidade de pacientes do que na qualidade de seus cuidados.

A escolha das ordens de não-reanimação pode sofrer influências dependendo da maneira como são apresentadas, podendo, assim, direcionar caminhos a serem seguidos. O domínio quase exclusivo do modelo científico de separação entre mente e corpo orientou a formação médica para uma visão incompleta de o tratamento da doença, da dor e do sofrimento ser independente da

pessoa que os experimenta. A superespecialização gerou um profissional com conhecimentos mais limitados em relação ao todo, da integridade da pessoa, do doente, diminuindo a importância do papel terapêutico do relacionamento médico-paciente, característico da medicina hipocrática.

Problemas éticos extremamente complexos são verificados naqueles casos nos quais já foram instituídas as medidas de reanimação cardiorrespiratória em um paciente que previamente havia solicitado uma ordem de não-reanimação, estando ele internado em uma unidade de tratamento intensivo. A decisão de retirar o paciente de uma ventilação assistida pode ser mais difícil do que a decisão de não colocá-lo em ventilação mecânica(24).

Kenneth Boyd refere que, apesar de a retirada de tratamento poder ser considerada eticamente equivalente à não-oferta de tratamento, ela é psicologicamente diferente. A não-oferta de tratamento pode representar o não começo de um tratamento que é clinicamente inapropriado, mas a decisão de retirar o tratamento que sustenta a vida angustia os médicos porque não representa apenas uma decisão puramente clínica mas julgamentos de valor e de moral. Uma razão moral pela qual os médicos são relutantes em aceitar a equivalência moral entre retirada e não-oferta de tratamento, é o fato de não desejarem desenhar, entre tais julgamentos de valor e de moral, a continuidade ou não da existência das pessoas(28).

A medicina têm, como meta primária, beneficiar os pacientes, restaurando e mantendo sua saúde tanto quanto possível, maximizando benefícios e minimizando danos. No entanto, a percepção do benefício não é necessária nem suficiente para o benefício ocorrer, bem como a percepção do dano não basta para o dano acontecer.

A medicina não existe para classificar pacientes entre aqueles que deveriam ou não viver com base em preferências reais ou imaginárias. Ela tem a função de oferecer tratamentos apropriados para pacientes em uma determinada situação, oferecer tratamentos para beneficiar os pacientes suficientemente, a fim de justificar os fardos que os sobrecarregam(29).

A autonomia faz uma pessoa ter autoridade sobre ela mesma. Escolher e desenvolver suas próprias preferências, princípios e compromissos, fiel à vida de acordo com suas escolhas, sendo responsável pela própria vida. As pessoas devem ser livres para escolher, seguir e revisar os projetos de vida, ter a oportunidade de desenvolver seus talentos e dar-se a chance de viver uma vida boa e completa. Certamente isso não significa que

todo mundo pode fazer aquilo que deseja. Uma pessoa não pode escolher infringir direitos iguais de outras pessoas, incluindo seu próprio direito de ser livre de fardos.

É preciso, primeiramente, o indivíduo demonstrar sua capacidade de fazer escolhas, representada pela compreensão e retenção de informações essenciais para a tomada de decisão, especialmente, quando há prováveis conseqüências de receber ou não determinado tratamento. Além disso, é representada, também, pela habilidade de utilizar as informações, pesando-as na balança como parte do processo de decisão. Fica claro, então, que um paciente internado em uma unidade de tratamento intensivo, portador de uma doença grave, em estado clínico crítico, carece de plena capacidade para tomar decisões(30).

Problemas existem quando a solicitação do paciente entra em conflito com a concepção do médico de uma prática médica aceitável. A autonomia é a principal justificativa para o exercício dos direitos positivos dos pacientes. Nesse sentido, se o respeito pela autonomia é o princípio que sempre prevalece, a declaração de um enfermo competente, em busca do seu melhor interesse, determinará sempre o resultado de um encontro clínico. A implementação dos direitos positivos dos pacientes pode conferir: dano mas não benefício; tanto dano quanto benefício; nenhum dano e algum benefício; nenhum dano e nenhum benefício. Existem falhas, nos métodos que enfatizam o paternalismo da autonomia polarizada, em distinguir tonalidades de um dano para utilizá-lo em intervenções benéficas solicitadas pelos pacientes. Se a interação médico-paciente requer a participação de duas pessoas, a perspectiva de ambas deveria ser integrada nas várias construções teóricas de tomada de decisão.

Quando os médicos são obrigados a agir em direções contrárias à sua proposta profetizada, não se pode esperar que a medicina funcione na sua forma intencionada. Se o objetivo da medicina deve ser visto como forma de beneficência, então provocar o dano a serviço da autonomia é ilógico. O princípio da beneficência, na ética médica, direciona o médico a assegurar aos pacientes mais bem do que mal. Se o benefício potencial está presente, então o benefício visto a partir da perspectiva do paciente deveria modular a avaliação do risco-benefício. Porém, se não há benefício do ponto de vista médico, então a completa razão do elo médico-paciente desaparece. Certas intervenções são rotineiramente guiadas por critérios objetivos e um médico não é obrigado a realizar uma intervenção requerida pelo paciente se não existe indicação objetiva para ela. Nesses casos, uma segunda

opinião deveria ser oferecida ao paciente para ele poder testar a objetividade das razões da não concessão da sua solicitação(31).

Na unidade de tratamento intensivo existe, entre os usuários, um grupo especial de pacientes caracterizados por utilizar uma infinidade de recursos tecnológicos e, mesmo assim, apresentar resultados persistentemente desanimadores. Cada vez mais são avaliados com maior rigor os benefícios obtidos por tais pacientes em troca de tanto sofrimento e investimento.

Do ponto de vista bioético, pretende-se evitar que a tecnologia venha a se transformar em um instrumento prolongador do sofrimento e capaz de retardar, a qualquer custo, o inevitável processo de morte, submetendo o paciente a uma agonia por métodos artificiais. O momento, quando o paciente deixa de ser salvável e passa ao período de morte inevitável, é impreciso, variável e dependente de uma série de fatores, arbitrado de diferentes maneiras para cada diferente olhar.

Identificar o período de inversão de expectativas envolve todo um processo de racionalização, exigindo postura crítica, neutra e isenta de conceitos pré-concebidos. Em nenhum momento, qualquer decisão deve ser unilateral, muito pelo contrário, ela precisa ser consensual entre equipe e família. Para tanto, a família deveria passar pela mesma seqüência de racionalização da equipe médica pois, desse modo, entenderia o atual estágio de enfermidade em que o paciente se encontra.

O mau uso dos princípios da beneficência, não-maleficência e autonomia poderá levar a uma aplicação incorreta do princípio da justiça. A partir do momento de o paciente ser considerado em processo de morte inevitável, as condutas a seguir deveriam estar alicerçadas no princípio da não-maleficência. A atuação médica deve visar ao conforto do paciente e ao alívio do seu sofrimento, não devendo, por isso, diante de possíveis sentimentos de incapacidade, tachar atos de incompetência ou omissão(32).

Apesar de os debates entre tratamento e não-tratamento, ação e omissão se referirem, de forma geral, a ambos estarem permitindo que um curso particular de ação aconteça, a equivalência moral não poderia valer-se apenas da divisão de um senso denominador comum como apressar a morte. Isto ignora uma questão extremamente importante: a maneira de morrer. A estrita noção física da causa não é capaz de alicerçar a diferença entre matar e deixar morrer, na medida de tais causas não explicarem uma responsabilidade moral dos agentes.

Quando existe uma patologia terminal subjacente uma ação ou omissão é positiva e há a intenção de matar, então a morte é

equivalente a matar configurando homicídio. Se existe uma patologia terminal subjacente, uma ação ou omissão é negativa, existe a intenção de matar e os efeitos colaterais são injustificados, então a morte é igual a matar. Isto também é eticamente incorreto e consiste em falha da adequada avaliação dos efeitos colaterais e pode constituir homicídio. No entanto, se existe uma doença terminal subjacente, a ação ou omissão é negativa, não há intenção de matar e os efeitos colaterais são injustificados, então a morte é igual a deixar morrer. Isso é moralmente aceitável, não configura responsabilidade de trazer a morte, pois a causa é atribuída à patologia subjacente(33).

Diante do exposto, está claro que as ordens de não-reanimação não deveriam estar alicerçadas apenas no princípio da autonomia do paciente ou de seu representante legal. Elas dependem de uma ampla avaliação técnico-científica que vislumbre as condições clínicas do paciente, seu prognóstico, os benefícios do tratamento a ser empregado, os fardos com os quais o paciente será acrescido, os valores do próprio paciente ou de sua família quando de sua incapacidade e os custos do tratamento. As ordens de não-reanimação deveriam ser empregadas quando o paciente encontrasse em processo inevitável de morte, alicerçadas principalmente nos princípios da não-maleficência e justiça.

3. Dignidade, indignidade da morte

Morrer é parte certa e natural da vida biológica. Somos programados para morrer. No entanto, conviver com a idéia de algum dia morrermos e nada podermos fazer contra isso, torna-se difícil para muitas pessoas. O desejo de viver eternamente está muito claro nas culturas ocidentais, o medo da morte é fortíssimo, razão pela qual, se promove o silêncio sobre o tema, imaginando, ilusoriamente, com isto poder evitá-la.

Não há dúvidas de as unidades de tratamentos intensivos representarem um avanço nos cuidados a pessoas em estado grave, proporcionando serem salvas muitas vidas. A finalidade de uma UTI é atender pessoas com probabilidade de recuperação para uma vida consciente e com a maior autonomia possível. Mas indicá-la para doentes sem prognóstico de recuperabilidade é, no mínimo, um ato de desumanidade. As UTIs não realizam milagres, para lá deveriam ir pacientes com chances reais de recuperação, de acordo com os atuais conhecimentos médicos e terapêuticos(34).

Pelo fato de estarmos vivos, amamos, pensamos, temos ilusões e podemos participar de tomada de decisões. Quando

chegar a morte, cessará nossa existência na terra e, aí então, deixaremos de ser protagonistas da história. A morte biológica nos desconcerta, vamos sentindo os seus passos e isso desperta, em nosso espírito, sentimentos de angústia e temor. Sabemos que ela virá, inexoravelmente, para truncar nosso desejo profundo de viver.

O enigma máximo da vida humana é a morte. O homem sofre com a dor e com a dissolução progressiva de seu corpo. Mas o seu tormento maior é o temor pelo desaparecimento perpétuo. A pessoa humana, sua dignidade, sua realização e seus direitos oferecem um lugar amplo para estabelecer um diálogo na busca de respostas a interrogações que o homem se faz frente à vida e à morte. O direito sobre o qual se fundamentam os demais direitos humanos é o direito à vida de todo homem e de toda mulher. No entanto, nos dias atuais, existe um outro que possibilita complementá-lo: o direito à morte com dignidade.

Pode ser ambígua a abordagem do direito a morrer com dignidade. Deve-se entendê-lo mais como uma exigência ética do que um direito à eutanásia. Ele se refere não tanto ao morrer, um acontecimento normal da vida, mas à forma de morrer.

A morte, o último acontecimento importante da vida, há de ocorrer de tal maneira que seja digna da pessoa humana. Existe uma nítida diferença entre ajudar um doente a morrer dignamente e provocar-lhe a morte. O direito de morrer com dignidade é a capacidade moral de exigir a inviolabilidade da vida humana, da interioridade do homem e da mulher, dos seus sentimentos, é o ato de aceitar, com serenidade, o acontecer natural da própria morte(35).

Seria ilusório pensar na morte e na melhoria das condições que a cercam como uma coisa boa para a qual o ser humano pode dirigir-se de maneira triunfante. Morrer continua sendo uma prova dolorosa e difícil, não importando a experiência espiritual da pessoa. Resta ao homem e à mulher atenuar a dor e o sofrimento, evitar mergulhar em outra utopia: julgar que uma boa ou bela morte está ao alcance da mão ou da técnica. O verdadeiro desafio diante do qual a sociedade se vê colocada, é permitir a cada pessoa viver melhor ou pior a própria morte e, na medida do possível, não excluí-la da pessoa.

Para vencer esse desafio, faz-se necessário implementar uma política de cuidados, paliativos, visando a cuidar das pessoas que estão morrendo, além de recusar a oferta de terapias agressivas consideradas fúteis(36).

A morte, por ser um fato temido e negado tanto pela equipe que trata o paciente quanto pelos familiares em vias de perder

alguém, pode criar em torno dessas situações, vínculos de ajuda ou conflitos sem resolução nos quais o mecanismo de fuga está bastante presente. Os profissionais, com o passar do tempo, acabam por criar mecanismos de defesa que os auxiliam nesse enfrentamento. A presença de sentimentos e emoções se associa ao vínculo com o paciente e ao tempo de experiência profissional e, assim, perante tais situações, cria-se um ritual de reflexão sobre a morte.

Entre vários motivos capazes de exacerbar conflitos, figura a falta do entendimento dos familiares e, não raro, do médico, quanto ao real estado do paciente, o seu índice prognóstico. No ambiente de UTI, muitas vezes as equipes médicas resistem a expor, de modo claro e objetivo, que as terapias que empregadas já não poderão salvar o indivíduo e a distanásia, presente de costume, pode ser amenizada ao se oferecer somente o suporte básico terapêutico: conforto, hidratação, suporte ventilatório e alimentação.

As várias fases durante o processo de morrer pelas quais os pacientes passam, identificadas pela Dra. Elizabeth Kübler-Ross, verificam-se, também, nos familiares. Em muitos momentos, por mais clara que tenha sido a informação, os familiares continuam negando a morte do paciente. A morte em terapia intensiva não é nada simples ou natural e os profissionais muitas vezes não sabem administrar o processo da morte e do morrer. Os cuidados ao paciente crítico tornam-se um jogo, cujos objetivos estão estabelecidos e giram em torno de salvar a vida.

Ao serem utilizados meios como reanimação cardiopulmonar e suporte avançado de vida com seus algoritmos que procuram garantir maior chance de sucesso, o paciente dificilmente terá uma morte natural. Há grandes chances de ele passar por ventilação mecânica assistida, filtração renal artificial, drogas vasoativas, nutrição parenteral, inúmeras transfusões, entre outros recursos já disponíveis. Faz-se necessária atenção na tomada de decisões, pois cada uma, em relação ao tratamento a ser ofertado, deve buscar consenso clínico, ético e conforto para o paciente(37).

O aumento da eficácia e segurança das novas modalidades terapêuticas motivam também questionamentos quanto aos aspectos econômicos e legais resultantes do emprego exagerado de tais medidas e das possíveis indicações inadequadas de sua aplicação. O cenário da morte e a situação do paciente terminal são condições que ensejam maiores conflitos nesse contexto, levando-se em conta princípios, às vezes antagônicos, da preservação da

vida e do alívio do sofrimento. A civilização de consumo tem modificado a experiência da dor, esvaziado o indivíduo de suas reações pessoais e transformado essa dor em um problema de ordem puramente técnica(38).

A dignidade da pessoa humana, no século XXI, será referência para a adesão a cada ideal e forma de vida. A partir da visão de Immanuel Kant, entende-se ser a dignidade absoluta e ter um valor intrínseco incondicional. Segundo ele, a dignidade não é meramente um meio instrumental para a satisfação de um determinado fim mas, ao contrário, ela tem fim em si mesma(39).

O termo “dignidade” indica um atributo universalmente comum a todos os seres humanos sem cujo reconhecimento não poderá haver liberdade nem, muito menos, justiça ou paz. A dignidade é uma característica humana específica que coloca o ser humano num grau superior em relação a todos os outros seres existentes na terra.

O homem, enquanto humano, tem direito a ser alimentado, protegido e ajudado. A partir de 1948, pela Declaração dos Direitos Humanos, ganhou o reconhecimento de nascer livre em igual dignidade e direito, de ser reconhecido como dotado de razão e consciência com o dever de agir para com os outros com espírito de fraternidade. A razão que faz o homem ser homem, torna-o capaz de viver moralmente, de ser artífice de sua moralidade, de dirigir a sua vida para o bem ou para o mal.

A dignidade do “homo sapiens” reside no esforço de compreender o verdadeiro sentido das coisas, de chegar à verdade, visitando constantemente os segredos íntimos de sua consciência. O ser humano, centro e ponto de convergência de toda a realidade visível, tem a capacidade de se erguer, tender para cima ou para baixo, dependendo ,única e exclusivamente, dele próprio. Ele consegue dominar os instintos por meio de sua força moral, e isso o dignifica e lhe dá a liberdade de espírito. É essa liberdade de espírito que configura a dignidade(40).

A percepção popular da morte com dignidade, embora traga conforto, é um mito ilusório. Enquanto a ideologia da dignidade da morte tem criado certas expectativas sobre o processo de morrer, tanto em pacientes quanto em familiares, elas são usualmente chocantes e traumatizantes no atual processo de morte. A idéia da morte digna requer desmitolização, recontagem de estórias com enfoque nos dias atuais.

A dignidade da morte de um indivíduo é construída junto com a dignidade e o caráter da vida inteira desse indivíduo. Parte da dignidade de viver bem consiste em um planejamento individual

para aceitar os fardos da mortalidade. O desejo de controlar a mortalidade por meios médicos, reflete o esforço para ver o sofrimento como um problema puramente remediável da medicina. Esse desejo, ao atrair a energia intelectual médica caracteriza o sofrimento como uma forma de dor e tenta domesticá-lo sob a realidade da medicina. A tentativa de tornar o sofrimento medicamente controlado reflete a expansão dos horizontes do modelo biomédico para quase todas as patologias humanas. Visto o sofrimento não distinguir-se da dor, ele passa a ser um marcador da dor contínua, e o seu controle, uma possibilidade médica(41).

Para muitos, o direito de morrer com dignidade implica a remoção de sistemas de suporte de vida ou retirada de tratamentos de pacientes considerados terminais, permitindo-lhes sucumbir a suas doenças subjacentes. O assunto “qualidade de vida” é confundido com o valor que a qualidade de vida tem. A vida humana tem um valor intrínseco e boa saúde não pode dar dignidade à vida humana, pois a saúde não tem vida em si mesma, mas sim, participa da vida. É um bem de que um indivíduo pode gozar e cuidar mas não um bem absoluto, ao qual todas as coisas devem ser subordinadas. Saúde existe para o ser humano, mas o ser humano não existe para a saúde. A dignidade da pessoa não pode ser apagada pela doença, a sua perda é imputada ao paciente pelas reações dos cuidadores e da família em virtude da tristeza ou aparência do enfermo.

Morrer com dignidade não deve ser entendido como um direito à eutanásia ativa ou ao suicídio assistido. Muito pelo contrário, é um direito a morrer em um ambiente digno, recebendo cuidados e afeição de pessoas próximas; e um direito a não prolongar o sofrimento com tratamentos fúteis(42).

A morte por si só é, talvez por definição, indignificada ou então a palavra “dignidade” não deveria ser aplicada para a morte, pois ela, ao ser derivada do latim “dignitas”, significa “valoroso e nobre”. Morte com dignidade esconde vários sentidos: não-ser que é o estado misterioso de ser morto; transição que é o ponto para o qual alguém se move do ser para o não-ser; processo que é o período que leva à morte e nele existe a consciência do final da vida particular de uma pessoa; mortalidade como uma verdade universal que atinge todo ser humano. Quando se fala em morte com dignidade, está se reportando aos sentidos de transição e processo. Falar nela não soma nada à discussão de qual o melhor tratamento para aqueles que estão morrendo ou vivendo vidas de qualidade ruim: talvez, o melhor enfoque fosse o da morte sem indignidades.

A morte sem indignidades seria aquela sem afronte. A racionalidade, a habilidade da razão e o agir sob a razão são características únicas e essenciais do ser humano, distinguindo-o de outros animais: a dignidade humana resulta dessas características. Assim, seria um afronte à dignidade o não-reconhecimento disso em um indivíduo. Pessoas morrem com dignidade por causa das suas qualidades pessoais, suas virtudes, quaisquer que sejam as circunstâncias nas quais se morra. Indignidade é sofrimento, dignidade é merecimento(43).

Conclusão

A medicina pode contribuir, não para o sentido de dignidade da pessoa no final de sua vida, mas para uma morte sem indignidade. Isso envolveria assegurar, tanto quanto possível, o respeito pela autonomia das pessoas utilizando a razão humana. Dor é indignidade e ao contribuir para sua remoção de forma efetiva, rompe-se a barreira da indignidade e, indiretamente, ajuda-se o homem e a mulher a morrerem com dignidade. A base característica de uma morte dignificada é assegurar ao ser humano morrer com dignidade face à indignidade. Para tanto, dois caminhos são essenciais: primeiro, não impor indignidades, como privar as pessoas de escolhas no final de suas vidas; segundo, atuar de forma cada vez mais efetiva para minimizar as indignidades como a dor e o prolongamento obstinado de uma terapia fútil e portanto inútil.

Abstract: Dying is always a real possibility in the life of a human being. However, nowadays, more and more frequently, in consequence of technological advances, doubt arises as to up until what point a treatment should proceed - for death, quite often, is not imminent for those patients who have already lost to their illness. Conflicts relating to whether ethical differences exist between not-offering or suspending treatment are daily realities for the physician, principally in the intensive medicine environment. This article's goal is to deal with the theme of death, euthanasia, disthanasia, and orders of non-reanimation in the context of intensive care medicine focusing on the fundamental principles of bioethics.

Key words: bioethics; death; euthanasia; disthanasia.

Referências

1. Brock DW. Death and Dying. In: Veatch RM, editor. Medical Ethics. 2nd ed. London: Jones and Bartlett Publishers; 1997. p. 363 - 394.

2. Silva MAPDd, Silva ARB, Silva EM. Oncologia e Ética: relações e aproximações. *Rev Paul Enf* 2001;20(1):42 - 50.
3. Koseki NM. Decisões Médicas em Pacientes Terminais. In: Petroianu A, editor. *Ética, Moral e Dentologia Médicas*. 1a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 243 - 50.
4. Bondolfi A. Morte. In: Leone S, Privitera S, Cunha JTd, editors. *Dicionário de Bioética*. 1a. ed. Aparecida: Santuário; 2001. p. 745 - 7.
5. Brett AS, Jersild P. Inappropriate treatment near the end of life. *Arch Intern Med* 2003;163:1645 - 9.
6. Prudente MG. *Bioética: Conceitos Fundamentais*. 1a. ed. Porto Alegre: Do Autor; 2000.
7. Luce JM. Three patients who asked that life support be withheld or withdrawn in the surgical intensive care unit. *Crit Care Med* 2002;30(4):775 - 80.
8. Pessini L, Barchinfontaine CdPd. Sobre a Morte e o Morrer. In: Pessini L, Barchinfontaine CdPd, editors. *Problemas Atuais de Bioética*. 6a. ed. São Paulo: Loyola; 2002. p. 243 - 55.
9. Schramm FR. A questão da definição da morte na eutanásia e no suicídio assistido. *O Mundo da Saúde* 2002;26(1):178 - 83.
10. Alvarez A, Mohar A, Kraus A. En torno a la muerte: una revisión y una propuesta. *Rev Invest Clin* 1997;49:151 - 61.
11. Baruffa G. Thanatos: Mitologia, Filosofia, Antropologia. *Razão e Fé* 2002;4(2):45 - 52.
12. Kübler-Ross E. *Sobre a Morte e o Morrer*. 8a. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
13. Powner DJ, Ackerman BM, Grenvik A. Medical diagnosis of death in adults: historical contributions to current controversies. *Lancet* 1996;348:1219 - 23.
14. Junges JR. A Eutanásia e o direito à Morte digna. In: Junges JR, editor. *Bioética perspectivas e desafios*. 1a. ed. São Leopoldo: Unisinos; 1999. p. 171 - 86.
15. Naveillan PF. Algunas orientaciones éticas sobre la distansia y adistanasia. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 1997;8(1):25 - 9.
16. Grey W. Right to Die or Duty to Live? The problem of euthanasia. *J Appl Philos* 1999;16(1):19 - 32.
17. Kipper D. O Problema das Decisões Médicas Envolvendo o Fim da Vida e Propostas para Nossa Realidade. *Bioética* 1999;7(1):59 - 70.

18. Bagaric M, Amarasekara K. Euthanasia: Why it doesn't matter (much) what the doctor thinks and why there is no suggestion that doctors should have a duty to kill. *J Law Med* 2002;10(2):221 - 31.
19. Pessini L. Questões Éticas-Chave no Debate Hodierno sobre a Distanância. In: Garrafa V, Pessini L, editors. *Bioética: Poder e Injustiça*. 1a. ed. São Paulo: Loyola; 2003. p. 389 - 408.
20. Valls ALM. Filosofando sobre a vida e a morte. In: Valls ALM, editor. *Da Ética À Bioética*. 1a. ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 175 - 93.
21. Pessini L. Distanância: Até quando investir sem agredir? *Bioética* 1996;4(1):31 - 43.
22. Abel F. Distanância. In: Leone S, Privitera S, Cunha JTD, editors. *Dicionário de Bioética*. 1a. ed. Aparecida: Santuário; 2001. p. 314 - 7.
23. Dickenson DL. Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in the US and UK towards decisions at end of life. *J Med Ethics* 2000;26:254 - 60.
24. Urban CdA, Bardoe SAW, Silva IMd. Ordens de Não-Reanimação. In: Urban CdA, editor. *Bioética Clínica*. 1a. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 524 - 36.
25. Hillman KM, Bristow PJ, Chey T, Daffurn K, Jacques T, Norman SL, et al. Antecedents to hospital deaths. *Intern Med J* 2001;31:343 - 8.
26. Cherniack EP. Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it? *J Med Ethics* 2002;28(5):303 - 5.
27. Urban CdA, Silva IMd, Júnior RAA. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. *Rev Ass Med Brasil* 2001;47(3):244 - 8.
28. Boyd K. Deciding about resuscitation. *J Med Ethics* 2001;27(5):291 - 4.
29. Watt H. Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation: commentary 3: Degrading lives? *J Med Ethics* 2001;27(5):321 - 3.
30. Hale DB. A pretty pass: when is there a right to die? *Clin Med* 2003;3(2):142 - 7.
31. Brett AS, McCullough LB. When patients request specific interventions: Defining the limits of the physician's obligation. *N Engl J Med* 1986;315(21):1347 - 51.
32. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações Éticas nos Cuidados Médicos do Paciente Terminal. *Bioética* 1993;1(2):129 - 38.
33. Paterson C. On Killing versus Letting Die in clinical practice: mere sophistry with words? *J Nurs Law* 2000;6(4):25 - 44.
34. Oliveira F. A finitude da vida. In: Oliveira F, editor. *Bioética uma face da cidadania*. 2a. ed. São Paulo: Moderna; 1997. p. 17 - 24.

35. Suescún FM. La Eutanasia: Posición De La Iglesia. In: Bioética CND, editor. 2º Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe; 1999; Bogotá: CENALBE; 1999. p. 321 - 36.
36. França CCNdÉpaSeCdVd. Final de vida, terminando a vida, eutanásia. *O Mundo da Saúde* 2002;26(1):194 - 203.
37. Baraldi S, Silva MJPd. Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo da morte-morrer. *O Mundo da Saúde* 2002;26(1):174 - 7.
38. França GVd. Direito de Viver e Direito de Morrer: um enfoque ético-político sobre a eutanásia e o suicídio assistido. In: Urban CdA, editor. *Bioética Clínica*. 1a. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 537 - 44.
39. Gentzler J. What is a Death with Dignity? *J Med Philos* 2003;28(4):461 - 87.
40. Ardita MG. Dignidade Humana. In: Leone S, Privitera S, Cunha JTd, editors. *Dicionário de Bioética*. 1a. ed. Aparecida: Santuário; 2001. p. 275 - 8.
41. Campell CS. Suffering, Compassion, and Dignity in Dying. *Duquesne Law Rev* 1996;35(1):109 - 24.
42. Rodriguez E. The Arguments for Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Catholic Response. *Linacre Q* 2003;70(1):60 - 73.
43. Allmark P. Death with dignity. *J Med Ethics* 2002;28(4):255 - 7.