

MARIA CHRISTINA MENDES DOS SANTOS GUARALDO

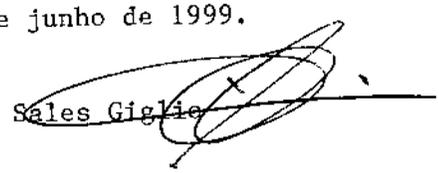
Unidade de Terapia Intensiva: discutindo o inquestionável

***Um estudo descritivo das atitudes reais e ideais de médicos que atuam em
UTI's, relacionadas a princípios de Bioética***

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas, área de Saúde Mental FCM/UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área de Saúde Mental da aluna Maria Christina Mendes dos Santos Guaraldo.

Campinas, 25 de junho de 1999.

Prof. Dr. Joel Sales Giglio
Orientador



MARIA CHRISTINA MENDES DOS SANTOS GUARALDO

Unidade de Terapia Intensiva: discutindo o inquestionável

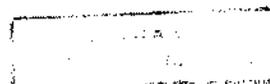
***Um estudo descritivo das atitudes reais e ideais de médicos que atuam em
UTI's, relacionadas a princípios de Bioética***

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de
Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do título de Mestre em
Saúde Mental.*

Orientador: Prof. Dr. Joel Salles Giglio

Campinas

1999



2016/412

UNICAMP	BC
N.º C.	
V.	Ex.
TÍTULO BC/	3859F
PERÍO.	229/99
C	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	31/08/99
N.º F.º	

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

CM-00125826-3

G931u Guaraldo, Maria Christina Mendes dos Santos
Unidade de Terapia Intensiva: discutindo o inquestionável. Um estudo descritivo das atitudes reais e ideais de médicos que atuam em UTI's, relacionadas a princípios de Bioética / Maria Christina Mendes dos Santos Guaraldo. Campinas, SP :[s.n.], 1999.

Orientador: Joel Salles Giglio
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Unidade de Terapia Intensiva. 2. Bioética. 3. Saúde Mental. I. Joel Salles Giglio. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof.Dr. JOEL SALLES GIGLIO

Membros:

1.

2.

3.

Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data da Defesa: 25 / 06 / 1999

AGRADECIMENTOS

Que bom que a vida é tão dinâmica, tão plena e constituída por tantas fases e tantos processos !...

O que eu pude transcrever, neste texto, é o resultado de mais um destes processos que, como tal, não pode ser considerado finito, acabado ou limitado... Antes, é algo dinâmico, que nos permite crescer. E este processo de crescimento dificilmente é solitário. Ao contrário, no partilhar experiências, no repartir conhecimentos, no compartilhar esforços é que reside a grande possibilidade de enriquecimento.

E este meu caminhar compartilhado só foi possível por VOCÊ, graças a VOCÊ e, especialmente, junto com VOCÊ. Você sabe que eu estou falando COM você e DE você. A você que me é tão especial, a você que sabe, e sempre soube, da nossa cumplicidade.

A nossa convivência foi e tem sido tão intensa, que só nós sabemos do que falamos, neste momento... E, neste momento, é a você que eu agradeço.

Obrigada por me ouvir, obrigada por me acompanhar, obrigada por compreender, quando não me foi possível acompanhá-lo, obrigada por me permitir errar, obrigada por me fazer pensar, obrigada por me deixar calar, obrigada por me fazer tão mais íntegra depois deste nosso encontro.

Obrigada por você ser você, se fazer tão presente e estar tão perto, sempre...

Obrigada !...

“Os monstros são filhos do segredo”

(Candotti - 1993)

A você, que acredita que entre os desafios que tornam cada vez mais significativa a aventura da vida estão a força da palavra e a vitalidade do diálogo constante, advindos do desafio maior de se permitir pensar sempre.

“Juro por Apolo, o médico, por Asclépio e por Higéia e Panacéia e por todos os deuses e deusas, tomando-os como testemunhas, que hei de cumprir este juramento e este compromisso de acordo com a minha capacidade e inteligência.

Ter meu mestre nesta arte , como a meus próprios pais; fazê-lo compartilhar dos meus recursos, sempre que o necessitar; considerar sua família como se minha fosse e nela ensinar aos que o quiserem os princípios desta arte, sem que isto implique em qualquer compromisso ou remuneração; transmitir os preceitos, instruções orais e todos os outros ensinamentos aos meus filhos, aos filhos do meu mestre e a todos os discípulos jurados e a mais ninguém. Servir-me-ei do tratamento para socorrer os enfermos, na medida da minha capacidade e inteligência, e nunca com a intenção de fazer mal ao paciente.

Juro que jamais administrarei veneno a ninguém, ainda que mo peçam, nem sugerirei semelhante ato. Do mesmo modo não fornecerei a mulher alguma pessários abortivos. Juro manter a santidade e a pureza da minha vida e da minha arte. Qualquer que seja a casa em que eu entrar, entrarei para beneficiar o enfermo, abstendo-me de todo dano e corrupção voluntários, especialmente da sedução de homens ou mulheres, escravos ou livres.

E sobre quaisquer que sejam as coisas que vir ou ouvir referentes à vida dos homens, em minha assistência ao enfermo e fora dela, e que não devam ser relatadas em outra parte, guardarei silêncio, considerando-as como coisas sagradas. E cumprindo este juramento e não tergiversando, espero assegurar para mim e para minha arte a merecida reputação, mas, se, ao contrário, eu fugir de algum modo a este compromisso, tornando-me perjuro, que o oposto seja meu castigo.”

Hipócrates, 460-377 a.C.

SUMÁRIO

	PÁG.
RESUMO	<i>i</i>
INTRODUÇÃO	1
Capítulo I	9
Formação médica.....	10
Capítulo II	15
Unidade de terapia intensiva – Questões éticas e bioéticas.....	16
Capítulo III	24
Morte: “O grande sujeito ausente do discurso no século XX” (Torres <i>et al.</i> , 1983).....	25
Capítulo IV	30
4. Campo de investigação.....	31
4.1. O município de Campinas.....	31
4.2. Os hospitais da pesquisa.....	31
Capítulo V	33
5. Metodologia.....	34
5.1. Desenho da pesquisa.....	34
5.2. Objetivos.....	34
5.3. Descrição da população estudada.....	36
5.4. Amostragem.....	47
5.5. Instrumento da pesquisa.....	47
5.6. Coleta de dados.....	49

Capítulo VI	51
Resultados / Comentários e discussão.....	52
Capítulo VII	116
Conclusão.....	117
SUMMARY	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXOS	135

APRESENTAÇÃO

O interesse pela investigação nesta área das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) surgiu a partir da minha experiência pessoal e minha vivência, por dez anos, na UTI do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP) - Unicamp -, um Hospital Geral e Universitário, onde desenvolvia a atividade de Diretora Administrativa.

A oportunidade de estar numa UTI, de trabalhar nela, permitiu-me examinar os fatos de maneira muito especial. Pude verificar que o objetivo primeiro da Terapia Intensiva era o de oferecer cuidados, por intermédio de profissionais de elevada competência técnica, e colocar toda uma tecnologia “de ponta” a serviço da vida.

Desta forma, todos os profissionais naquela Unidade emprestam seu esforço, seu conhecimento teórico, apoiados no desenvolvimento da ciência e do aparato tecnológico, para aproximar da vida aquelas pessoas que, pelas mais variadas razões, vivem, naquele momento, uma situação crítica que, acreditam todos, será passageira e suplantável.

A percepção do estreito limite entre vida e morte, dadas as condições em que se encontra a grande maioria dos pacientes, é uma constante neste tipo de trabalho.

Pude observar, ainda, que o trabalho multidisciplinar, nesta Unidade, é uma necessidade imperiosa para consecução dos objetivos relacionados ao paciente. Ali reúnem-se profissionais das mais diferentes formações, sejam enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas respiratórios, assessorados por outros segmentos do Hospital, de cuja interação profissional depende a efetividade das ações relacionadas ao paciente.

Foi a partir deste contexto, a partir das minhas observações, a partir da minha vivência neste segmento tão especial do Hospital que me senti motivada a investigar a respeito dos temas desta pesquisa.

Entre muitos temas possíveis de ser investigados e de grande interesse pessoal, decidi centrar meu foco de atenção na figura do médico que atua em Terapia Intensiva e de suas atitudes diante de questões éticas e bioéticas nesta Unidade, além de focar aspectos relacionados à sua formação profissional e algumas situações referentes às suas condições de trabalho.

Várias são as situações, que se apresentam a este profissional, que implicam em escolha, decisão, confronto ou, até mesmo, conflito, como, por exemplo, decidir o momento de interromper o oferecimento de todo um suporte avançado de vida, que inclui medicamentos e equipamentos altamente especializados, a um paciente que não mais poderá beneficiar-se dele.

Dai, a razão de parte do título deste projeto: “UTI: discutindo o inquestionável”, quando se pretende enfatizar a necessidade da reflexão sobre temas considerados inquestionáveis em circunstâncias que podem torná-los discutíveis e esta relação será, desta forma, apresentada em todo o texto: discutível X inquestionável.

Dentre as várias situações da dinâmica da vida profissional do médico que atua em Terapia Intensiva, alguns aspectos são inquestionáveis ou indiscutíveis, como, por exemplo, o compromisso com a vida.

Por outro lado, há situações que, especialmente nas nossas atuais condições de vida, precisam ser discutidas. Matérias relacionadas à vida e à saúde das pessoas que compõem uma sociedade precisam ser abordadas e discutidas nesta mesma sociedade, de maneira a permitir que todos os envolvidos nesta dinâmica se manifestem e atuem como sujeitos para o estabelecimento daquilo que se possa considerar, pelo menos para este grupo, em dado momento, como o mais adequado e construtivo.

Uma situação a que este profissional está freqüentemente exposto é a situação de morte. Inevitável, esperada, possível ou até mesmo previsível ou "controlável", esta é uma contingência inerente ao seu trabalho, no qual sua relação com seu paciente deve ser de extrema lealdade, já que este último espera do profissional todo empenho, esforço e trabalho para, permanentemente, aproximá-lo da vida, não devendo, jamais, assumir nenhuma atitude contrária a esta premissa, situação esta que também não é passível de questionamento.

Por outro lado, entretanto, situações bastante discutíveis se apresentam a estes profissionais no exercício de suas atividades diárias, relacionadas, por exemplo, à utilização de toda alta tecnologia, hoje instrumento indispensável à sua prática profissional, a serviço da manutenção de uma “vida”, quando o próprio desenvolvimento científico e tecnológico sinaliza a impossibilidade de cura ou mesmo de uma recuperação, momento em que nos deparamos com a eficiência de uma máquina que, em muitos casos, ao invés de aproximar o paciente da vida, impedem o momento da morte.

Acredito que sejam discutíveis as questões morais e éticas relacionadas ao atendimento do paciente em Terapia Intensiva. Absolutamente necessário é possibilitar a este profissional um espaço para sua reflexão e para seu pronunciamento a respeito de suas próprias necessidades, como profissional médico e como pessoa, acerca das condições de trabalho que lhe são apresentadas, das escolhas que lhe são exigidas, das decisões que precisam ser tomadas e da adaptabilidade de sua formação, eminentemente técnica, às exigências de um posicionamento pessoal, ético e até mesmo moral, em seu exercício profissional.

Só há um meio para definir os limites e as normas éticas, bioéticas e mesmo morais para o conhecimento humano: *o debate público*.

A dificuldade de se encontrar uma literatura nacional mais abrangente e específica a respeito das práticas adotadas pelos médicos que atuam em UTI's, em relação a pacientes terminais, de suas opiniões sobre estas mesmas práticas, de questões relacionadas à Bioética, além de uma análise mais crítica a respeito do “currículo” de formação médica, parece refletir o quanto esta situação não está sendo formalmente discutida, pelo menos, de maneira mais aprofundada.

Uma constatação da necessidade desta discussão parece expressa nas afirmações de CULVER (1995), segundo o qual cerca de 70 a 80% dos assuntos que chegam aos Comitês de Ética e seus consultores envolvem a questão de tirar-se ou não o suporte de vida de pacientes gravemente enfermos.

Para CANDOTTI (1993), valores, normas de comportamento e até mesmo princípios éticos devem ser pensados em contextos sociais e históricos definidos, os quais estão em permanente transformação. Daí, a necessidade da permanente reflexão, do contínuo questionamento, do interminável “abrir” caminhos para a discussão. Como exemplo desta necessidade, podemos citar a exigüidade dos recursos destinados à área da saúde em nosso país, nos dias de hoje, que justifica um exame mais aprofundado a respeito das práticas realizadas nesta mesma área. FRANCISCONI (1997) cita que o avanço da tecnologia não traz somente problemas éticos em nível individual.

Como na maioria das vezes são utilizados procedimentos complexos, é inevitável que eles se tornem caros e, neste sentido, estes avanços nos levam a uma discussão também relevante do ponto de vista coletivo : o princípio da justiça, apontado pela Bioética, e sua aplicação na alocação de recursos escassos na área da saúde

Retornando ao exame dos cursos de formação na área médica, seja graduação ou residência e, entendendo que a composição do “currículo” de um curso de graduação deva contemplar, além dos aspectos eminentemente técnicos, aspectos ligados a questões éticas e, mais precisamente, à Bioética, justifica-se promover uma avaliação mais crítica, por parte do médico, a respeito de seu processo de formação acadêmica, o que poderá fornecer subsídios para uma análise do atual “currículo” nesta área.

Surgida nos Estados Unidos em 1971, na Universidade de Wisconsin, Madison (NEVES, 1996), a Bioética, entendida como a ética aplicada à vida, vem tomando vulto, ultimamente, em nosso país, como campo de conhecimento. Trata-se, portanto, de assunto recente, pouco difundido e discutido em nosso meio e, como tal, extremamente necessário de ser abordado.

Para o autor acima citado, tem-se investigado, nos dias de hoje, com uma insistência crescente, especialmente nas ciências da saúde, além do “que podemos fazer”, o “que devemos fazer”, de maneira a refletir uma preocupação progressiva com o aspecto ético, que parece colocar-se, pelo menos, ao lado do imperativo essencialmente científico-tecnológico.

Por outro lado, considerando ser o tema desta dissertação de natureza polêmica, envolvendo as idiosincrasias dos sujeitos da pesquisa, e considerando tratar-se de assunto que necessita ser discutido em nosso meio acadêmico e social, entendemos que este trabalho possa se configurar como uma contribuição neste processo de discussão e que possa nortear a realização de outras reflexões dentro deste tema.

Os três primeiros capítulos referem-se a uma reflexão teórica, a partir de dados da literatura, a respeito da formação acadêmica do médico (*Capítulo I*) considerada, em muitos momentos e aspectos, eminentemente técnica, em detrimento de uma formação de cunho mais humanista e social.

Discutimos, no *Capítulo II*, as questões de ordem ética e bioética que permeiam o trabalho nas Unidades de Terapia Intensiva, questões estas que ultrapassam a dimensão essencialmente técnica do profissional que lá exerce suas atividades.

Embora não se pretenda elaborar um “tratado de tanatologia”, a convivência com situações de vida e morte é uma constante na vida deste profissional, razão pela qual este tema é considerado no *Capítulo III*.

Procuramos descrever, no *Capítulo IV*, o campo de investigação que foi utilizado para obtenção dos dados da pesquisa.

Nos capítulos finais, apresentam-se os dados do desenvolvimento deste projeto de pesquisa, desde a constituição de sua metodologia (*Capítulo V*), os resultados obtidos (*Capítulo VI*) até as conclusões (*Capítulo VII*).

Um questionário foi enviado a todos os médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva em 16 (dezesesseis) hospitais do município de Campinas (SP), numa amostra de conveniência. O instrumento foi composto por 21 questões fechadas, além de 04 questões abertas, procurando identificar as atitudes destes profissionais, em sua prática diária de trabalho, referentes aos seguintes aspectos : critérios de admissão, utilização de técnicas de suporte avançado de vida, decisão sobre cuidados terminais e consentimento informado de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, sendo estabelecido um paralelo entre as atitudes consideradas ideais e as atitudes efetivamente adotadas por estes profissionais em sua prática diária, procurando verificar a existência de uma relação de coincidência, ou não, entre elas. Verificou-se que não há uma relação de concordância excelente em nenhum dos cruzamentos realizados entre as variáveis “real” e ideal”, sendo boa em sete deles e ruim em outros sete; estas relações foram estudadas pelo coeficiente Kappa. Pesquisaram-se opiniões sobre conceitos bioéticos em sua prática de trabalho e a inserção de discussões a respeito destes temas em seu processo de formação acadêmica, além de sua opinião a respeito da possível atuação de um consultor de ética médica em sua prática de trabalho. Houve unanimidade, em 100 % dos sujeitos pesquisados, a respeito da necessidade da inserção de maiores discussões a respeito de temas relacionados à ética e bioética no processo de formação acadêmica nesta área do conhecimento. Elaboram-se questões sobre o conhecimento destes profissionais a respeito da legislação brasileira referentes às práticas médicas em Terapia Intensiva concluindo-se que 58,5% afirmam conhecer plenamente esta legislação e para 76 % o medo da punição legal é uma preocupação constante. Foram, ainda, coletados dados relativos às atitudes que os médicos que atuam em UTI esperam sejam adotadas para si mesmos, em caso de suas próprias internações numa destas Unidades, sendo que 66 % dizem que somente deveriam ser admitidos se tivessem chances reais de sobreviver e com uma qualidade de vida, posterior à internação, significativa para ele. Foram examinadas as principais dificuldades encontradas por estes profissionais no exercício de seu trabalho (sendo apontada a política nacional de saúde em 80 % dos resultados, seguida pela falta de pessoal de apoio técnico qualificado em 62,5 %), além de seu conceito a respeito de “qualidade de vida”, que inclui obrigatoriamente um bom nível de independência financeira para 83,5% dos casos, seguida do nível de autonomia para tomada de decisões para 83 % dos pesquisados. Pesquisaram-se sentimentos

e/ou percepções no exercício de sua atividade profissional em UTI sendo apontados com percentuais elevados sentimentos positivos como realização profissional e aprovação social. Questionaram-se, ainda, os graus de satisfação pessoal e profissional verificando-se um índice entre 7 a 8 pontos (numa escala de 0 a 10) para 66% dos sujeitos no que se refere à satisfação pessoal e o mesmo índice para 62 % na categoria profissional. Finalmente, por meio de questões abertas, foram examinadas as relações percebidas entre suas condições de trabalho e sua dinâmica de vida familiar, pessoal e social, sua motivação para escolha desta área de atuação profissional (UTI), além de seu conceito sobre “Deus” e sua opinião sobre o que ocorre após a morte, tendo-se categorizado e tabulado os dados quantitativamente.

Os progressos científico-tecnológicos na era atual representam, inquestionavelmente, um grande avanço para toda a humanidade. Em praticamente todos os campos do conhecimento humano as conquistas tecnológicas são patentes, irreversíveis e ocorrem, hoje, numa proporção avassaladora; dados da Unesco, em levantamento feito desde 1680, ou seja, em cerca de 300 anos de pesquisa, apontam para o fato de que a quantidade de conhecimento científico e tecnológico, colocado à disposição da humanidade, dobra a cada quinze anos.

Na área da saúde, especialmente, os grandes progressos, tanto do ponto de vista do conhecimento quanto da tecnologia, colaboraram para a elevação da média da vida humana e permitiram a melhoria da qualidade desta mesma vida (TERZI & SILVEIRA, 1996).

Inquestionável é o sucesso de todo desenvolvimento científico-tecnológico no controle, por exemplo, da grande maioria das epidemias que foram avassaladoras, em determinados períodos da humanidade.

Os avanços ocorridos na metodologia diagnóstica precoce e na terapêutica de determinadas patologias tornaram praticamente inadmissível a ocorrência da morte por razões, até pouco tempo atrás, desconhecidas ou de tratamento inacessível ao homem.

Obviamente, novas patologias surgem e novos desafios são projetados para a ciência médica, mas, em determinadas áreas específicas, inquestionavelmente, o avanço está estabelecido, citando-se como exemplo, os transplantes de órgãos e a engenharia genética, entre outros.

É possível que se questione, em termos de nossa realidade de País ou de mundo atual, a possibilidade, ou não, de acesso da grande maioria da população a estas conquistas e avanços que, na grande maioria das vezes, ainda se destinam a uma parcela pequena e privilegiada desta mesma população, situada nos grandes centros de domínio deste aparato. Mas, esta seria uma outra discussão a ser estabelecida e referente, por exemplo, ao quanto este avanço tecnológico acompanha ou é acompanhado por um desenvolvimento igualmente significativo das condições socioeconômicas e culturais desta população, de maneira a que

todos os interessados tivessem acesso a ele. De qualquer maneira, é inegável que estes avanços foram conquistados pelo homem, estão à disposição deste homem e se prestam a auxiliar os que a eles recorrem.

A Terapia Intensiva é um dos exemplos claros de quanto os avanços tecnológicos permitiram ao ser humano superar situações de crise e suportar momentos de transição entre uma vida potencialmente saudável que, por alguma razão, foi impedida de prosseguir em seu ritmo normal.

Surgida na década de 60, a Terapia Intensiva teve como propósito inicial reunir em espaço físico conveniente todo recurso tecnológico disponível, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) com ações bastante especializadas, além de procedimentos e medicações igualmente especiais, num conjunto que permitisse oferecer o denominado "suporte avançado de vida". Podendo ser provido, ainda, por reanimação cardiopulmonar, respiradores, diálise, intervenções cirúrgicas de emergência, amputação, transfusão, nutrição, antibióticos, hidratação, tal suporte permite prevenir o momento da morte, quer este tratamento afete, ou não, a patologia subjacente ou o processo biológico (TERZI & SILVEIRA, 1996).

Normalmente localizada em espaço próprio e isolado do restante do Hospital, a UTI moderna rodeia o paciente com uma maciça multiplicidade de equipamentos da mais alta e sofisticada tecnologia (WALLACE-BARNHILL, 1992), os mais habilitados, especializados e, para o paciente, desconhecidos profissionais, num ambiente absolutamente estranho, para o qual este paciente não possui um "quadro de referência", numa situação de quase absoluta dependência, sem controle ou domínio das mais simples funções, incluindo, por vezes, até a própria respiração, e cuja patologia normalmente requer uma série infindável de exames físicos e laboratoriais para os quais lhe é exigida uma condição de elevada submissão; tais condições são, geralmente, devastadoras para este paciente de UTI.

Poucos pacientes estão preparados para o confronto advindo da crise de uma experiência de internação em UTI, o que é igualmente válido para os familiares deste paciente, cujo impacto das dimensões psicológicas desta situação promove reações diversas, desde sentimentos de negação da realidade desagradável, que se apresenta naquele

momento, até o medo diante da possibilidade de perda do ente querido, além de sentimentos de culpa ou responsabilidade despertados por aquela situação especial.

Paciente e familiares passam a estabelecer, num determinado momento, uma relação pautada pelos mais diferentes sentimentos, entre expectativa, confiança, temores, angústia, etc., com a equipe de terapia intensiva, que é quem dispõe, naquele mesmo momento, de todo aparato técnico-científico, teoricamente capaz de promover o restabelecimento de uma situação habitual de vida, que foi interrompida por algum episódio especial e inesperado.

Durante o último século, mudanças significativas ocorreram no que se refere às habilidades do médico e às condições advindas do desenvolvimento tecnológico para prolongar a vida. Até cem anos atrás, muito pouco podia ser oferecido ao paciente crítico.

Segundo BYRNES(1993), antes do desenvolvimento da ventilação mecânica e de outros métodos artificiais de suporte de vida, o diagnóstico da morte era relativamente simples. O paciente era tratado na expectativa de cura e, quando este tratamento não era efetivo, ele simplesmente morria. Hoje, as mais variadas intervenções, associadas a terapias efetivas, tanto podem prolongar a vida quanto podem impedir que o paciente morra, de tal forma que as decisões a serem tomadas, relativas ao paciente, não são mais de puro diagnóstico, mas, antes, em algumas situações específicas, parecem implicar numa escolha entre permitir, ou não, que o paciente morra.

Inegavelmente, todas estas possibilidades de atuação e intervenção, se bem aplicadas, permitem o prolongamento da vida e, conseqüentemente, maiores possibilidades de recuperação daquele paciente.

O que vem sendo discutido, nos últimos anos, é a aplicabilidade deste “suporte avançado de vida” a pacientes sem qualquer chance de recuperação (RUARK & RAFFIN, 1988; TERZI & SILVEIRA, 1996), cuja permanência na UTI, além de significar todo um desgaste para o próprio paciente, para a família envolvida e para a própria equipe de terapia intensiva, não resultará em nenhuma melhora significativa. A própria qualidade desta “vida” adicional, após o tratamento, infelizmente, pode variar do “marginalmente tolerável ao

positivamente miserável” (RUARK & RAFFIN, 1988) e, finalmente, a morte, apesar de todas as tentativas de uso de terapias sofisticadas, é inevitável.

Além deste aspecto mencionado, relacionado às perspectivas de recuperação, ou não, deste paciente, e da “qualidade da recuperação” atingida pelo mesmo, há um aspecto econômico envolvido. Conforme citado por THOMASMA (1993), os custos com terapia intensiva, hoje, giram em torno de U\$ 2.000 a U\$ 3.000 /dia.

Para VILARDELL (1990) uma das categorias em que se pode classificar o avanço médico-tecnológico é aquela que permite manter a saúde e uma qualidade de vida razoáveis com utilização de recursos consideráveis, tanto materiais como humanos. Nesta condição, é inevitável, para a sociedade que dispõe de tais recursos, uma reflexão e um questionamento, à medida em que fatores econômicos é que decidirão sobre o maior ou menor aproveitamento desta tecnologia.

Para o autor, o fato da técnica ou da tecnologia estarem disponíveis não significa necessariamente que devam ser utilizadas, especialmente se os recursos são escassos e obrigam sua utilização restrita.

A situação sócio-econômico-política do mundo, e deste País em especial, nos dias de hoje, nos leva a perguntas até então não formuladas.

Pesquisas recentes (HEYLAND *at al.*, 1998) apontam custos da ordem média de U\$ 1.565 (Canadá) por dia por paciente internado em UTI

A Terapia Intensiva, ao ser criada na década de 60, possivelmente não teve seus custos avaliados ou, mesmo, teve seus custos admitidos como imaginariamente infinitos (YOUNG, 1992), de maneira a supor-se que todos os pacientes poderiam usufruir de todos os cuidados promovidos por ela, indiscriminadamente.

Ainda para este autor, manifestamente, isto é impossível, e despende três quartos de milhão de dólares em um único paciente que, ao final, morre na UTI “14 meses e 16 procedimentos cirúrgicos após a admissão”, pode estar ferindo um dos princípios básicos da Bioética que é o “agir com justiça”, de forma a permitir a distribuição de recursos, que já são escassos, equitativamente, o que “exige que não façamos para alguns o que não estamos dispostos ou somos incapazes de fazer a todos”.

Apesar desta posição bastante polêmica, o mesmo autor afirma, enfaticamente, entretanto, que “as decisões *dentro* de uma UTI não devem ser tomadas em bases econômicas em vez de médicas”, embora aponte para o caráter moral das considerações de justiça a serem ponderadas numa decisão, *antes* que o paciente seja admitido na UTI, de maneira a verificar as possibilidades reais de sua recuperação através dos recursos técnico-científicos disponíveis naquela Unidade.

Observando a realidade da maioria dos Hospitais, atualmente, não são raras as ocasiões em que uma mesma vaga de UTI é “disputada” entre, por exemplo, um paciente crônico, cujo suporte avançado de vida lá oferecido jamais lhe resgatará condições mínimas de sobrevivência (que dirá de vida com uma qualidade mínima), e um paciente jovem, vítima de um acidente, que, na porta do Pronto Socorro, aguarda por este mesmo suporte avançado de vida, tão necessário para ajudá-lo a superar esta situação aguda.

O próprio avanço do conhecimento científico, hoje, permite afirmar, com segurança, a perspectiva ou não de recuperação e sobrevivência em muitos dos casos.

Desta forma, os critérios para a admissão de pacientes na UTI devem estar claramente discutidos e definidos para a equipe desta Unidade e parece ser interessante que haja, nesta mesma equipe, uma disposição constante e favorável para a análise das condições do paciente, em particular, à luz de princípios éticos e bioéticos.

O próprio índice prognóstico, quando calculado, parece não oferecer condições mais concretas de parâmetro para uma decisão de admissão em UTI, conforme dados coletados nesta pesquisa.

Além de todos os aspectos acima ressaltados, ainda há a problematização referente à legislação brasileira atual, em que não são definidas normas específicas que abordem esta questão (TERZI & SILVEIRA, 1996). Em vários artigos da Constituição Federal, repetidamente, é assegurada a inviolabilidade do direito à vida, cuja transgressão pode caracterizar crime de responsabilidade civil. Trata-se de um texto legal puro e simples. Não há, entretanto, sob o prisma da questão legal, qualquer preocupação com a qualidade desta vida, cujo direito é inviolável.

Reforça-se, desta maneira, a necessidade imperiosa de uma discussão pública a respeito de assuntos tão determinantes na condução do trabalho médico em Unidades de Terapia Intensiva.

O disposto no artigo 196 da Constituição Brasileira assegura: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Nada parece mais distante de nossa realidade do que a “quase poética” afirmação da Constituição referente às condições de saúde do nosso povo.

Como afirma DIAS (1990) :

Os avanços tecnológicos na medicina, em contraposição à crise social, geradora de doenças, deixam o médico em situação difícil. Em muitos casos, o alardeamento da eficiência tecnológica que visa a maior utilização de equipamentos, aparelhos e drogas, como uma saída para as doenças, cria conflitos, posto que a assistência médica, por mais sofisticada que seja, não vai resolver os problemas sociais básicos da população.

Podemos complementar esta afirmação com o fato de que, por mais que o texto legal procure assegurar as condições de saúde da população como seu próprio dever, nossa realidade não aponta fatos concretos que corroborem esta premissa.

Dentro deste panorama, há que se destacar o fato de que todo ato referente ao diagnóstico e tratamento é um ato de responsabilidade exclusiva do médico. O ato médico gera responsabilidade civil por suas ações (ASSAD, 1993).

Cabe, portanto, a este profissional a responsabilidade legal, técnica e ética de todas as ações e condutas assumidas em relação ao paciente e, conseqüentemente, toda situação de decisão e escolha também é deste mesmo profissional.

Normalmente, situações de decisão e escolha promovem dúvidas e questionamentos, muito maiores em se tratando de decisões referentes à vida humana, o que é bastante freqüente na rotina diária daquele profissional que se dedica à Terapia Intensiva.

Este profissional possui seu sistema de valores pessoais e, embasado neste sistema, toma suas decisões; este sistema de valores, associado às condições de trabalho presentes, pode implicar em situações de conflito pessoal com conseqüências na dinâmica organizacional.

Focalizando a realidade específica deste profissional, o presente estudo centra seu foco de interesse na figura do médico que atua em Unidades de Terapia Intensiva, cujo trabalho envolve, além dos aspectos relacionados à sua formação técnica, altamente especializada, relações diretas com questões éticas, com conceitos fundamentais como vida e morte, qualidade de vida, com condições inerentes de decisão e escolha que lhes são apresentadas diariamente e em momentos bastante críticos como, normalmente, é o caso dos doentes sob cuidados de Terapia Intensiva.

Alguns aspectos deverão ser abordados, como a questão da formação médica, como vem ocorrendo e sendo percebida pelos profissionais envolvidos ultimamente em nossa realidade, a questão da morte (embora não se objetive realizar um “tratado sobre tanatologia”), além da dinâmica de funcionamento de uma UTI e suas implicações éticas e bioéticas.

O que se pretende, de fato, é contribuir, com estes dados de pesquisa, para a ampliação de uma discussão que pode ser de utilidade para toda a comunidade.

CAPÍTULO I

FORMAÇÃO MÉDICA

Iniciando por sua própria formação profissional, *preservar a vida e evitar a morte*, em quaisquer circunstâncias, é parte integrante do juramento hipocrático e deve nortear as atitudes e atividades de seus discípulos jurados.

*Hipócrates, considerado o fundador da Medicina, tal qual se conhece nos dias de hoje, deu-lhe o espírito científico, rompendo com a magia e o misticismo, substituindo a superstição pela observação diagnóstica e o tratamento clínico. Seus únicos instrumentos de precisão eram o espírito aberto e seus sentidos sutis. Criou o método da “cabeceira-de-leito”, em que cada novo paciente passa a constituir-se em um novo volume original a ser estudado, e tornou-se, ainda, famoso por seus *aforismos*:

“a crise é passageira e a experimentação arriscada”;

“difícil é a decisão”;

“não somente o médico deve estar pronto para cumprir o seu dever, mas também os pacientes, os assistentes e as pessoas que circundam os pacientes precisam concorrer para a cura”.

Embora escritos há cerca de 2500 anos, parecem refletir as preocupações atuais e básicas daqueles que se propõem a exercer esta profissão.

O trabalho em terapia intensiva, especialmente aquele realizado pelo médico intensivista, parece encontrar-se hoje diante do seguinte questionamento : por um lado, como discípulo jurado de Hipócrates, cabe a ele a tarefa de utilizar todos os recursos profissionais e técnicos disponíveis a serviço da manutenção da vida; por outro lado, outras questões se apresentam hoje a este profissional, como o seu próprio conceito de “vida”; como e quando o conceito de morte é aceito; como e quando aceitar o limite da máquina e da tecnologia no tratamento de pacientes terminais em UTI.

* Hipócrates *apud* Calder, R. – O homem e a medicina. Trad. Raul de Polillo, Hemus Editora Ltda, s/d

Para BERLINGUER (1993), as normas hipocráticas foram abaladas por muitas situações e solicitações, e seus princípios e aplicações foram rediscutidos. Para o autor, das idéias originais de Hipócrates, ficaram o pensamento científico e o ensinamento ético fundamental, que se refere ao cuidado da saúde de qualquer pessoa, em qualquer circunstância.

Segundo KÜBLER-ROSS (1985), os médicos em processo de formação acadêmica aprendem a prolongar a vida, mas recebem muito pouco treinamento ou esclarecimento sobre o que é a vida. A meta do treinamento médico não deveria ser apenas o de formar especialistas, eminentemente técnicos, para tratar de pacientes graves, mas, antes, treinar este pessoal para enfrentar as dificuldades advindas da doença grave e da própria morte e procurar soluções.

No relato de suas experiências profissionais, especificamente com pacientes terminais, a autora citada refere, por exemplo, o depoimento de um paciente que vivera dias numa Unidade de Terapia Intensiva, cercado por todo aparato tecnológico, incluindo um tubo que o ajudava a respirar, mas que o apertava e machucava, sem que ele pudesse dizer nada ou comunicar-se de alguma forma, apesar de ter a seu lado uma enfermeira 24 horas por dia que, tecnicamente, desempenhava seu papel perfeitamente. A ênfase na questão técnica parece sobrepor-se à relação humana, que deveria estabelecer-se de maneira mais direta e efetiva.

Para TORRES, GUEDES, TORRES (1983), os médicos são, certamente, os profissionais que mais lidam com a morte, direta e frequentemente, mas são, também, os menos preparados para isto, considerando-se distorções curriculares e deficiências no curso médico, que se dirige apenas para o “currículo” técnico, por via de regra extensamente informativo. A grande maioria dos procedimentos médicos acaba por orientar-se para a *cura* do paciente e não para o *paciente*; a autora afirma que deveria haver uma ênfase igualmente forte no desenvolvimento técnico-científico tanto quanto no inter-relacionamento humano.

Inquestionáveis são os benefícios que o desenvolvimento científico e tecnológico trouxeram à ciência médica, mas, para ASSAD (1993), também não há como negar que eles alteraram a relação médico-paciente e tornaram o primeiro mais afastado do segundo.

Para este autor, a medicina é talvez a mais respeitável das profissões, a arte milenar da cura. Em seus primórdios, era mais arte que ciência e, como todo artista, o médico de então tinha uma sensibilidade hipertrofiada, já que os recursos diagnósticos e terapêuticos eram tão parcos quanto os conhecimentos científicos da época.

Nos dias de hoje, parece que vivemos uma “quase inversão” desta relação, à medida que a tecnologia tirou o médico da cabeceira de seu paciente, fazendo com que a mão que sentia, tocava e percutia fosse substituída por visores luminosos e sonoros, por aparelhagens cada vez mais sofisticadas (ASSAD, 1993).

Enfatizamos, novamente, a necessidade de uma discussão ampla e aberta sobre questões desta natureza que, mais uma vez, se mostram necessárias em nossa realidade, de maneira a procurar resgatar uma relação mais humanizada entre médico e paciente.

E, na tentativa, e mesmo na necessidade, de capacitar os atuais profissionais desta área para esta nova realidade, podemos observar que os cursos médicos passaram a dedicar-se com muito empenho e afincado à formação técnica.

Em 1910, a Fundação Carnegie publica, nos Estados Unidos, o Relatório Flexner (CAMARGO, 1996), cujas propostas principais constituem a base para a implantação do ensino e da prática médica tal qual é encontrada hoje, e seu conteúdo abrange aspectos de cunho eminentemente técnicos e científicos, sem qualquer preocupação com questões éticas ou morais.

Em função disto, observa-se que o conteúdo da disciplina de ética médica, encontrada pelo menos na grande maioria dos currículos de formação destes profissionais, atualmente, resume-se à deontologia, que trata de obrigações morais e do dever e não do desenvolvimento do comportamento moral ou da formação de caráter.

Entende-se, entretanto, que esta também deva ser uma das funções da escola de formação, já que ela recebe adolescentes, enfaticamente estimulados a uma opção profissional nesta faixa etária, que permanecem na escola por período integral por cerca de seis anos e, mais tarde, já adultos, são “lançados” à sociedade para exercer atividades cuja tônica recai sobre questões morais e éticas.

As relações humanas, especialmente a relação médico-paciente, a par e apesar da tecnologia, não deixaram de existir e, conseqüentemente, de promover e gerar sentimentos a partir destas relações, os quais pouco ou nada são discutidos nos cursos médicos.

Acreditamos ser possível afirmar que nenhum avanço tecnológico pode superar ou suplantiar as relações que são inerentes à própria condição humana. É preciso que tanto quanto as pesquisas científicas avancem, avancem concomitantemente as relações humanas que se estabelecem através, por causa ou entre elas. Os avanços não acontecem por acaso, sem a intervenção do homem. Portanto, esta relação precisa ser pensada. É preciso que este desenvolvimento seja colocado à disposição da saúde do homem e que o resultado mais imediato seja seu direito ao bem-estar e à melhoria em sua qualidade de vida.(ASSAD, 1993)

Neste século, ainda para este autor, surgem alguns outros complicadores da relação médico-paciente, além da tecnologia, que seriam a superespecialização, a interposição institucional e o papel dos meios de comunicação, observações que serão comentadas a seguir.

A superespecialização segmentou o ser humano, embotando a visão holística do paciente. Parece inquestionável o quanto esta superespecialização aumentou a possibilidade de colocar conhecimento e tecnologia em função de prolongar as chances de vida, mas discutível é a visão segmentada deste paciente.

A interposição institucional e sua organização de trabalho impedem que o paciente tenha tempo de conhecer o seu médico e este, de saber sequer o nome de quem trata. Cada queixa deste paciente costuma corresponder a um encaminhamento para um profissional específico, num determinado local, o que pode estar colaborando com esta visão segmentada.

Finalmente, os meios de comunicação também passaram a interferir diretamente na relação médico-paciente, uma vez que trouxeram maior nível de informação aos pacientes, levando o diálogo com o médico a um patamar diferente, caracterizado agora por níveis de questionamento e exigência maiores.

Considerando ainda a questão da formação médica, conforme aponta THOMASMA (1993), os médicos que agem para preservar a vida fazem-no baseados em seus próprios conceitos a respeito do que acreditam ser certo e bom, estabelecendo seus próprios limites de esforço na doença e na morte. Este esforço não é muito discutido na escola médica.

A inexistência ou a limitação destas discussões nas escolas de formação médica ou de profissões da área de saúde, de maneira geral, faz das equipes de saúde vítimas em relação à uma estrutura superior a elas; o desenvolvimento técnico, hoje disponível, apesar dos benefícios que propiciou, provocou também uma dissociação cada vez maior entre corpo e mente (CASSORLA, 1983).

Tal afirmação é pertinente tanto no que se refere ao paciente quanto em relação ao médico, cuja formação pretende torná-lo cada vez mais capaz tecnicamente, sem o concomitante acompanhamento sob o ponto de vista pessoal e humano.

Ressaltando ASSAD (1993):

Os médicos do século XXI devem estar atentos ao “embevecimento”, ao fascínio que a ciência é capaz de produzir, e jamais esquecer-se de que muito maior que isto é o paciente, um ser com medo e perseverança, esperanças e depressão e que tem no médico uma possibilidade de luz.

Nesta perspectiva, é possível entender que a função social das escolas de formação assume proporções muito maiores do que as atribuídas às funções técnicas e informativas.



CAPÍTULO II

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - Questões éticas e bioéticas

A Unidade de Terapia Intensiva é uma das unidades hospitalares onde, possivelmente, ocorre um grande número de situações relacionadas a questões éticas e bioéticas.

Para que se compreenda melhor este contexto, julga-se necessário estabelecer alguns parâmetros nos quais se pretende apoiar a pesquisa a ser realizada, quais sejam, os conceitos de Ética, Moralidade e Bioética.

Ética é uma “disciplina da qual uma das funções é estudar as atitudes, ações e comportamentos morais, analítica ou descritivamente, buscando consistência e coerência entre eles e o mais alto bem que eles pretendem refletir” (YOUNG, 1992). De acordo com COHEM & SEGRE, 1995, a eticidade está na percepção dos conflitos da vida psíquica (emoção x razão) e na condição, que podemos adquirir, de nos posicionarmos, de forma coerente, perante esses conflitos. Tal prática fundamenta-se em 3 princípios: percepção dos conflitos (consciência), autonomia (posicionamento ativo e autônomo entre a emoção e a razão) e a coerência diante desse posicionamento.

Moralidade (YOUNG, 1992) é definida como as “atitudes, ações ou comportamentos, de um indivíduo ou grupo, que refletem a visão, que tem esse indivíduo ou grupo, do mais alto bem”, um sistema de valores do qual resultam normas que são consideradas corretas para uma determinada sociedade, assumindo, desta forma, um caráter mais geral e grupal do que a Ética.

Para SANTOS (1998), os termos moral e ética não são perfeitamente sinônimos, já que por moral entende-se um sistema de normas de conduta que visam regular a ação humana, enquanto ética é entendida como a ciência do dever moral, sujeita às leis da cultura e da moral.

A definição de Bioética, pela ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS (REICH, 1995), é “o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas, das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar”.

Bioética é entendida como parte da Ética que enfoca questões referentes à vida humana e, portanto, à saúde, e tem a *vida* como objeto de estudo, embora trate também da morte. Para DIAS (1990) fala-se em Bioética quando se relaciona a ciência do comportamento moral dos homens em sociedade à prática de atos que interferem na vida humana, seja para melhorá-la, preservá-la ou salvá-la, mutilá-la ou destruí-la.

Entende-se, ainda, por Bioética o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais (PESSINI,1996). Constitui-se, portanto, em um conceito mais amplo que a própria Ética Médica, abordando questões sociais e humanas que se relacionam à saúde. Não se trata, pois, de uma ciência feita com normas e fórmulas éticas aplicadas “a priori”, mas surge do esforço interdisciplinar, numa busca de investigar valores humanos que inspiram o trabalho dos mais diversos profissionais na área da saúde e que, portanto, diz respeito a médicos, enfermeiros, psicólogos, antropólogos e tantos outros que possam interessar-se por esta questão.

Para o médico, de maneira geral, e, em particular, para aquele que opta pelo trabalho em Unidades de Terapia Intensiva, a preocupação central, em relação ao paciente, refere-se ao prolongamento da vida. A possibilidade da morte, também parte da condição humana, e as limitações dos recursos técnicos e instrumentais parecem, em muitos casos, relegados ao silêncio.

A capacidade tecnológica atual de preservar e estender a vida numa UTI é quase assustadora e tal tecnologia parece exercer um fascínio, um apaixonamento, segundo YOUNG (1992), sobre o médico, que é impelido a “brincar” com estes brinquedos da tecnologia, em circunstâncias de vida e morte.

Para este mesmo autor, os instrumentos de cura, representados por todo aparato tecnológico disponível na UTI, acabam por tornar-se ferramentas de tortura para o paciente.

YOUNG (1992) aponta dois princípios médico-morais primordiais que, tradicionalmente, desde o juramento de Hipócrates, têm orientado as ações deste profissional: *preservar a vida e aliviar o sofrimento*.

Tais princípios podem, na maioria das vezes, caminhar juntos, mas, em circunstâncias de doença crítica ou terminal, como a maioria das situações diárias na UTI, eles entram em conflito. Surge, neste momento, a grande questão : que princípio deve ser precedente ao outro ?

Acredita-se ser inquestionável a vida como bem maior do ser humano. Desta forma, protegê-la parece ser o lema norteador de muitos dos médicos atuando em UTI que, formados pelo constante e insistente treinamento intervencionista (THOMASMA, 1993), parecem entender que respeitar a vida é prolongá-la.

Uma questão permanente nos dias de hoje parece não referir-se mais, de maneira exclusiva, à manutenção da vida mas, antes, às condições desta mesma vida, se comparadas às anteriores ao episódio que deflagrou a internação na UTI ou, ainda, à qualidade desta mesma vida.

Um termo pouco conhecido e utilizado na área da saúde, e objeto de estudo e reflexão pela Bioética, é o termo “distanásia”.

A conceituação do termo, pelo Dicionário Aurélio, refere “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento; morte dolorosa, antônimo de eutanásia”.

Trata-se praticamente da atitude médica que, para salvar a vida, submete o paciente terminal a um grande sofrimento e, na verdade, não prolonga a vida propriamente dita, mas sim o processo de morrer (PESSINI, 1996).

Segundo HORTA (1993), centenas ou talvez milhares de pacientes estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectivas, especialmente, em UTIs, submetidos a uma parafernália tecnológica que não só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrimento, como ainda os prolonga e acrescenta inutilmente.

A Ética recorda à medicina que ela deve estar a serviço não só da vida, mas também a serviço da pessoa (HORTA, 1993).

De acordo com SPINSANTI (1990), o médico parece dominado por uma obstinação que o leva a considerar seu dever exclusivo prolongar o mais possível o funcionamento do organismo do paciente, em qualquer condição, ignorando qualquer outra dimensão que não seja a biológica, negligenciando a qualidade de vida deste paciente.

Para THOMASMA (1993), o efeito do uso abusivo da tecnologia, sem avaliação de sua eficácia e, freqüentemente, sem o envolvimento do paciente, é incrementar o sofrimento deste e da família. Pode prolongar o sofrimento pessoal e promover, ainda, o sofrimento social, pela utilização de recursos que poderiam beneficiar aqueles com patologias potencialmente reversíveis.

Para YOUNG (1992), vários motivos levam os médicos, de maneira geral, à adoção de uma filosofia em que cuidar é sinônimo de curar, durante todo o período de vida de um paciente.

Uma das justificativas para tanto, segundo o autor citado, tem a ver com a pesquisa, entendendo-se que o tratamento de alguém numa condição considerada incurável e terminal pode beneficiar uma população inteira.

Por outro lado, entretanto, conforme aponta ÉPINAY (1988), para GRODDECK a eficácia da cura não está no saber médico, mas desenvolve-se a partir de uma crença pela qual o doente investe determinado poder e autoridade em seu médico, da mesma forma que a eficácia do trabalho deste depende de sua confiança em si mesmo e em seu paciente.

Outra razão é que há médicos incapazes de aceitar a “derrota”; parar de tratar uma doença terminal agressivamente pode ser interpretado como o equivalente à uma derrota para a medicina, na cultura ocidental. Como afirma TERZI & SILVEIRA (1996), a morte, em nossa cultura, é entendida pelo médico como um “fracasso pessoal”.

PESSINI (1996) atenta para o fato de que as ações de saúde hoje são mais marcadas pelo “paradigma da cura” do que pelo modelo do “cuidar”, sendo este último traduzido por um “prêmio de consolação” a ser atribuído quando o conhecimento e as habilidades técnicas não vencem.

À medida que a prestação de serviço no sistema de saúde foi se tornando mais dependente da tecnologia, mais distantes ficaram entre si a cura e o cuidado.

Além destes aspectos, outros conceitos vêm sendo discutidos, hoje, relacionados aos cuidados de pacientes terminais em Terapia Intensiva. Um deles refere-se à omissão de terapia sofisticada (“withholding”), isto é, não iniciar a oferta dos cuidados possíveis, pelo suporte avançado de vida, a pacientes que não apresentem condições de beneficiar-se deles e superar a condição inicial que deflagrou a internação na UTI.

Outro conceito a ser abordado é a retirada (“withdrawal”), isto é, retirar, interromper a oferta deste mesmo suporte avançado de vida, nas mesmas circunstâncias citadas (THOMASMA, 1993; TERZI & SILVEIRA, 1996).

Estas duas situações são aplicáveis sempre que a definição sobre o prognóstico destes pacientes for algo determinado e aceito pela equipe de terapia intensiva como previsível ou inevitável pela condição médica subjacente (TERZI & SILVEIRA, 1996).

Do ponto de vista médico, afirmam os autores acima, é frequentemente preferível iniciar o tratamento provisoriamente, considerando a hipótese de suspendê-lo caso se torne insuportável ou ineficiente para o paciente; suspender o suporte avançado de vida, entretanto, depois de instituído, tem mobilizado mais a equipe de trabalho em terapia intensiva do que omitir e não iniciar tal procedimento, já que a suspensão é sentida por todos como uma violação do compromisso com o paciente.

O que se acredita que seja possível argumentar, considerando os dados acima, é que os critérios para admissão do paciente em UTI devem estar claramente discutidos e definidos pela equipe e é preciso que haja, nesta mesma equipe, uma disposição constante e favorável para a análise das condições de cada paciente, em particular, à luz de princípios éticos.

Uma questão, entretanto, é fundamental : quando, conforme as várias situações que se apresentam, seria o momento de parar um tratamento, de interromper o oferecimento de um suporte avançado de vida ?

Todas as informações até agora coletadas apontam na direção de que não há regras absolutas para tal decisão.

Sob o ponto de vista legal, como já mencionado anteriormente, observa-se que o conjunto de leis brasileiras, além de não refletir efetivamente a realidade do momento atual, torna-se, ainda, mais uma fonte de pressão aos que exercem atividades na área da saúde. Para HORTA (1993), nos últimos anos as ciências jurídicas incorporaram o princípio da norma moral em defesa absoluta da vida, entendida como um direito absolutamente indisponível, a ser tutelado pelo Estado, até contra a vontade pessoal de cada um.

Sob o ponto de vista ético, residem conflitos, dúvidas que parecem revelar uma dicotomia clara entre a legalidade e a ética.

As condições legais relacionadas ao exercício profissional dos sujeitos pesquisados revelam muito mais uma situação de ameaça e apreensão, diante da possibilidade de punição, do que uma preocupação ética.

Várias hipóteses para a resolução de tal conflito parecem ser apontadas hoje, como o respeito à autonomia do paciente, cujo exercício deve relacionar-se a condições absolutas de informação, nem sempre preservadas ou garantidas; fala-se na decisão a ser tomada pelos familiares, desde que orientados pelos médicos e, finalmente, seria designada ao médico que atua em Terapia Intensiva a palavra final (RUARK & RAFFIN, 1988).

A American Medical Association (AMA) publicou, em 1986, o “Judicial Council”, com diretrizes gerais sobre a omissão e/ou retirada do suporte de vida, apontando a escolha do paciente prevalecendo, nestes momentos de decisão (THOMASMA, 1993).

Para YOUNG (1992), entendendo o processo de vida como uma curva de X a Y, haveria um determinado momento nesta curva, denominado por ele de ponto Z, em que pode ser discernida a diferença entre tentar estender a vida (com significado, conforme definido pelo próprio paciente) e prolongar a morte (de um modo irracional e sem significado).

Reconhecidamente, identificar este ponto Z é difícil e três fatores, pelo menos, entram em sua determinação :

- a compilação de dados clínicos objetivos (radiografias, tomografias, etc., evidenciando que a doença está ganhando vantagem no processo);

- a avaliação subjetiva do próprio paciente, analisando os efeitos destrutivos de lutar, quando estes superam os benefícios da pura sobrevivência;

- a intuição do clínico, do paciente ou de ambos sobre o momento de mudar, de maneira que a qualidade de vida é vista como mais importante do que seu simples “prolongamento” e, desta forma “a morte pode ser encarada não mais como um inimigo a ser resistido, mas, em vez disso, como uma amiga a que se dê hospitalidade”.

YOUNG (1992) ainda aponta alguns princípios orientadores para ajudar o médico de Terapia Intensiva a tomar decisões éticas :

- **potencial de salvabilidade:** trata-se do fato de que nem todo paciente criticamente enfermo deve ser automaticamente admitido na UTI, mas, antes, deve ser considerada a probabilidade de seu retorno a um estado em que não haja ameaça a vida, através do uso de técnicas e procedimentos terapêuticos, capazes de atingir este objetivo.

Considerando esta diretriz, o autor ressalta que um momento decisivo é o de admissão do paciente na UTI e a análise dos recursos disponíveis para atender cada caso especificamente, tendo presentes os princípios abaixo descritos, que englobam os quatro princípios básicos da Bioética:

- **preservar a vida :** princípio básico e norteador de toda ação médica;

- **beneficência (ou não-maleficência):** refere a obrigação de não causar dano; o médico deve pesar os riscos e benefícios dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos indicados, com o objetivo de não prejudicar o paciente, especialmente na UTI; é o critério mais antigo da ética médica e tem suas raízes no paradigma hipocrático da medicina; esta relação, entretanto, nem sempre pode ser obedecida (YOUNG, 1992; TERZI & SILVEIRA, 1996), especialmente quando as medidas agressivas de suporte de vida podem causar algum dano, em maior ou menor escala.

- **autonomia :** refere-se basicamente ao respeito pela pessoa como agente, com autodeterminação para tomar decisões a respeito do seu destino e assumir as responsabilidades que isto acarreta;

Este critério pode determinar uma alteração significativa na relação médico-paciente, emergindo, daí, uma relação não mais de sujeito (médico) e objeto (paciente), mas de sujeitos autônomos (médico e paciente); este princípio não dá a seus atores uma liberdade absoluta mas, antes, determina o quanto uma pessoa pode estar livre. Como citado por COHEN & MARCOLINO (1995), o exercício da autonomia está condicionado, basicamente, ao reconhecimento de sua existência (em si mesmo e no outro) e à necessidade de uma capacidade para exercê-la.

- **justiça** : pode ser compreendida como imparcialidade, de maneira a procurar distribuir recursos limitados igualmente, entre todos os que deles necessitam, dentro do limiar de elegibilidade; trata-se do princípio que obriga a garantir a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde; foi agregado à Bioética como parte da consciência da cidadania e luta pelo direito à saúde.

De qualquer maneira, administrar as situações específicas que se apresentam diariamente na UTI, relacionadas às questões éticas, parece ser uma das atividades mais desafiadoras para seus profissionais, do que mesmo o cumprimento de atividades eminentemente técnicas e especializadas, também diariamente solicitadas dos mesmos.

MORTE : “O grande sujeito ausente do discurso no século XX”-(Torres *et al.*, 1983)

A presente pesquisa não pretendeu examinar extensivamente a questão da morte, mas em se tratando de uma análise da UTI, acreditou-se serem importantes algumas colocações a respeito.

Como citado no título, segundo TORRES *at al.* (1983), a morte, no século XX, é o sujeito ausente no discurso.

Para HORTA (1993), a morte sempre existiu e existirá entre nós, porque morrer é parte integral da vida e da existência humana, tão natural e previsível como nascer. Na sociedade moderna, entretanto, ela se transformou num tema a ser evitado de todas as maneiras.

Para este mesmo autor, na sociedade tecnológica moderna, morrer é algo que acontece no hospital, muito freqüentemente numa UTI. A própria instituição hospitalar passou por transformações radicais neste século, decorrentes dos avanços tecnológicos e científicos da humanidade. Os processos de tratamento e cura passaram a ser prioritários às relações humanas que se estabeleciam com os pacientes, de tal forma que o paciente moribundo ameaça esta função primordial.

Dados sobre a questão da morte e sua relação com a PSICOLOGIA foram discutidos num seminário sobre “A PSICOLOGIA E A MORTE”, em maio de 1980, promovido pelo INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDOS E PESQUISAS PSICOSSOCIAIS e editados pela FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, em 1983, com o mesmo título.

Este seminário reuniu profissionais de várias especialidades que debateram, em sessões plenárias, principalmente, a atitude em relação à morte, destacando, entre outros, assuntos como a educação enquanto agente transformador de comportamentos, a situação dos doentes terminais e o papel desempenhado pelo contexto hospitalar. As conferências e plenárias deste seminário foram integralmente transcritas no livro citado no parágrafo acima e alguns dos participantes terão suas opiniões e posições citadas no corpo deste capítulo.

Para TORRES *et al.*(1983), coordenadoras do referido seminário, há um grande desencontro do homem com a morte, porque há nela uma aparente contradição: se a morte é considerada natural, porque promover tanto conflito, tanta resistência ?

Na verdade, a morte é considerada biologicamente natural, não porque é conforme a natureza, mas somente no sentido de que é universal, inevitável; o homem, por sua vez, como apontado pela autora, é um ser consciente de sua própria originalidade por destacar-se na natureza, mas, ao mesmo tempo, tem consciência de que um dia morrerá. Tais situações constituem-se dilemas a que está constantemente exposta a natureza humana.

Também a SOCIOLOGIA (OLIVEIRA, 1995) aponta para a ambigüidade representada na morte. Por um lado, ela é o fenômeno mais natural na existência humana, assim como a fome e a sexualidade, por exemplo; por outro lado, é também um fenômeno social e cultural e, portanto, relacionado à idade, cultura, classe social, religião, condições sócioeconômicas etc.; desta maneira, embora seja um acontecimento que atingirá a todos os homens indistintamente, ocorrerá sob a influência de situações sociais específicas determinadas, para cada um, por sua classe social, família, cultura, etc.

O lado institucional, bem como a realidade dos profissionais da área da saúde, também foi abordado no seminário citado.

Dentre os profissionais participantes deste evento, está Marcos Goursand de Araújo* que, em sua fala transcrita em TORRES *et al.*, 1983, enfatiza que os doentes terminais, fora de qualquer possibilidade terapêutica, trazem sérios problemas éticos à equipe médica e à família, especialmente determinados pelos tabus existentes, na medicina e na PSICOLOGIA, sobre a morte.

Observa-se que determinadas instituições e profissões parecem desenvolver uma onipotência em relação à morte, exemplificadas pelas UTIs e os profissionais que nela atuam, em que a primeira passa a ser, (como mencionado por Priscila Goursand de Araújo em fala, no referido seminário, transcrita em TORRES *et al.*, 1983), um “hotel - 10 estrelas destinado a prolongar a agonia do paciente e não sua vida”, já que, em muitos casos, não se

* - Bacharel em psicologia pela PUC de Minas Gerais; psicólogo pela PUC de Minas Gerais; doutor em psicologia pela PUC de São Paulo; professor de psicologia social e psicologia da comunicação na Universidade de Santa Catarina.

pode falar em *vida* daquele que se mantém atrelado a equipamentos sem nenhuma chance de recuperação e, sim, em *agonia*.

Como bem ressalta BYRNES (1993), a contemplação da morte evoca diferentes reações nas pessoas e, a partir delas, possibilidades de atuações e/ou intervenções também diferentes. O autor entende a morte não como um momento, mas como um processo.

Antes do desenvolvimento da ventilação mecânica ou de outros métodos de suporte avançado de vida, em certa medida, o diagnóstico da morte, ou mesmo a aceitação deste processo, era relativamente fácil. O advento desta tecnologia e o próprio desenvolvimento do conhecimento humano neste campo pressupõem uma nova dimensão nesta análise.

Para KÜBLER-ROSS (1985), o estudo de diferentes culturas em diferentes épocas indica que o homem sempre abominou a morte e provavelmente sempre a repelirá. Sob o ponto de vista psíquico, diz a autora, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos; para nosso inconsciente, é inaceitável imaginar um fim real para nossa vida. Acrescenta, ainda, que o homem não mudou e a morte ainda é vista como um acontecimento medonho, pavoroso, que evoca um medo universal, mesmo sabendo que já é possível dominá-la em vários níveis.

Em seus comentários a respeito da morte, afirma que os antigos rituais como, por exemplo, o morrer em casa, cercado por familiares, num local considerado seguro, amparado por pessoas e amigos, promoviam uma maior adaptação e maior segurança em relação à morte.

A sociedade, hoje, apresenta a morte como um tabu e qualquer discussão sobre ela é considerada mórbida e deve ser descartada da fala cotidiana; normalmente, ela é um processo solitário, mecânico e desumano, na medida em que, ao procurar por repouso, paz e dignidade, o paciente recebe transfusões, infusões, máquinas e traqueostomias que, segundo todos as que o rodeiam, deverão salvar sua vida e, mais tarde, se sobrar tempo, alguma atenção poderá ser dada à sua pessoa.

Uma grande questão apresentada pela autora indaga sobre a enorme ênfase dada à grande concentração de equipamentos, máquinas e parâmetros técnicos, que poderiam representar uma tentativa de rejeitar a morte iminente, apavorante e incômoda, que faz lembrar a falta de onipotência, as limitações, as falhas e, finalmente, a própria mortalidade.

Estamos nos tornando mais ou menos humanos ?

Para a autora, o paciente está sofrendo mais, talvez não fisicamente, mas emocionalmente; suas necessidades de afeto, respeito e autonomia não mudaram, mas o que parece ter mudado é a aptidão humana em satisfazê-las.

A medicina, considerada profissão humanitária, parece hoje mais uma despersonalizada ciência cuja finalidade é prolongar a vida, em vez de diminuir, aliviar e suavizar o sofrimento humano.

Uma visão de futuro, projetada por KÜBLER-ROSS (1985), nos dá conta de que, graças aos recursos tecnológicos, surge uma sociedade em que as pessoas são cada vez mais “mantidas vivas” por meio de máquinas, transplantes, computadores e todo tipo de controle das funções vitais. Grandes centros ganham popularidade pelo congelamento dos mortos, aguardando o dia em que a ciência e a tecnologia estejam tão desenvolvidas a ponto de promover seu descongelamento e sua devolução à vida e à sociedade, a qual poderá estar tão assustadoramente povoada que comissões especiais precisarão ser constituídas para decidir quantos poderão ser descongelados.

Uma possível saída é apresentada pela autora para a situação descrita acima. Só é possível mudar as coisas quando se começa a refletir sobre elas; é preciso refletir sobre a morte, o que não pode ser feito em massa, nem por computador, mas, sim, por cada ser humano individualmente.

Há, entretanto, posições diversas sobre as questões referentes à morte, como as apontadas por Miguel Chalub* (um dos profissionais participantes do seminário “A PSICOLOGIA E MORTE”, cuja fala em plenária foi transcrita em TORRES *et al.*, 1983). O

* - Graduado em medicina pela UERJ; graduado em filosofia pela UERJ; graduado em ciências sociais pela UERJ; graduado em psicologia pela Universidade Santa Úrsula; mestre em psiquiatria pela UFRJ; mestre em psicologia pela PUC do Rio de Janeiro; doutor em medicina psiquiátrica pela UFRJ; professor de psiquiatria e psicologia médica na UFRJ; médico psiquiatra do Manicômio Judiciário.

mesmo questiona o que é o prolongamento artificial da vida; para este profissional, qualquer intervenção médica é um prolongamento artificial da vida; evitar a manipulação do doente pela estrutura hospitalar é distorcer a função do hospital.

A “morte em casa”, cercada por parentes, abençoando os filhos, distribuindo sábios conselhos é, para o autor, uma visão “glamourizada” da morte, uma “morte à Hollywood”, que não existe porque ela será sempre sofrida.

Ainda, para este mesmo participante do seminário sobre “A PSICOLOGIA E A MORTE”, conforme fala transcrita em TORRES *et al.*, 1983, o “morrer em paz” só ocorre depois de esgotadas todas as possibilidades de se continuar vivo, quaisquer que sejam os recursos; não se pode abandonar o paciente e este tem que morrer lutando pela vida e os médicos ajudando este paciente a lutar.

Os doentes terminais de anos atrás diferem dos de hoje, graças aos avanços da ciência e da tecnologia, o que, para o autor, deve levar os profissionais da saúde à uma cuidadosa reflexão, já que a decisão de interromper os cuidados terminais de vida pode estar significando uma arrogância ao direito de decidir qual o momento de deixar uma pessoa morrer ,que, absolutamente, não temos.

O que se tem discutido, entretanto, não é a atribuição de medicamentos corretos a pacientes com toda possibilidade de sobrevida e, muito menos, a função precípua do médico de aproximar seu paciente da vida. Fala-se, sim, em qualidade de vida, em respeito à autonomia do paciente, em situações extremas de irreversibilidade de um padrão de vida saudável.

Obviamente, cuidados devem ser tomados por ocasião da análise da situação do paciente terminal, quando novas questões surgem referentes, por exemplo, à eutanásia, como os propostos por GAYLIN *et al.*(1988):

Se o poder da medicina sobre a vida pode ser usado igualmente para curar ou matar, o médico não é mais um profissional moral, mas ao invés disso, um técnico moralmente neutro.

... e a sua importância para a sociedade. A educação é o caminho para o desenvolvimento humano e social, e a escola é o espaço onde esse processo acontece. É fundamental que os educadores estejam preparados para lidar com os desafios da educação contemporânea, promovendo uma aprendizagem significativa e crítica. A formação docente deve ser contínua e atualizada, refletindo as mudanças sociais e tecnológicas. Além disso, é essencial fortalecer a parceria entre escola, família e comunidade para garantir o sucesso dos alunos. A avaliação deve ser utilizada como ferramenta para melhorar a qualidade do ensino e o desempenho dos estudantes. O compromisso ético dos profissionais da educação é fundamental para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa. A educação é um direito de todos e um dever de todos.

CAPÍTULO IV

4. CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

4.1. O município de Campinas

Como campo de investigação desta pesquisa foi escolhida a cidade de Campinas, localizada no estado de São Paulo, distante 99 km da capital (SP).

O município possui 907.996 habitantes (senso IBGE,1996). Abriga duas universidades, que oferecem, dentre as várias áreas do conhecimento, cursos de graduação e pós-graduação em Medicina, além de outras especialidades na área da saúde, sendo uma delas de caráter particular (Puccamp) e outra, estadual (Unicamp). Ambas mantêm Hospitais-Escola, havendo também, na cidade, um Hospital Geral mantido pela Rede Pública Municipal.

Trata-se, portanto, de um município que, entre outras especificidades, caracteriza-se por ser um centro de formação de mão-de-obra na área da saúde.

4.2. Os hospitais da pesquisa

Os hospitais estudados foram escolhidos dentre os hospitais da cidade, com a condição de que dispusessem de uma Unidade/Centro de Terapia Intensiva em sua estrutura.

Foram utilizados os termos “Unidade/Centro de Terapia Intensiva” por terem sido estes os termos encontrados nos diversos hospitais, sem que se fosse efetivamente observada uma diferenciação entre os mesmos (Unidade ou Centro), e este dado não foi objeto desta pesquisa.

Foram visitados 16 (dezesesseis) hospitais da cidade, entre os quais três hospitais especializados e três públicos (sendo dois universitários).

Os hospitais visitados possuem entre 18 e 403 leitos e UTI's de 3 a 17 leitos, constituídas por unidades para atendimento de pacientes adultos, com característica de “geral”, cirúrgica e/ou coronariana.

Os hospitais em cujas UTI's se aplicaram os questionários da pesquisa foram:

Casa de Saúde Campinas

Centro Médico de Campinas

Centrocor - Centro de Cardiologia e Reabilitação

Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Hospital e Maternidade Albert Sabin S/B

Hospital e Maternidade Celso Pierro (Puccamp)

Hospital Geral e Maternidade Madre Maria Theodora S/C Ltda.

Hospital Geral Santa Edwiges

Hospital Irmãos Penteado

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti

Hospital Samaritano de Campinas

Hospital Santa Tereza

Hospital Vera Cruz S/A

Instituto Cardiológico de Campinas

Maternidade de Campinas

Real Sociedade Portuguesa de Beneficência

5. METODOLOGIA

5.1. Desenho da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com caráter descritivo, feita por meio de estudos exploratórios com 60 (sessenta) médicos que atuam em Unidades/Centros de Terapia Intensiva de Hospitais do Município de Campinas (SP), conduzida no período de abril a junho de 1998, utilizando-se um questionário auto-aplicável, baseado num instrumento para aferir as atitudes de médicos sobre questões éticas, aplicado pela Sociedade Européia de Terapia Intensiva, publicado em 1990 (VINCENT, 1990).

5.2. Objetivos

Objetivo geral

O objetivo deste trabalho foi coletar, com os médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, opiniões e critérios pessoais usados na aplicação de técnicas de suporte avançado de vida em pacientes dessas Unidades, entendendo por critérios pessoais aqueles que envolvem uma dimensão de juízo e valores próprios de cada um.

Esperou-se estabelecer um paralelo entre as atitudes efetivamente tomadas pelos médicos e aquelas atitudes consideradas “ideais” por estes mesmos profissionais, de maneira a verificar a existência, ou não, de uma relação de coincidência entre as duas.

Pretendeu-se, ainda, levantar dados e discutir o ensino médico no que se refere a questões éticas e bioéticas inseridas, ou não, em discussões nos cursos de formação médica (graduação e/ou residência).

Por tratar-se de tema bastante polêmico e cuja literatura não é muito extensa em nosso meio, espera-se que este dados gerem condições promotoras de uma discussão entre estes próprios médicos (e, talvez, na própria sociedade) sobre os critérios para a utilização de técnicas de suporte avançado de vida, em pacientes de Terapia Intensiva.

Objetivos específicos

◆ Identificar os procedimentos habituais (atitudes reais) dos médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva e compará-los aos procedimentos considerados ideais (atitudes ideais) nos aspectos referentes a:

- * critérios de admissão de pacientes em UTI;
- * utilização de técnicas e equipamentos de suporte avançado de vida nestes pacientes;
- * decisão sobre cuidados terminais em pacientes de UTI.

◆ Identificar as opiniões dos médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva a respeito de:

- * consentimento informado do paciente de UTI;
- * assuntos éticos e bioéticos inseridos em discussões durante o processo de formação profissional do médico que atua em UTI;
- * expectativas de atitudes (relacionadas a si próprio) em Terapia Intensiva.
- * conceito de qualidade de vida;
- * motivação para a escolha profissional (trabalho em UTI);
- * aspectos da legislação brasileira relacionados à manutenção da vida em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva.

◆ Levantar e priorizar as principais dificuldades dos médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva no exercício diário de sua atividade.

◆ Levantar, com estes profissionais, opiniões a respeito da relação entre suas condições de trabalho e sua vida pessoal, familiar e social, além de sua opinião sobre “Deus” e sobre o que imagina ocorrer após a morte.

5.3. Descrição da população estudada

Os médicos que atuam em Unidades/Centros de Terapia Intensiva, considerados como sujeitos desta pesquisa, constituíram um grupo de 60 (sessenta) pessoas, com idade entre 26 e 61 anos, sendo 75 % do sexo masculino e 63,5%, casados.

Cerca da metade deste grupo (45,5%) não possui filhos e seus integrantes possuem de 02 a 38 anos de formação em medicina (com maior incidência entre 06 a 10 anos - 39 %). Quarenta e um deles (68,5%) professam a religião católica, embora 67,5% se digam não praticantes.

A primeira especialidade destes profissionais (residência médica: 1) divide-se entre clínica médica (37,5 %) e cirurgia geral (23 %), sendo que 71 % deles não possuem residência médica em Terapia Intensiva e cerca de metade (55 %) não possui título de especialista nesta área.

A maioria (78 %) está filiada a entidades de classe médica, sendo citadas a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Associação Paulista de Medicina (APM), Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas (SMCC) e Sociedade Paulista de Terapia Intensiva (SOPATI), entre outras.

Possuem de zero a mais de vinte anos de experiência em Terapia Intensiva, com maior incidência entre 5 e 9 anos (43,5%), dedicando de 10 a 100 % do tempo de sua atividade profissional à Terapia Intensiva, com maior incidência de 20 a 33 % (38,5%), trabalhando desde em 1 hospital (57 %) até 6 hospitais diferentes (1,5%).

Dos médicos pesquisados, 57 % deles exercem atividade de consultório entre 6 e 40 horas semanais, com maior incidência entre 10 e 18 horas (46,5 %). Já a atividade docente é exercida por 25 % deles, entre 6 e 40 horas semanais, com maior incidência entre 18 e 40 horas (58%). Atividades de pesquisa são exercidas por 33 % dos médicos pesquisados, entre 4 e 40 horas semanais (92 %).

Os dados acima citados encontram-se nas tabelas seguintes.

1. Caracterização dos sujeitos

Idade : variando entre 26 e 61 anos

Total de respostas : 60

idade	frequência	percentual
26 - 30	19	31,5 %
31 - 35	21	35 %
36 - 40	10	16,5 %
41 - 45	8	13,5 %
46 - 61	2	3,5 %
Total	60	100 %

Sexo : 75 % masculino

25 % feminino

Estado civil :

Total de respostas : 58

Respostas perdidas : 02

estado civil	frequência	Percentual
casado	37	63,5 %
solteiro	19	32,5 %
divorciado	01	1,5 %
outros (*)	01	1,5 %
Total	58	100 %

(*) - separado

Número de filhos :

Total de respostas : 55

Respostas perdidas : 05

n* filhos	freqüência	Percentual
0	25	45,5 %
1	12	22 %
2	12	22 %
3	3	5,5 %
4	3	5,5 %
Total	55	100 %

Ano de término da graduação:

Total de respostas : 59

Respostas perdidas : 01

tempo de formação : entre 38 e 02 anos

tpo formação	freqüência	percentual
38 a 16 anos	10	17 %
11 a 15 anos	14	23,5%
06 a 10 anos	23	39%
02 a 05 anos	12	20,5 %
Total	59	100 %

Religião:

Total de respostas : 60

religião	frequência	percentual
católica	41	68,5 %
protestante	6	10 %
nenhuma	4	6,5 %
agnóstico/ateu	3	5 %
outras (**)	6	10 %
Total	60	100 %

(**) - budista - 1

espírita - 3

espírita kardecista - 1

evangélico - 1

Prática religiosa:

Total de respostas : 49

Respostas perdidas : 11

prática relig	frequência	percentual
não	33	67,5 %
sim	16	32,5 %
Total	49	100 %

Residência médica 1:

Total de respostas : 56

Respostas perdidas : 04

Area	freqüência	percentual
anestesiologia	2	3,5%
cardiologia	11	19,5%
clín. médica	21	37,5%
cir. card. vasc	1	2%
cir. geral	13	23%
hematologia	11	2%
infectologia	2	3,5%
med. interna	2	3,5%
neurocirurgia	1	2%
neurologia	2	3,5%
Total	56	100%

Residência médica em Terapia Intensiva:

Total de respostas : 59

Respostas perdidas : 01

residênc.UTI	frequência	percentual
não	42	71 %
sim	17	29 %
Total	59	100 %

Título de especialistas em Terapia Intensiva:

Total de respostas : 60

tit. espec. UTI	frequência	percentual
não	33	55 %
sim	27	45 %
Total	60	100 %

Filiação a entidades de classe médica:

Total de respostas: 59

Respostas perdidas : 01

fil. ent. cl. méd.	frequência	percentual
sim	46	78 %
não	13	22 %
Total	59	100 %

Principais entidades de filiação :

ent. filiação	freqüência
AMIB	14
APM	11
SMCC	10
SOPATI	7

Experiência em UTI (número de anos de trabalho)

Total de respostas : 60

n° anos	freqüência	percentual
0 a 4	18	30 %
5 a 9	26	43,5 %
10 a 14	10	16,5 %
15 a 18	5	8,5 %
+ 20	1	1,5 %
Total	60	100 %

Proporção do trabalho em UTI na atividade profissional:

Total de respostas: 60

% UTI/trab.	frequência	percentual
de 10 a 15%	6	10%
de 20 a 33%	23	38,5%
de 40 a 60%	15	25%
de 65 a 100%	16	26,5%
Total	60	100%

N* de hospitais em que trabalha:

Total de respostas: 60

n* hosp.	frequência	percentual
1	34	57%
2	17	28,5%
3	7	11,5%
4	1	1,5%
6	1	1,5%
Total	60	100%

2. Atividade profissional

Atividade de consultório:

Total de respostas : 58

Respostas perdidas : 02

ativ. consult	frequência	percentual
sim	33	57 %
não	25	43 %

Número de horas semanais de atividade de consultório:

Total de respostas : 30

hs. sem. con.	frequência	percentual
6 a 9	4	13,5 %
10 a 18	14	46,5 %
20 a 40	12	40 %

Atividade docente:

Total de respostas: 56

Respostas perdidas : 04

ativ. docen	Frequência	percentual
não	42	75 %
sim	14	25 %

N* horas semanais de atividade docente:

Total de respostas: 12

hs.sem.doc	frequência	percentual
6 a 12	5	42 %
18 a 40	7	58 %

Atividade de pesquisa:

Total de respostas: 52

Respostas perdidas : 08

ativ. pesq.	frequência	percentual
não	35	67 %
sim	17	33 %

N* de horas semanais de atividade de pesquisa:

Total de respostas : 13

hs.sem pes	frequência	percentual
4 a 10	6	46 %
12 a 40	6	46 %
72	1	8 %

Comparados tais dados aos dados da pesquisa realizada na Sociedade Européia de Terapia Intensiva (VINCENT, 1990), cujo instrumento utilizado foi base para o presente estudo, observa-se que cerca de 41 % daquela população tem menos de 40 anos de idade, enquanto 83 % da população desta pesquisa têm menos de 40 anos de idade, ou seja, uma população bem mais jovem. Em relação à especialidade médica primária da pesquisa inicial, mais de 53 % a possuem em Anestesiologia, enquanto que, nesta pesquisa, somente 3,5 % têm habilitação nesta especialidade. O tempo de experiência em Terapia Intensiva da primeira pesquisa varia entre 4 e 10 anos, sendo que 64,5 % possuem entre 10 e mais anos de experiência, enquanto que, pelos dados desta última, 26,5% possuem este mesmo tempo de experiência na área.

Dos sujeitos da pesquisa européia, mais de 46 % dedicam mais de 75% de sua atividade profissional à Terapia Intensiva, enquanto que dos sujeitos desta pesquisa, apenas 26,5% dedicam entre 65 e 100 % de sua atividade profissional a esta área.

Os dados anteriormente citados encontram-se no quadro abaixo:

Comparação de dados demográficos entre pesquisa da Sociedade Européia de Terapia Intensiva e a presente pesquisa:

dados demográficos	Sociedade Européia TI	dados desta pesquisa
idade	< 40 anos = 41 %	< 40 anos = 83 %
especialidade médica	anestesiologia = 53 %	anestesiologia = 3,5 %
tempo experiência UTI	10 anos ou + = 64 %	10 anos ou + = 26,5%
% ativid profiss em UTI	> 75 % = 46 %	65 a 100 % = 26,5 %

5.4. Amostragem

Os sujeitos desta pesquisa são médicos que atuam em Unidades/Centros de Terapia Intensiva de Hospitais do Município de Campinas (SP).

Pelas informações obtidas com os responsáveis pelas unidades pesquisadas (número de médicos em cada uma das unidades), o universo destes profissionais neste município perfaz cerca de 100 (cem) “postos de ocupação”, ou seja, nos hospitais pesquisados há este total de “vagas” para médicos atuarem em Terapia Intensiva.

Sabe-se, entretanto, pelo contato com estes profissionais, pela especificidade desta ocupação, além dos próprios dados desta pesquisa, que estes postos de trabalho podem ser preenchidos pelo mesmo profissional em diferentes Instituições, de maneira que não há uma correspondência exata entre o número de vagas e o número de profissionais.

Por tratar-se de um tema de natureza polêmica, que envolve as idiosincrasias dos sujeitos da pesquisa, e, portanto, passível de uma eventual recusa, optamos por encaminhar o questionário a todos os profissionais de todos os hospitais visitados, garantindo as mais absolutas condições de sigilo possíveis, na expectativa da obtenção de pelo menos 60 (sessenta) respostas, numa amostra de conveniência. Desta forma, foi enviado um total de 178 (cento e setenta e oito) questionários.

Deu-se o prazo inicial de uma semana para recolhimento dos questionários preenchidos, findo o qual foram realizados dois contatos telefônicos até o recolhimento dos mesmos, sendo considerados perda, para efeito de pesquisa, os não devolvidos neste prazo.

Foram devolvidos 61 questionários, sendo que, em um deles, devolvido em branco, havia uma anotação por escrito formalizando a recusa em participar da pesquisa.

5.5. Instrumento da pesquisa

Qualquer método para coleta de dados é somente uma “aproximação” do conhecimento se considerarmos, especificamente, a área das ciências humanas, em que a grande maioria dos conceitos não é matematicamente quantificável (NEUMAN, 1997). Desta forma, optou-se por uma pesquisa de campo caracterizada por um estudo descritivo, considerando os sujeitos a serem pesquisados e a natureza dos dados a serem conhecidos.

Cada forma isolada de pesquisa traz consigo uma série de limitações, especialmente se utilizadas isoladamente. O questionário escrito não foge a esta condição e, para efeito de acréscimo de dados pesquisados, o mesmo poderia ser associado a outras formas de investigação, como a entrevista, por exemplo. Ocorre, entretanto, que as características dos sujeitos desta pesquisa (médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva) e suas condições de trabalho (horários nem sempre previstos, intervenções urgentes a serem efetivadas, locais diversos de trabalho) não nos permitiram esta ampliação. Por outro lado, procuramos inserir, no instrumento, 04 (quatro) questões abertas, de maneira a favorecer a colocação de opiniões a respeito do nível de motivação para a escolha do trabalho em UTI, da influência deste trabalho na dinâmica de vida familiar, além de sua opinião sobre “Deus” e sobre o que imagina acontecer depois da morte.

Para aferição dos dados descritos nos objetivos, aplicou-se um questionário (Anexo I) adaptado pela autora a partir do “Questionário sobre Atitudes Européias sobre problemas Éticos em Terapia Intensiva : resultados de um questionário ético” (Anexo II), aplicado em membros da Sociedade Européia de Terapia Intensiva, sob coordenação do Prof.Dr.J.L.Vincent (Department of Intensive Care, Erasme University Hospital, Free University of Brussels, Bélgica), publicado na revista Intensive Care Medicine (VINCENT, 1990).

Esta adaptação foi feita a partir da tradução cruzada do referido instrumento (Anexo III), com modificações e acréscimo de questões pertinentes aos objetivos pretendidos; tal adaptação foi realizada incluindo sugestões dadas por médicos que atuam na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), coletadas em entrevistas com alguns destes médicos, escolhidos numa amostra de conveniência.

Versões intermediárias do questionário foram apresentadas a alguns médicos da Unidade referida acima, num total de três profissionais, até que se chegasse à forma final; tanto na fase anterior quanto nesta última, de adaptação, os médicos contatados foram devidamente esclarecidos a respeito do propósito do trabalho e da importância de suas sugestões, havendo plena concordância de todos.

Esta fase teve como objetivo aprimorar o instrumento proposto, não se caracterizando, efetivamente, como “projeto piloto”.

Por meio de contato pessoal ou telefônico mantidos pela autora com os responsáveis pelas Unidades de Terapia Intensiva dos Hospitais escolhidos, solicitou-se o número de médicos que ali atuavam, sendo entregue a este responsável os questionários suficientes.

Cada questionário foi acompanhado por uma carta explicativa (Anexo IV), garantindo o sigilo das informações, destacando seus objetivos e a relevância que atribuíamos ao projeto.

O questionário utilizado incluía, além dos dados pessoais e sobre atividades profissionais, a caracterização do(s) hospital (is) em que os profissionais exerciam suas atividades em UTI, com a possibilidade de descrição de um único hospital, até quatro deles.

Seguiram-se as questões pertinentes aos objetivos propostos.

5.6. Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de um questionário auto-aplicável, que foi distribuído aos responsáveis pela Unidades de Terapia Intensiva de Hospitais do Município de Campinas (SP).

Acompanhava o questionário uma carta explicativa, que tinha por objetivo esclarecer os objetivos da pesquisa, garantir o sigilo das respostas, além de destacar a relevância que atribuíamos ao projeto.

A entrega do material aos médicos responsáveis pelas Unidades foi feita durante uma visita previamente agendada com a autora, em data e horário mais propícios àquele profissional, em sua própria Unidade de trabalho.

As condições desta visita obedeceram às especificidades próprias da área, como demora no atendimento em função de procedimentos que estavam sendo efetuados pelo profissional ou interrupções eventuais pela mesma razão, entre outras.

De qualquer forma, entretanto, todos os profissionais se mostraram bastante solícitos no atendimento da visita e empenhados em promover condições para que os questionários fossem preenchidos, enfatizando, entretanto, as dificuldades que acreditavam que poderiam advir, considerando a natureza do tema e as dificuldades de horários dos profissionais (nem sempre fixos e em dias alternados).

Em todos os momentos em que mantivemos contato com estes profissionais, esta disposição sempre esteve presente, até o momento de devolução do material.

RESULTADOS / COMENTÁRIOS E DISCUSSÃO

De acordo com os objetivos gerais e específicos desta pesquisa, foram coletados dados a respeito das opiniões e/ou atitudes reais dos médicos que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva, além das atitudes ideais dos mesmos em relação à sua prática diária de trabalho, em diversas circunstâncias que lhes foram apresentadas.

Inicialmente, estão descritos os dados coletados a respeito das atitudes reais e ideais tomadas pelos profissionais; posteriormente, segue-se a análise estatística entre atitudes reais e ideais.

Estabeleceu-se um paralelo entre as atitudes efetivamente tomadas pelos médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva em diferentes situações características deste tipo de trabalho e aquelas atitudes consideradas “ideais” por estes mesmos profissionais, de maneira a verificar a existência, ou não, de uma relação de coincidência entre as duas.

Formularam-se questões que permitiam ao respondente dizer o que realmente fazia em determinadas situações e, em seguida, solicitava-se que o mesmo respondesse o que achava que deveria ser feito, na mesma situação.

As questões que permitiram uma análise estatística comparativa foram as de número 01 e 02 (critérios para admissão de pacientes em UTI), 03 e 04 (utilização de técnicas de suporte avançado de vida) e 06 e 07 (decisão sobre cuidados terminais em pacientes de UTI), sendo feita a comparação entre cada uma das propostas de cada uma das questões.

Cada uma das indagações do questionário aplicado foi analisada conforme os dados seguintes:

Critérios para a admissão de pacientes em UTI:

Os critérios para a admissão de pacientes em UTI foram pesquisados na questão 01 e 02 (Q1 e Q2), considerando-se três possibilidades: o critério pessoal do médico que atua em Terapia Intensiva, o critério do médico assistente, que encaminha o paciente para a Terapia Intensiva, e o critério do próprio paciente e/ou familiares deste.

Além disso, outras três possibilidades foram consideradas: a admissão de pacientes sem expectativas de sobrevida por mais de poucas semanas; de pacientes com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida será muito pobre, de acordo com a opinião do médico respondente e, finalmente, a admissão de pacientes com chances limitadas de sobrevida (ou baixo índice prognóstico, se calculado).

Para as mesmas circunstâncias propostas foram solicitadas as atitudes reais e as atitudes consideradas ideais pelo profissional.

Os resultados são os seguintes:

01. VOCE FREQUENTEMENTE ADMITE NA UTI (ATTITUDE REAL) O PACIENTE:	a seu critério (freq./porc.) (*)		a critério do médico assist.		a critério do pac.e/ou família	
	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO
a. sem expectativas de sobrevida por mais de poucas semanas;	34 38 %	21 62 %	43 81 %	10 19 %	23 46 %	27 54 %
b. com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida será muito pobre, de acordo com sua opinião;	51 89,5 %	6 10,5 %	50 94,5 %	3 5,5 %	31 62 %	19 38 %
c. com chances limitadas de sobrevida (ou baixo índice prognóstico, se calculado);	43 75,5 %	14 24,5 %	45 85 %	8 15 %	25 50 %	25 50 %

(*) em cada campo estão expressas as frequências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas, para efeito da pesquisa.

02- VOCE PENSA QUE DEVERIAM SER ADMITIDOS NA UTI (ATTITUDE IDEAL) OS PACIENTES:	a seu critério (freq./porc.) (*)		a critério do médico assist.		a critério do pac. e/ou familia	
	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO
a. sem expectativas de sobrevida por mais de poucas semanas;	10 17%	48 83%	21 42%	29 58%	11 21,5%	40 78,5%
b. com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida será muito pobre, de acordo com sua opinião;	44 76%	14 24%	35 70%	15 30%	23 46%	27 54%
c. com chances limitadas de sobrevida (ou baixo índice prognóstico, se calculado).	35 60,5%	23 39,5%	35 68,5%	16 31,5%	20 40%	30 60%

(*) em cada campo estão expressas as frequências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas, para efeito da pesquisa.

Em relação às atitudes reais tomadas pelos respondentes, podem-se tecer os comentários abaixo:

01. Os dados coletados mostram que 62 % dos médicos pesquisados não admitem pacientes na UTI sem expectativa de sobrevida por mais de poucas semanas, considerando seus critérios pessoais, e 54 % deles também não o fazem, considerando critérios do paciente e/ou familiares deste. Dos pesquisados, entretanto, 81 % acabam por admitir pacientes nesta circunstância, quando o critério considerado é o do médico assistente, embora acredite que esta não seja uma atitude que deveria ser tomada, como será analisado na relação de concordância entre atitudes reais e ideais.

02. Dos pesquisados, 89,5 % afirmam que admitem pacientes com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida será muito pobre, de acordo com sua opinião, em seu critério pessoal, aumentando para 94,5 % a porcentagem de quem adota esta atitude, quando considerado o critério do médico assistente. Esta porcentagem diminui, entretanto, para 62 %, se o critério considerado é o do paciente e/ou seus familiares.

03. Ao se tratar de pacientes com chances limitadas de sobrevida (ou baixo índice prognóstico, se calculado), 75,5 % dizem que os admitiriam, considerando seu critério pessoal, subindo para 85 % se o critério adotado é o do médico assistente. Se for considerado o critério do paciente e/ou familiares, a população pesquisada se divide entre 50 % para os que adotam ou não esta atitude.

04. Em relação a estes resultados, podemos observar uma mudança de atitude quanto à admissão de pacientes considerando os critérios pessoais e os do paciente e/ou seus familiares, relacionados aos do médico assistente, havendo um predomínio dos critérios deste último profissional, em qualquer circunstância, de admissão de pacientes em UTI.

05. Outra observação, que pode ser pertinente, refere-se à consideração dada aos critérios do próprio paciente e/ou seus familiares, bem como ao índice prognóstico, se calculado, já que tanto em relação a seu critério pessoal, quanto ao do médico assistente, este dado parece não interferir em sua atitude de admissão de pacientes com chances limitadas de sobrevida ou baixo índice prognóstico, se calculado.

06. O conceito de qualidade de vida também parece não interferir nos critérios para admissão de pacientes em UTI, já que, se houver possibilidade de vida por vários anos, a qualidade de vida, embora citada como muito pobre na questão, não é considerada como fator restritivo à admissão de pacientes em UTI, em nenhum dos critérios adotados. A consideração da sobrevida parece ser mais determinante do que o conceito de qualidade de vida.

Esta constatação nos remete à citação de YOUNG (1992) que se refere à adoção, por parte dos médicos em geral, do princípio moral de preservar a vida, independentemente de suas condições, ou como diria KÜBLER-ROSS (1985), do conceito do que é vida. Embora o conceito de qualidade de vida esteja sendo objeto de discussão, nos dias atuais, verifica-se a necessidade da ampliação de tal discussão, de maneira a torná-la, possivelmente, um parâmetro nas decisões referentes a pacientes de Terapia Intensiva.

07. Ao compararmos os dados da Sociedade Européia de Terapia Intensiva (VINCENT, 1990) com os dados coletados nesta pesquisa, observa-se que a mesma

porcentagem (89 %) admite pacientes com possibilidade de sobrevida por vários anos, mas com qualidade de vida muito pobre, na opinião do médico de UTI.

Com chances limitadas de sobrevida, ou baixo índice prognóstico, se calculado, as porcentagens dos critérios de admissão se assemelham, sendo 83,5 % na Sociedade Européia e 75,5 % nesta pesquisa.

08. Considerando-se a segunda questão do instrumento de pesquisa, que se refere à atitude ideal do respondentes, ou seja, aquela que ele considerou ser a melhor atitude a ser tomada nas circunstâncias propostas, observa-se que existe uma diferença significativa entre praticamente todas as repostas dadas como atitudes reais e atitudes ideais. Esta discordância será melhor evidenciada na análise estatística apresentada posteriormente.

09. A porcentagem de respostas afirmativas para a admissão de pacientes sem expectativas de sobrevida por mais de pouca semanas, como atitude ideal, é significativamente mais alta do que as apontadas nas atitudes reais, o que parece refletir o apontado por YOUNG (1992) quando da criação das Unidades de Terapia Intensiva, por volta de 1960, em que se imaginava que todos poderiam ter acesso a todos os benefícios desta nova unidade de trabalho, indeterminada e indiscriminadamente.

10. Observa-se que não há uma unanimidade nos critérios para admissão de pacientes em UTI, além do que, estes mesmos critérios diferem entre si quando os parâmetros adotados são os critérios pessoais do médico da UTI, os do médico assistente ou os dos próprios pacientes e/ou familiares. Estes dados corroboram as afirmações de YOUNG (1992), que falam da necessidade de que os critérios para admissão de pacientes na UTI sejam claramente discutidos e definidos pela sua equipe e parece ser interessante que haja, nesta mesma equipe, uma disposição constante e favorável para a análise das condições do paciente à luz de princípios éticos e bioéticos.

11. Segundo THOMASMA (1993), os médicos que agem para preservar a vida fazem-no baseados em seus próprios conceitos do que acreditam ser certo e bom, estabelecendo seus próprios limites de esforço na doença e na morte. Esta afirmação pode ser confirmada quando se verifica, nos dados desta pesquisa, a diferença de critérios para a

admissão de pacientes em UTI, tanto entre critérios pessoais, critérios do médico assistente e critérios do paciente e/ou familiares, além da diferença entre as atitudes reais e as consideradas ideais por estes profissionais.

ANÁLISE ESTATÍSTICA DA CONCORDÂNCIA DE RESPOSTAS ENTRE AS VARIÁVEIS QUE DESCREVEM O REAL E O IDEAL

Como medida de concordância entre o real e o ideal, foi aplicado o coeficiente Kappa. Este coeficiente representa excelente concordância, quando é maior que 0,75; se o seu valor está entre 0,40 e 0,75 a concordância é boa e se está abaixo de 0,40, é ruim.

Critérios para admissão de pacientes em UTI (questões 01 e 02):

Questão 1 (atitude real) X Questão 2 (atitude ideal)

01. Admissão de pacientes sem expectativas de sobrevida por mais de poucas semanas.

a) Critério pessoal: (Coeficiente de Kappa = 0,529)

62 % não admitem e acham que não deveriam admitir

20 % admitem e acham que não deveriam admitir

18 % admitem e acham que deveriam admitir

00 não admitem e acham que deveriam admitir

Total de respostas : 55

Respostas perdidas : 05

Q2a (ideal) →

Q1a (real) ↓

frequência percentual	não	sim	Total
não	34 62%	0 0,00	34 62%
sim	11 20%	10 18%	21 38%
Total	45 82%	10 18%	55 100%

Coeficiente Kappa = 0,529

Pela tabela acima, comparando-se as respostas obtidas no item "a" das questões 01(Q1a) e 02(Q2a), ou seja, admissão de pacientes em UTI sem expectativas de sobrevivência por mais de poucas semanas, considerando-se seu critério pessoal de atuação, observa-se um coeficiente Kappa de 0,529, o que indica uma concordância boa entre o que realmente é feito pelo respondente e o que ele pensa ser a atitude ideal.

Observa-se que 62 % dos respondentes não admitem pacientes na UTI nas circunstâncias descritas e acreditam que não deveriam idealmente admiti-los (não x não); 20 % dos sujeitos admitem realmente pacientes em tais circunstâncias, embora idealmente acreditem que não deveriam admiti-los (sim x não).

b) Critério do médico assistente: (Coeficiente de Kappa = 0,202)

42 % admitem e acham que não deveriam admitir

40 % admitem e acham que deveriam admitir

16 % não admitem e acham que não deveriam admitir

2 % não admitem e acham que deveriam admitir

Total de respostas : 50

Respostas perdidas : 10

Q2a (ideal) →

Q1a (real) ↓

frequência percentual	não	sim	Total
não	8 16%	1 2%	9 18%
sim	21 42%	20 40%	41 82%
Total	29 58%	21 42%	50 100%

Coefficiente Kappa = 0,202

Pela tabela acima, comparando-se as respostas obtidas no item "a" das questões 01 (Q1a) e 02 (Q2a), ou seja, admissão de pacientes em UTI sem expectativas de sobrevivência por mais de poucas semanas, considerando-se o critério do médico assistente de atuação, observa-se um coeficiente Kappa de 0,202, o que indica uma concordância ruim entre o que realmente é feito pelo respondente e o que ele pensa ser a atitude ideal.

Observa-se que 42 % dos respondentes admitem pacientes na UTI nas circunstâncias descritas, embora acreditem que não deveriam idealmente admiti-los (sim x não).

c) Critério do paciente e/ou familiares: (Coeficiente de Kappa = 0,409)

51 % não admitem e acham que não deveriam admitir

26,5 % admitem e acham que não deveriam admitir

20,5 % admitem e acham que deveriam admitir

2 % não admitem e acham que deveriam admitir

Total de respostas : 49

Respostas perdidas : 11

Q2a (ideal) →

Q1a (real) ↓

freqüência percentual	não	sim	Total
não	25 51%	1 2%	26 53%
sim	13 26,5%	10 20,5%	23 47%
Total	38 77,5%	11 22,5%	49 100%

Coefficiente Kappa = 0,409

Pela tabela acima, comparando-se as respostas obtidas no item "a" das questões 01 (Q1a) e 02 (Q2a), ou seja, admissão de pacientes em UTI sem expectativas de sobrevivência por mais de poucas semanas, considerando-se o critério do paciente e/ou familiares, observa-se um coeficiente Kappa de 0,409, o que indica uma concordância boa entre o que realmente é feito pelo respondente e o que ele pensa ser a atitude ideal.

Observa-se que mais da metade (51 %) dos respondentes não admitem pacientes na UTI nas circunstâncias descritas e acreditam que não deveriam idealmente admiti-los (não x não). Entretanto, 26,5 % acabam por admitir pacientes nas circunstâncias previstas, a critério do próprio paciente e/ou familiares, embora idealmente achem que não deveriam fazê-lo (sim x não).

02. Admissão de pacientes com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida será muito pobre, de acordo com sua opinião.

a) Critério pessoal: (Coeficiente de Kappa = 0,296)

72 % **admitem e acham que deveriam admitir**

17,5 % admitem e acham que não deveriam admitir

7 % não admitem e acham que não deveriam admitir

3,5 % não admitem e acham que deveriam admitir

Total de respostas : 57

Respostas perdidas : 03

Q2b (ideal) →

Q1b (real) ↓

freqüência percentual	não	sim	Total
não	4 7%	2 3,5%	6 10,5%
sim	10 17,5%	41 72%	51 89,5%
Total	14 24,5%	43 75,5%	57 100%

Coeficiente Kappa = 0,296

Pela tabela acima, comparando-se as respostas obtidas no item “b” das questões 01(Q1b) e 02(Q2b), ou seja, admissão de pacientes em UTI com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida será muito pobre de acordo com sua opinião e, considerando-se seu critério pessoal de atuação, observa-se um coeficiente Kappa de 0.296, o que indica uma concordância ruim entre o que realmente é feito pelo respondente e o que ele pensa ser a atitude ideal.

Embora 72 % dos respondentes admitam pacientes na UTI nas circunstâncias descritas e acreditam que deveriam idealmente admiti-los (sim x sim), 17,5 % dos sujeitos admitem realmente pacientes em tais circunstâncias, embora idealmente acreditem que não deveriam admiti-los (sim x não). Além disso, 3,5 % dos profissionais não admitem pacientes em tais circunstâncias, embora acreditem que devam admiti-los.

b) Critério do médico assistente: (Coeficiente de Kappa = 0,051)

68 % admitem e acham que deveriam admitir

28 % admitem e acham que não deveriam admitir

2 % não admitem e acham que não deveriam admitir

2 % não admitem e acham que deveriam admitir

Total de respostas : 50

Respostas perdidas : 10

Q2b (ideal) →

Q1b (real) ↓

frequência percentual	não	sim	Total
não	1 2%	1 2%	2 4%
sim	14 28%	34 68%	48 96%
Total	15 30%	35 70%	50 100%

Coefficiente Kappa = 0,051

Pela tabela acima, comparando-se as respostas obtidas no item “b” das questões 01(Q1b) e 02(Q2b), ou seja, admissão de pacientes em UTI com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida será muito pobre de acordo com sua opinião, e considerando-se o critério de atuação do médico assistente, observa-se um coeficiente Kappa de 0,051, o que indica uma concordância ruim entre o que realmente é feito pelo respondente e o que ele pensa ser a atitude ideal.

Embora 68 % dos respondentes admitam pacientes na UTI nas circunstâncias descritas e acreditem que deveriam idealmente admiti-los (sim x sim), 28 % dos sujeitos admitem realmente pacientes em tais circunstâncias, embora idealmente acreditem que não deveriam admiti-los (sim x não).

c) Critério do paciente e/ou familiares: (Coeficiente de Kappa = 0,598)

45 % admitem e acham que deveriam admitir

34,5 % não admitem e acham que não deveriam admitir

18,5 % admitem e acham que não deveriam admitir

2 % não admitem e acham que deveriam admitir

Total de respostas : 49

Respostas perdidas : 11

Q2b (ideal) →

Q1b (real) ↓

frequência percentual	não	sim	Total
não	17 34,5%	1 2%	18 36,5%
sim	9 18,5%	22 45%	31 63,5%
Total	26 53%	23 47%	49 100%

Coeficiente Kappa = 0,598

Pela tabela acima, comparando-se as respostas obtidas no item “b” das questões 01(Q1b) e 02(Q2b), ou seja, admissão de pacientes em UTI com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida será muito pobre de acordo com sua opinião, e considerando-se o critério do paciente e/ou familiares, observa-se um coeficiente Kappa de 0,598, o que indica uma concordância boa entre o que realmente é feito pelo respondente e o que ele pensa ser a atitude ideal.

Observa-se uma divisão entre a admissão, ou não, de pacientes nas circunstâncias citadas, onde 34,5 % não admitem e acham que não deveriam fazê-lo (não x não), enquanto 45 % admitem estes mesmos pacientes e acham que deveriam fazê-lo (sim x sim).

03. Admissão de pacientes com chances limitadas de sobrevida (ou baixo índice prognóstico, se calculado)

a) critério pessoal: (Coeficiente de Kappa = 0,524)

58% **admitem e acham que deveriam admitir**

21 % **não admitem e acham que não deveriam admitir**

17,5 % **admitem e acham que não deveriam admitir**

3,5 % **não admitem e acham que deveriam admitir**

Total de respostas : 57

Respostas perdidas : 03

Q2c (ideal) →

Q1c (real) ↓

freqüência percentual	não	sim	Total
não	12 21%	2 3,5%	14 24,5%
sim	10 17,5%	33 58%	43 75,5%
Total	22 38,5%	35 61,5%	57 100%

Coefficiente Kappa = 0,524

Pela tabela acima, comparando-se as respostas obtidas no item “c” das questões 01(Q1c) e 02(Q2c), ou seja, admissão de pacientes em UTI com chances limitadas de sobrevida (ou baixo índice prognóstico, se calculado) e, considerando-se seu critério pessoal de atuação, observa-se um coeficiente Kappa de 0,524, o que indica uma concordância boa entre o que realmente é feito pelo respondente e o que ele pensa ser a atitude ideal.

Dos respondentes, 58 % admitem pacientes na UTI nas circunstâncias descritas e acreditam que deveriam idealmente admiti-los (sim x sim); 17,5 % dos sujeitos admitem realmente pacientes em tais circunstâncias, embora idealmente acreditem que não deveriam admiti-los (sim x não). Além disso, 3,5 % dos profissionais não admitem pacientes em tais circunstâncias, embora acreditem que devam admiti-los.

b) Critério do médico assistente: (Coeficiente de Kappa = 0,301)

64,5 % admitem e acham que deveriam admitir

21,5 % admitem e acham que não deveriam admitir

10 % não admitem e acham que não deveriam admitir

4 % não admitem e acham que deveriam admitir

Total de respostas : 51

Respostas perdidas : 09

Q2c (ideal) →

Q1c (real) ↓

frequência percentual	não	sim	Total
não	5 10%	2 4%	7 13,5%
sim	11 21,5%	33 64,5%	44 86,5%
Total	16 31,5%	35 68,5%	51 100%

Coefficiente Kappa = 0,301

Pela tabela acima, comparando-se as respostas obtidas no item “c” das questões 01 (Q1c) e 02 (Q2c), ou seja, admissão de pacientes em UTI com chances limitadas de sobrevida (ou baixo índice prognóstico, se calculado) e, considerando-se o critério de atuação do médico assistente, observa-se um coeficiente Kappa de 0,301, o que indica uma concordância ruim entre o que realmente é feito pelo respondente e o que ele pensa ser a atitude ideal.

Embora 64,5 % dos respondentes concordem, real e idealmente, em admitir pacientes nestas circunstâncias, a critério do médico assistente, observa-se que 21,5 % dos respondentes admitem pacientes na UTI nas circunstâncias descritas, embora acreditem que não deveriam fazê-lo idealmente (sim x não).

c) Critério do paciente e/ou familiares: (Coeficiente de Kappa = 0,471)

41 % não admitem e acha que não deveria admitir

32,5 % admitem e acham que deveriam admitir

18,5 % admitem e acham que não deveriam admitir

8 % não admitem e acham que deveriam admitir

Total de respostas : 49

Respostas perdidas : 11

Q2c (ideal) →

Q1c (real) ↓

frequência percentual	não	sim	Total
não	20 41%	4 8%	24 49%
sim	9 18%	16 32,5%	25 51%
Total	29 59%	20 41%	49 100%

Coefficiente Kappa = 0,471

Pela tabela acima, comparando-se as respostas obtidas no item “c” das questões 01 (Q1c) e 02 (Q2c), ou seja, admissão de pacientes em UTI com chances limitadas de sobrevivida (ou baixo índice prognóstico, se calculado) e, considerando-se o critério do paciente e/ou familiares, observa-se um coeficiente Kappa de 0,471, o que indica uma concordância boa entre o que realmente é feito pelo respondente e o que ele pensa ser a atitude ideal.

Novamente, observa-se uma divisão entre a admissão, ou não, de pacientes nas circunstâncias citadas, onde 41 % não admitem e acham que não deveriam fazê-lo (não x não), enquanto 32,5 % admitem estes mesmos pacientes e acham que deveriam fazê-lo (sim x sim).

Concluindo, em relação aos critérios para a admissão de pacientes em UTI, verifica-se que não há nenhuma relação excelente de concordância entre as atitudes reais e as consideradas ideais na população pesquisada.

A não admissão de pacientes sem expectativa de sobrevivida por mais de poucas semanas aparece como um critério determinante, para 62% dos pesquisados, enquanto o critério de qualidade de vida pobre, na opinião do pesquisado, posterior à internação, parece não ser fator determinante na conduta médica, já que 72 % admitem esta condição de admissão de pacientes na UTI.

O critério menos considerado em relação à admissão de pacientes com chances limitadas de sobrevivência é o do próprio paciente e/ou familiares, já que, contrariando os critérios pessoais ou do médico assistente, 41 % dos respondentes afirmam que não admitem e não deveriam admitir pacientes nestas circunstâncias na UTI.

Os coeficientes de concordância mais baixos são os que relacionam as atitudes reais e as ideais, considerando-se critérios do médico assistente, o que pode indicar que estes últimos interferem diretamente na conduta de admissão do paciente, independente do critério pessoal do médico que atua em Terapia Intensiva.

Há diferenças bastante significativas entre as respostas reais e as consideradas ideais, o que nos leva a considerar o fato de que, numa parcela também significativa de situações, os profissionais pesquisados atuam de maneira diferente daquela que consideram ser a atitude mais correta; esta discordância fica mais evidenciada na análise estatística apresentada.

Recente pesquisa americana (LUCE, 1997) aponta que conflitos de escolha entre situações envolvendo valores importantes podem causar emoções negativas e estas, por sua vez, agem na complexidade do processo decisório.

Estudando como as condições de trabalho interferem nas atitudes, saúde e performance de jovens médicos, BALDWIN (1997) afirma que longas jornadas de trabalho, associadas a outras condições adversas deste mesmo trabalho (como número de admissões de emergência, número de mortes em determinadas alas do hospital e o número de tarefas consideradas “menores”), contribuem para um início de um sentimento de “opressão” nestes profissionais, conforme avaliado pelo Questionário de Atitudes no Trabalho. Estes fatores se relacionam significativamente com medidas de saúde física e mental destes profissionais, assim como com medidas de sua performance de trabalho.

ABRAHAM (1998) examinou as relações entre dissonância emocional (ou conflito de papéis pessoais) e o conflito entre as emoções expressas e as realmente experimentadas, concluindo a existência de relações significativas entre autonomia no trabalho, exaustão emocional e satisfação profissional, enfatizando que um suporte social diminuiu significativamente a dissonância emocional no trabalho.

FOX (1975), em seu trabalho sobre Sociologia das Práticas Médicas, descreve situações no processo de formação, bem como em seu próprio exercício profissional, em que o médico se depara com uma série de incertezas, como as derivadas das limitações do atual estado de conhecimento em medicina, do domínio imperfeito do que é corretamente sabido nos vários campos da medicina e uma terceira, advinda das duas primeiras, que se refere à dificuldade de distinguir entre a ignorância ou inabilidade pessoal e a inadequação do estado atual dos próprios conhecimentos em medicina.

Além disso, o autor fala a respeito das incertezas inclusas no que se refere à morte do paciente, apontando a falta de controle sobre esta situação, além das limitações pessoais do profissional referentes a este assunto.

Finalmente, o autor enfatiza a necessidade de que estes profissionais aprendam a admitir estas incertezas, a conhecê-las e a desenvolver mecanismos para enfrentá-las e lutar contra elas.

Embora os achados, do presente trabalho, referentes às discordâncias entre atitudes reais e ideais dos médicos participantes do mesmo, não se refiram exatamente às questões apontadas por FOX (1975), é importante comentar que este fato também pode ser entendido como mais uma das possíveis incertezas a ser enfrentada por este profissional, seja em seu processo de formação ou em seu exercício profissional efetivo. Conviver diariamente com situações em que as atitudes reais nem sempre são (ou podem ser) compatíveis com atitudes ideais, seja por circunstâncias pessoais de escolha, seja por condições específicas de trabalho, ou por qualquer outra razão que contribua para o aparecimento desta discordância, há que se considerar que este fato pode constituir-se um fator de instabilidade que, por sua vez, pode contribuir para o desequilíbrio emocional dos envolvidos neste processo.

Os exemplos de pesquisas que salientam a relação direta entre condições de trabalho e aspectos emocionais de seus executores levam-nos a apontar a necessidade da ampliação deste projeto, no sentido de aprofundar questões referentes à relação dos aspectos emocionais, organizacionais e do próprio trabalho, e sua possível interferência na dinâmica da vida psíquica destes profissionais.

Procedimentos habituais, relacionados a técnicas de suporte avançado de vida, em pacientes com prognóstico fechado e cuja inevitabilidade de morte é algo seguro para o médico e para a equipe de UTI.

As opiniões dos médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, participantes desta pesquisa, a respeito de seu procedimento habitual relacionado a pacientes de UTI com prognóstico fechado e cuja inevitabilidade de morte é algo seguro para o médico e para a equipe, foram pesquisadas nas questões de número 03 (em que se verifica a atitude real tomada por estes profissionais) e 04 (em que se verifica a atitude considerada ideal pelos mesmos), nas mesmas circunstâncias.

A partir dos resultados obtidos fez-se também a análise estatística, com o objetivo de verificar a relação de concordância entre as variáveis que descrevem o real e o ideal.

Os resultados obtidos são os que se seguem:

03. QUAL É SEU PROCEDIMENTO HABITUAL, EM SUA PRÁTICA DIÁRIA, (ATTITUDE REAL) RELACIONADO A PACIENTES COM PROGNÓSTICO FECHADO E CUJA INEVITABILIDADE DE MORTE É ALGO SEGURO P/ VOCE E PARA A EQUIPE DA UTI.	SIM (*)	NAO
a. omissão de terapia sofisticada (i.e., não iniciar ventilação mecânica, diálises).	39 65 %	21 35 %
b. retirada de terapia sofisticada (i.e., desconectar ventilação mecânica, diálises).	4 6,5 %	56 93,5 %
c. administrar deliberadamente grandes doses de medicações (ex. barbitúricos ou morfina) com efeito de analgesia/sedação, até que a morte ocorra naturalmente.	33 56 %	26 44 %
d. iniciar e permanecer com todos os cuidados de terapia sofisticada indeterminadamente.	11 18 %	49 82 %
e. administrar deliberadamente grandes doses de medicações (ex. barbitúricos ou morfina) com objetivo de promover ou apressar a morte (eutanásia)	000 000	60 100 %

(*) em cada campo estão expressas as frequências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas, para efeito da pesquisa.

04. EM PACIENTES COM PROGNOSTICO FECHADO E CUJA INEVITABILIDADE DE MORTE É ALGO SEGURO PARA VOCÊ E PARA A EQUIPE DA UTI, VOCÊ PENSA QUE DEVERIA (ATITUDE IDEAL) SER ADOTADO O SEGUINTE PROCEDIMENTO:	SIM (*)	NAO
a. omissão de terapia sofisticada (i.e. não iniciar ventilação mecânica, diálises);	47 78,5 %	13 21,5%
b. retirada de terapia sofisticada (i.e. desconectar ventilação mecânica, diálises);	20 33,5 %	40 66,5%
c. administrar deliberadamente grandes doses de medicações (ex. barbitúricos ou morfina) com efeito de analgesia/sedação, até que a morte ocorra, naturalmente	44 73,5 %	16 26,5%
d. iniciar e permanecer com todos os cuidados de terapia sofisticada indeterminadamente	3 5 %	57 95 %
e. administrar deliberadamente grandes doses de medicações (ex. barbitúricos ou morfina) com objetivo de promover ou apressar a morte (eutanásia)	6 10 %	54 90 %

(*) em cada campo estão expressas as frequências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas para, efeito da pesquisa.

Em relação aos dados obtidos pode-se comentar que:

01. A omissão de terapia sofisticada (“withholding”) é uma prática mais difundida entre os médicos (65 %) do que qualquer outra, incluindo a retirada desta mesma terapêutica (“withdrawal”), que apresenta 93,5 % de recusa.

Tais dados confirmam as afirmações de TERZI (1996) que diz que para a equipe de UTI é mais difícil, psicologicamente, suspender o suporte avançado de vida, mesmo no caso de tornar-se insuportável ou ineficiente para o paciente, do que omitir a oferta desta mesma terapêutica. Os dados obtidos confirmam que a suspensão do tratamento não é aceita pela grande maioria dos médicos da pesquisa (recusa de 93,5%), mostrando que a mesma pode ser sentida pela equipe como uma violação do compromisso com o paciente.

02. Relacionando-se os dados desta pesquisa aos dados da Sociedade Européia de Terapia Intensiva (VINCENT, 1990), observa-se que em ambos os casos a omissão de terapia sofisticada (“withholding”) é a prática mais utilizada, sendo aplicada em 83,5 % dos casos da pesquisa européia, contra 65 % dos casos desta pesquisa.

A retirada de terapia sofisticada (“withdrawal”), entretanto, é apontada como prática efetiva em 63 % aos médicos da sociedade européia, enquanto apenas 6,5 % dos brasileiros fazem esta mesma afirmação.

A eutanásia, entretanto, embora considerada como prática efetiva, na pesquisa européia, por 36 % dos profissionais, é absolutamente rejeitada nesta pesquisa, onde 100 % dos respondentes afirmam não utilizá-la.

Tais dados podem ser entendidos como uma resistência efetiva dos médicos a esta prática, ou ainda, a mesma resistência em admitir a sua utilização, considerando-se, inclusive, a ameaça dos aspectos legais brasileiros, relatados como presente em outros dados levantados nesta pesquisa. Considerando-se, entretanto, as condições de sigilo oferecidas pela pesquisa, entendemos que os dados obtidos reflitam a prática real destes profissionais.

Dados sobre práticas médicas envolvendo decisões sobre o término da vida, também pesquisados na Austrália e Holanda (KUHSE *et al.*, 1997), mostram que tanto a eutanásia como o suicídio médico-assistido são práticas ilegais na Austrália, exceto numa região (Northern Territory), mas correspondem a 1,7 % das práticas médicas; omissão e retirada de terapia sofisticada (“withholding” e “withdrawal”), juntos, correspondem a 28,5 %.

Na Holanda, onde a prática da eutanásia é legalizada, dos óbitos ocorridos em 1990 (aproximadamente 129.000), os mesmos 1,7 % da Austrália foram resultados da eutanásia. Tais dados parecem confirmar a citação de CAMARGO (1996), que diz que não são normas ou regras, e nem mesmo o medo da punição ao infringi-las, que determinam o comportamento dos responsáveis pelas decisões tomadas mas, antes, os valores interiores destas pessoas.

03. Observa-se, ainda, nos dados coletados, que o início e a manutenção de todos os cuidados oferecidos ao paciente de UTI, indeterminadamente, é uma prática não efetivada por 81,5 % dos profissionais.

Relacionando-se o conceito pesquisado ao conceito de “distanásia”, os dados obtidos parecem confirmar dados anteriores, como a definição do termo (PESSINI, 1996), além das considerações de HORTA (1993), THOMASMA (1993), YOUNG (1992) e EPINSANTI (1990), em que afirmam que o uso abusivo da tecnologia pode simplesmente prolongar o sofrimento do paciente, impedindo a ocorrência da morte, em vez de minorar sua dor e sofrimento. Tais afirmações parecem ser preocupações presentes nas atitudes reais dos médicos pesquisados, refletidas em sua prática diária em UTI.

04. Como citado por DANIS (1998), a utilização dos cuidados de terapia intensiva varia amplamente também nos Estados Unidos e é mais associada aos recursos existentes e disponíveis do que às necessidades individuais do paciente ou de sua escolha pessoal.

O padrão de “withdrawal” também varia amplamente e não parece seguir normas pré-estabelecidas, dados estes convergentes aos dados desta pesquisa, possibilitando enfatizar a necessidade de uma discussão constante a respeito destas circunstâncias e a dificuldade, senão impossibilidade, da adoção de padrões comuns, regulares e regulamentados de comportamento nestes aspectos.

ANÁLISE ESTATÍSTICA DA CONCORDÂNCIA DE RESPOSTAS ENTRE AS VARIÁVEIS QUE DESCREVEM O REAL E O IDEAL

Como medida de concordância entre o real e o ideal foi aplicado o coeficiente Kappa. Este coeficiente representa excelente concordância quando é maior que 0,75; se o seu valor está entre 0,40 e 0,75 a concordância é boa e se está abaixo de 0,40, é ruim.

Total de respostas : 60

01. Omissão de terapia sofisticada (não iniciar ventilação mecânica, diálise, etc.)
 (“withholding”) Coeficiente de Kappa = 0,518

61,5 % utilizam e acham que deveriam utilizar

18,5 % não utilizam e acham que não deveriam utilizar

16,5 % não utilizam e acham que deveriam utilizar

3,5 % utilizam e acham que não deveriam utilizar

Total de respostas : 60

Q4a (ideal) →

Q3a (real) ↓

frequência percentual	não	sim	Total
não	11 18,5%	10 16,5%	21 35%
sim	2 3,5%	37 61,5%	39 65%
Total	13 22%	47 78%	60 100%

Coeficiente Kappa = 0,518

02. Retirada de terapia sofisticada (desconectar ventilação mecânica, diálises) (“withdrawal”) Coeficiente de Kappa = 0,250

66,5 % não utilizam e acham que não deveriam utilizar

26,5 % não utilizam e acham que deveriam utilizar

6,5 % utilizam e acham que deveriam utilizar

00 % utiliza e acha que não deveria utilizar

Total de respostas : 60

Q4b (ideal) →

Q3b (real) ↓

freqüência percentual	não	sim	Total
não	40	16	56
	66,5%	26,5%	93,5%
sim	0	4	4
	0	6,5%	6,5%
Total	40	20	60
	66,5%	33,5%	100%

Coeficiente Kappa = 0,250

03. Administração deliberada de grandes doses de medicação com efeito analgésico e/ou sedação até que a morte ocorra naturalmente - Coeficiente de Kappa = 0,570

54,5 % utilizam e acham que deveriam utilizar

25,5 % não utilizam e acham que não deveriam utilizar

18,5 % não utilizam e acham que deveriam utilizar

1,5 % utilizam e acham que não deveriam utilizar

Total de respostas : 59

Respostas perdidas : 01

Q4c(ideal) →

Q3c(real) ↓

freqüência percentual	não	sim	Total
não	15	11	26
	25,5%	18,5%	35%
sim	1	32	33
	1,5%	54%	65%
Total	16	43	59
	27%	73%	100%

Coeficiente Kappa = 0,570

04. Início e permanência de todos os cuidados de terapia sofisticada indeterminadamente.
 Coeficiente de Kappa = 0.225

80 % não utilizam e acham que não deveriam utilizar

15 % utilizam e acham que não deveriam utilizar

3,5 % utilizam e acham que deveriam utilizar

1,5 % não utilizam e acham que deveriam utilizar

Total de respostas : 60

Q4d (ideal) →

Q3d (real) ↓

freqüência percentual	não	sim	Total
não	48	1	49
	80%	1,5%	81,5%
sim	9	2	11
	15%	3,5%	18,5%
Total	57	3	60
	95%	5%	100%

Coeficiente Kappa = 0,225

05. Administração deliberada de grandes doses de medicações com o objetivo de promover ou apressar a morte (eutanásia):

Obs.: o coeficiente de Kappa não pode ser calculado porque uma das variáveis foi igual a 0.

90 % não utiliza e acha que não deveria utilizar

10 % não utiliza e acha que deveria utilizar

Total de respostas : 60

Q4e (ideal) →

Q3e (real) ↓

frequência percentual	não	sim	Total
não	54	6	60
	90%	10%	100%
Total	54	6	60
	90%	10%	100%

Em relação às práticas citadas, observa-se que a omissão de terapia sofisticada (“withholding”) é a que se apresenta com um bom índice de concordância, além de ser uma prática efetiva para mais de 60 % dos pesquisados, assim como a sedação e/ou analgesia até a evolução da morte natural (Kappa = 0,570).

Conceitos, entretanto, como retirada da terapia já implantada (“withdrawal”) e a permanência indefinida da terapêutica implantada apresentam-se com índice de concordância ruim; 25,5 % dos respondentes afirmam que não fazem a retirada da terapia, embora acreditem que deveriam fazê-lo, enquanto 15 % deles afirmam que mantêm indefinidamente os cuidados de terapia sofisticada, embora acreditem que não deveriam fazê-lo.

Parece confirmar-se o citado por YOUNG (1992), que diz que a decisão sobre a internação nesta unidade deve ser alvo de reflexão constante por parte do médico de terapia intensiva, a fim de verificar as possibilidades reais da melhor utilização possível dos recursos técnico-científicos disponíveis nela.

Decisão sobre cuidados terminais em pacientes de UTI: (questões 6 e 7)

A decisão sobre cuidados terminais de pacientes em UTI foi objeto de investigação nas questões 6 e 7 e as respostas encontram-se abaixo, bem como a relação de concordância estabelecida entre ambas.

06. EM SUA REALIDADE ESPECIFICA DE TRABALHO, A DECISAO SOBRE OS CUIDADOS TERMINAIS EM PACIENTES DE UTI SÃO TOMADAS HABITUALMENTE (ATTITUDE REAL) PELO:		(*)
a. "staff" médico;		59,5 %
b. "staff" de UTI (incluindo médicos, enfermagem e demais profissionais);		13,5 %
c. o paciente e/ou familiares;		00
d. a + c;		18,5 %
e. b + c;		8,5 %

(*) o número total de respostas foi 59, sendo considerada uma resposta como perdida para efeito da pesquisa.

07. A DECISAO SOBRE OS CUIDADOS TERMINAIS EM PACIENTES DE UTI DEVERIA ENVOLVER (ATTITUDE IDEAL):		(*)
a. "staff" médico;		17 %
b. "staff" de UTI (incluindo médicos, enfermagem e demais profissionais);		12 %
c. o paciente e/ou familiares;		7 %
d. a + c;		28,5 %
e. b + c;		35,5 %

(*) o número total de respostas foi 59, sendo considerada uma resposta como perdida para efeito da pesquisa.

Os dados acima nos permitem comentar o que se segue:

01. A prática diária do profissional médico em UTI é caracterizada por um certo "isolamento" na tomada de decisões e esta não corresponde à sua expectativa em condições ideais, a ponto de 64 % optarem por um processo de decisão mais compartilhado (itens d e e da questão 7)

ANÁLISE ESTATÍSTICA DA CONCORDÂNCIA DE RESPOSTAS ENTRE AS VARIÁVEIS QUE DESCREVEM O REAL E O IDEAL

Como medida de concordância entre o real e o ideal foi aplicado o coeficiente Kappa. Este coeficiente representa excelente concordância quando é maior que 0,75; se o seu valor está entre 0,40 e 0,75 a concordância é boa e se está abaixo de 0,40, é ruim.

Total de respostas : 59

Respostas perdidas : 01

Q7 (ideal) →

Q6 (real) ↓

Frequência	1	2	3	4	5	Total
1	8	5	1	10	11	35
	13,5%	8,5%	1,5%	17%	18,5%	59%
2	0	2	2	0	4	8
	0	3,5%	3,5%	0	7%	14%
3	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0
4	2	0	1	6	2	11
	3,5%	0	1,5%	10%	3,5%	18,5%
5	0	0	0	1	4	5
	0	0	0	1,5%	7%	8,5%
Total	10	7	4	17	21	59
	17%	12%	6,5%	28,5%	36%	100%

Coeficiente Kappa = 0,1732 Erro-padrão = 0,0567

Pelo coeficiente obtido verifica-se uma concordância ruim entre a atitude real e a ideal. Enquanto cerca de 60 % afirmam que as decisões terminais sobre pacientes de UTI são tomadas pela equipe médica, somente 17 % concordam que esta deva ser a atitude ideal. A possibilidade desta decisão ser tomada pelo paciente e/ou familiares é nula, na prática diária dos respondentes.

Considerando-se a autonomia um dos princípios básicos da Bioética, confirma-se o citado por COHEN & MARCOLINO (1995): “o exercício da autonomia está condicionado, basicamente, ao reconhecimento de sua existência e à necessidade de uma capacidade para exercê-la”.

Opiniões a respeito dos conceitos abaixo relacionados em sua prática diária de trabalho:

Nas questões de número 5, foram pesquisadas as opiniões e/ou práticas dos respondentes relacionadas aos conceitos descritos abaixo, nas atividades diárias em UTI:

“withdrawal”: retirada da terapêutica já iniciada no paciente (exº, desconectar ventilação, diálises, etc.);

“withholding”: omissão da terapêutica (não iniciar ventilação mecânica, diálises, etc.);

eutanásia: administração deliberada de medicamentos que promovam ou apressem a morte;

distanásia: antônimo de eutanásia; utilizar-se de todo suporte avançado de vida, independente dos benefícios que o paciente possa, ou não, estar usufruindo deste suporte, até que a morte ocorra naturalmente.

As respostas obtidas foram as seguintes:

RESPONDA AS PERGUNTAS SEGUINTE, CONSIDERANDO FATOS DE SUA PRÁTICA DIÁRIA, ENVOLVENDO CONDUTAS RELACIONADAS AOS CONCEITOS ACIMA, ASSINALANDO SIM OU NÃO:	SIM (*)	NÃO
nenhuma das condutas pode ser aceita, porque o médico na UTI deve preservar a vida a todo custo	4 6,5 %	56 93,5 %
a segunda conduta é preferível à primeira, porque uma vez iniciada torna-se muito difícil interromper qualquer terapêutica	50 84,5 %	9 15,5 %
a terceira conduta pode aliviar o sofrimento em determinados pacientes	25 44 %	32 56 %
a quarta conduta se aplica a alguns casos específicos de UTI, embora não seja função do médico de UTI considerá-la	9 15,5 %	49 84,5 %
a quarta conduta se aplica a alguns casos específicos de UTI e cabe ao médico analisá-las, considerando sua viabilidade	47 80 %	12 20 %
antes do início de uma terapêutica mais invasiva em UTI (ex ^o intubação ou diálises), as condições anteriores de vida do paciente devem ser consideradas	44 76 %	14 24 %
"morrer com dignidade" é uma possibilidade a ser considerada pelo médico em casos de pacientes terminais em UTI, a ponto de interferir em suas condutas médicas	55 95 %	3 5 %

(*) em cada campo estão expressas as frequências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas, para efeito da pesquisa.

Considerando as respostas acima, pode-se comentar que:

01. Confirmando os dados encontrados na resposta anterior, 93,5 % dos médicos pesquisados discordam da afirmativa proposta que diz que nenhuma das condutas descritas pode ser aceita, porque o médico na UTI deve preservar a vida a todo custo.

Este resultado contraria afirmações de EPINSANTI(1990), que diz que o médico parece dominado por uma obstinação que o leva a considerar seu dever exclusivo prolongar o mais possível o funcionamento do organismo do paciente.

02. Ainda, confirmando as afirmações de TERZI & SILVEIRA (1996), 84,5 % dos sujeitos dizem que é preferível a omissão da terapêutica (“withholding”) do que a retirada (“withdrawal”), porque uma vez iniciada, torna-se muito difícil interromper qualquer terapêutica, pois esta suspensão pode ser sentida por todos como uma violação do compromisso com o paciente.

03. As opiniões a respeito de eutanásia mostram-se divididas, já que 44 % acreditam que esta conduta pode aliviar o sofrimento de determinados pacientes e 56 % negam tal afirmativa. Em sua prática diária, entretanto, nenhum dos respondentes afirma que esta seja sua conduta.

04. No que se refere ao conceito de distanásia, como já havia sido constatado em outra questão, 80 % dos pesquisados afirmam tratar-se de uma situação que se aplica a alguns casos específicos de UTI e cabe ao médico analisá-los, considerando sua viabilidade. Ao contrário do afirmado em relação à eutanásia, que se apresenta como uma prática não aceita pela maioria dos sujeitos da pesquisa, a manutenção dos cuidados de terapia intensiva indeterminadamente, e independentemente dos benefícios que possam estar trazendo ao paciente, é um conceito que parece estar se consolidando na prática do trabalho dos médicos em UTI.

05. As condições de vida do paciente, anteriores ao início de uma terapêutica mais invasiva em UTI (exº intubação, diálises), devem ser consideradas, para 76 % dos respondentes, enquanto o “morrer com dignidade” é uma possibilidade a ser considerada pelo médico em casos de pacientes terminais em UTI, a ponto de interferir nas condutas médicas em 95 % dos pesquisados.

Tais dados podem evidenciar uma preocupação com a autonomia do paciente e com a promoção de condições as mais favoráveis possíveis ao paciente terminal. Considerando-se, entretanto, os dados obtidos nas questões referentes à consideração pelos critérios do paciente e/ou de seus familiares para sua admissão em UTI, que também se referem ao respeito pela autonomia deste paciente, estes são os menos considerados por estes profissionais em suas condutas diárias. Estes dados enfatizam uma das premissas deste trabalho, que se refere à importância de uma reflexão constante, da criação de espaços para

discussão a respeito destas situações da prática diária deste profissional, já que, conforme CANDOTTI (1993), valores, normas de comportamento e mesmo princípios éticos devem ser pensados em contextos sociais e históricos definidos, os quais estão em permanente transformação.

06. Finalmente, citando CULVER (1995), 70 a 80% dos assuntos que chegam aos Comitês de Ética e seus consultores envolvem a questão de tirar ou não o suporte avançado de vida em pacientes gravemente enfermos. Os dados coletados neste trabalho também corroboram a idéia de que o debate público precisa ser mais acentuado, especialmente no que se refere a questões tão delicadas como o limite de vida e morte, o conceito de vida e morte e a qualidade de vida e de morte de seres humanos.

Informações/opiniões sobre a legislação brasileira referentes a procedimentos relacionados ao oferecimento de suporte avançado de vida em UTI :

Aspectos relacionados à legislação brasileira que se referem às práticas e condutas médicas adotadas em UTI foram questionados entre os participantes e as respostas estão descritas abaixo:

RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO, CONSIDERANDO FATOS DE SUA PRÁTICA DIÁRIA:	SIM	NAO
	(*)	
tenho pleno conhecimento da legislação brasileira no que se refere a procedimentos relacionados ao oferecimento de suporte avançado de vida em UTI	24 58,5 %	24 41,5%
a possibilidade de punição legal é uma preocupação constante do médico no que se refere à manutenção da vida em UTI em qualquer situação	44 76 %	14 24 %
a atual legislação brasileira impede a adoção de quaisquer outras medidas, por parte do médico, além da manutenção da vida do paciente em UTI a qualquer custo	37 64 %	21 36 %

(*) em cada campo estão expressas as frequências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas, para efeito da pesquisa.

Examinando-se os dados acima, pode-se ressaltar que :

01. Dos pesquisados, 58.5 % afirmam ter pleno conhecimento da legislação brasileira no que se refere a procedimentos relacionados ao oferecimento de suporte avançado de vida, e a possibilidade de punição é uma preocupação constante de 76% dos médicos da pesquisa, no que se refere à manutenção da vida em UTI em qualquer situação.

Este resultado parece justificar as afirmações de ASSAD, 1993, que diz que todo ato referente ao diagnóstico e tratamento de um paciente é um ato de responsabilidade exclusiva do médico, cujo ato gera responsabilidade civil por suas ações e, conseqüentemente, como tal, a possibilidade de temor.

Neste aspecto, os dados obtidos contrariam a afirmação de CAMARGO (1996), que diz que não são normas ou regras, e nem mesmo o medo da punição ao infringi-las, que determinam o comportamento dos responsáveis pelas decisões tomadas, mas, antes, os valores interiores destas pessoas.

02. Nesta pesquisa, 58,5 % afirmam ter pleno conhecimento da legislação brasileira no que se refere a procedimentos relacionados ao oferecimento de suporte avançado de vida a pacientes de UTI; entende-se que este deveria corresponder a um percentual maior, já que muitas são as circunstâncias, na vida diária deste profissional, que podem vir a envolver aspectos legais e parece ser cada vez mais necessária a ampliação de discussões a respeito destas questões.

03. Dos pesquisados, 64 % dizem que a atual legislação brasileira impede a adoção de quaisquer medidas por parte do médico, além da manutenção da vida do paciente de UTI a qualquer custo, enquanto um número menor (58,5 %) diz ter pleno conhecimento da legislação atual. Tais dados parecem, novamente, refletir a necessidade de informações e discussão destes profissionais a respeito de várias questões relacionadas à sua vida profissional, incluindo questões legais.

04. Segundo TERZI & SILVEIRA (1996), não há normas legais específicas que abordem as questões morais, éticas e bioéticas relacionadas às situações específicas de UTI ou ao direito do paciente. Para HORTA (1993), as ciências jurídicas incorporam o princípio

da norma moral em defesa absoluta da vida, entendida como um direito absolutamente indisponível, a ser tutelado pelo Estado, até contra a vontade pessoal de cada um. A Constituição Federal estabelece o princípio de inviolabilidade do direito à vida, sem que haja qualquer referência ao conceito de vida ou à intenção do legislador com tal afirmação. Nos Estados Unidos, a jurisprudência vem se orientando pela preservação dos direitos e da vontade do paciente, manifesta por ele ou por sua família ou curador. Já em nosso país, esta parece não ser a orientação vigente, nem por parte da legislação, nem por parte da prática médica, em que a decisão final a respeito de tudo o que ocorre ou deve ocorrer com o paciente parece delegada a este profissional.

Ainda, sob este aspecto, conforme afirma SANTOS (1998), as questões referentes às responsabilidades médico-jurídicas são particularmente difíceis.

Para a autora, se, por um lado, ouvem-se censuras dos médicos aos juristas por seu pensamento formal, abstrato e orientado à preservação da legalidade, destes últimos ouvem-se críticas aos primeiros sobre suas decisões, que consideram somente morais e deontológicas ou, ainda, que os juristas devem aceitar seus critérios de valoração e decisão, oferecidos pela própria Medicina.

Desta forma, o diálogo torna-se difícil e cada vez mais se fortalece a idéia da necessidade de uma adequação jurídica, ética e médica, advinda, dentre outras formas, do debate público.

05. Outra característica a ser notada em nossa sociedade, e apontada por HORTA (1993), é seu apego a costumes e tradições culturais em lenta evolução, o que pode impedir a adoção de medidas legais que priorizem a autonomia do paciente (um dos princípios básicos da Bioética), sem que haja a penalidade médica e sem que a responsabilidade terminal sobre os cuidados com o paciente seja entendida pelo médico como uma de suas atribuições profissionais exclusivas. Entender o que é melhor para si próprio e definir o que quer e/ou espera de um tratamento médico, por parte do paciente, pode ser uma hipótese apreciável, dentro do princípio da autonomia, que parece alterar significativamente a relação médico-paciente, em que ambos podem assumir-se como sujeitos autônomos (COHEN & MARCOLINO, 1995) e parceiros nas decisões, em

determinados momentos de vida. Tal reflexão, entretanto, que poderia implicar numa mudança de posturas e paradigmas, parece conflitar com as disposições legais vigentes, que, além de não determinarem uma posição mais definida a respeito, não permitem aprofundar uma discussão necessária e, a nosso ver, inadiável.

Consentimento informado do paciente consciente:

O consentimento informado do paciente consciente a respeito de procedimentos como intubação, transfusão, diálises, reanimação cardiorrespiratória, cirurgias, etc. foi objeto de pesquisa das questões de número 08 e 09, e as respostas obtidas foram as seguintes:

08. EM SUA OPINIÃO, O CONSENTIMENTO INFORMADO DO PACIENTE CONSCIENTE A RESPEITO DE PROCEDIMENTOS COMO INTUBAÇÃO, TRANSFUSÃO, DIÁLISES, REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA, CIRURGIAS, ETC. IDEALMENTE, DEVERIA SER SOLICITADO:		(*)
a. ao paciente e/ou à família, por escrito, quando do ingresso no hospital;	26	44 %
b. ao paciente e/ou à família, por escrito, quando do ingresso do paciente na UTI;	2	3,5 %
c. não deveria ser solicitado, porque poderia limitar os procedimentos médicos em relação ao paciente internado na UTI.	31	52,5 %

(*) em cada campo estão expressas as frequências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas, para efeito da pesquisa.

Pelos dados da tabela acima, pode-se comentar o que se segue:

01. Na opinião de 52,5 % dos pesquisados, o consentimento informado do paciente consciente não deveria ser solicitado, porque poderia limitar os procedimentos médicos em relação ao paciente internado na UTI; para 44 % deles, deveria ser solicitado, por escrito, quando do ingresso do paciente no Hospital, e 3,5 % afirmam que esta mesma solicitação deveria ser feita quando do ingresso deste na UTI.

Na pesquisa da Sociedade Européia de Terapia Intensiva (VINCENT, 1990), entretanto, há entre os médicos um consenso de que o consentimento informado deveria ser obtido antes de procedimentos como cirurgia, endoscopia e, especialmente, antes de medicamentos novos.

02. Os dados coletados na presente pesquisa, especialmente relacionados ao consentimento informado do paciente consciente sobre procedimentos a serem adotados em UTI, fortalecem a alteração da relação médico-paciente, já apontada por ASSAD (1993), na medida em que mostra a sobreposição de parâmetros tecnológicos à própria vontade do paciente.

Mais da metade da população pesquisada (52%) afirma que o consentimento informado do paciente não deveria ser solicitado, já que poderia limitar os procedimentos médicos em relação ao paciente de UTI.

09. SE VOCÊ TEM CONHECIMENTO, PELO PRÓPRIO PACIENTE, OU POR SEUS FAMILIARES, DE QUE ELE É CONTRÁRIO A UM PROCEDIMENTO QUE VOCÊ CONSIDERA NECESSÁRIO E VITAL, COMO, POR EXEMPLO, UMA CIRURGIA OU UMA INTUBAÇÃO, VOCÊ:		(*)
a. tenta convencer o paciente e/ou a família, mas se houver insistência, você aceita a decisão.	21	36 %
b. trata o paciente corretamente, contrariando seus desejos e sua vontade.	25	43 %
c. averte o paciente e/ou a família de que não mais cuidará dele e encaminha o caso.	11	19 %
d. aceita a decisão e não intervém.	1	2 %

(*) em cada campo estão expressas as freqüências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas, para efeito da pesquisa.

01. Na pesquisa da Sociedade Européia de Terapia Intensiva (VINCENT, 1990), entretanto, há entre os médicos um consenso de que se um paciente considerado habilitado para tal atitude recusa uma intervenção cirúrgica, esta decisão é usualmente aceita; mesmo quando se trata de uma situação vital, o consentimento informado deveria ser obtido antes de procedimentos como cirurgia, endoscopia e, especialmente, antes de medicamentos novos.

A idéia de aceitar a decisão do paciente e não intervir é encontrada em apenas 2% dos respondentes, enquanto que na pesquisa européia esta hipótese é aceita por 72,5% dos pesquisados. Tratar o paciente corretamente, contrariando seus desejos e vontades, é a opinião de 43 % dos médicos pesquisados, enquanto 21,5 % dos pesquisados europeus tem esta opinião. Apenas 5 % dos pesquisados europeus afirmam que não mais cuidariam do paciente.

Novamente fica aqui enfatizada a questão cultural e histórica que permeia as decisões de cunho ético, como afirmado por CANDOTTI (1993).

02. Os 43 % dos respondentes que afirmam que caso tivessem conhecimento, pelo paciente e/ou familiares, de que ele fosse contrário a um procedimento que eles, médicos, considerassem necessário e vital, tratariam o paciente, independentemente de seus desejos e de sua vontade, reforça a opinião de ASSAD (1993) sobre as alterações vistas hoje nas relação médico-paciente.

03. Ainda sobre o consentimento informado do paciente, os achados desta pesquisa parecem não confirmar o citado por RUARK & RAFFIN (1988) que afirma a necessidade do respeito à autonomia do paciente, cujo exercício deve relacionar-se a condições absolutas de informação, fala na decisão a ser tomada pelos familiares, desde que orientados pelos médicos e, finalmente, na decisão delegada ao médico de UTI. Na presente pesquisa, 52 % dos respondentes afirmam que o consentimento informado do paciente não deve ser solicitado, porque pode limitar os procedimentos médicos em relação ao paciente de UTI, e somente 1% diz que aceitaria não interviria, no caso de ter conhecimento pelo paciente e/ou familiares de que o mesmo é contrário a um procedimento que o médico considera necessário e vital.

Para SANTOS (1998), a autonomia é algo que possuímos; é uma capacidade inerente ao fato de sermos pessoas racionais e pode haver vários graus de autonomia, segundo a interação de impedimentos internos e externos ao exercício de nossa autodeterminação.

Transferir, contudo, esta potencialidade a outro, pode significar uma violação de uma parte importante de nossa humanidade. Se, por outro lado, especialmente na situação de internação em UTL, é o médico quem interpreta e aplica o princípio da autonomia a seus pacientes, para a autora, muito da qualidade desta relação interpessoal (médico x paciente), neste momento, dependerá da forma com que este profissional apresenta os fatos, do quanto e como os mesmos são revelados, como são ponderados riscos e benefícios, de maneira a, novamente, caracterizar que, além da relação exclusivamente profissional que se estabelece entre o médico, o paciente e os familiares deste, há a dimensão humana que precisa ser considerada.

Os procedimentos habituais dos médicos participantes desta pesquisa a respeito do consentimento informado do paciente consciente, vêm de encontro a um dos princípios da Bioética, referente à autonomia do paciente, entendida como a capacidade da pessoa autogovernar-se, escolher, dividir, avaliar sem restrições internas e externas (PESSINI, 1996).

Para este autor, a introdução do critério da autonomia na relação médico-paciente, a partir da década de 70, altera significativamente esta relação.

Enquanto no exercício da beneficência, que buscava o bem do paciente, o papel do médico era privilegiado em sua relação com o paciente, já para a concretização da autonomia esta relação passa a ser a de sujeitos autônomos, que estabelecem relações interpessoais e compartilham decisões. Para tanto, não há mais “sujeitos e objetos” numa relação médico-paciente, em que os primeiros, detentores de uma parcela do conhecimento, poderiam julgar-se “mais capazes” que os segundos na tomada de decisões; neste novo paradigma existem apenas sujeitos, autônomos e capazes de, em parceria, decidir sobre a condução desta relação.

Pesquisa americana recente (DANIS, 1998) enfatiza a recomendação de que os profissionais de saúde compreendam e respeitem as metas, prioridades, necessidades e o sofrimento de cada paciente terminal, o que parece não corresponder à prática dos profissionais participantes desta pesquisa.

Participação de um consultor (ou comitê) de ética nas decisões sobre cuidados terminais de pacientes em UTI:

A possível atuação de um consultor (ou comitê) de ética que ajudasse nas decisões sobre os cuidados terminais em paciente de UTI foi pesquisada na questão de número 10, além das possíveis situações em que o respondente sente ou sentiu falta desta atuação.

Para 91,5 % dos que responderam a esta pergunta (num total de 59 respostas e, portanto, com uma resposta considerada perdida para efeito desta pesquisa), a participação de um consultor ou de um comitê de ética ajudaria nas decisões sobre os cuidados terminais em pacientes de UTI.

Entre as hipóteses apresentadas como situações possíveis em que foi sentida a falta das opiniões de um consultor, as respostas foram :

10. a. EM CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EM QUAL (OU QUAIS) SITUAÇÃO (ÕES) VOCÊ SENTE OU SENTIU MAIS FALTA DAS OPINIÕES DE UM CONSULTOR:	SIM (**)	NAO
a. casos de morte encefálica:	20 37,5%	33 62,5%
b. casos de FMOS:	14 26,5%	39 3,5%
c. casos em que a família não dispõe, a seu ver, de condições para tomada de decisões em relação ao paciente:	20 37,5%	33 62,5%
d. casos em que a qualidade de vida do paciente, depois do episódio de internação em UTI, será, a seu ver, muito ruim:	25 47%	28 53%
e. outros casos (descreva): (*)		

(*) dívidas legais

recusa do paciente ao tratamento

suporte terapêutico adequado e morte inevitável

paciente com neoplasia avançada e na UTI por um episódio agudo de outra patologia

(**) em cada campo estão expressas as frequências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas, para efeito da pesquisa.

Um aspecto a ser ressaltado, nas respostas obtidas nesta questão, é que situações mais claras e definidas, do ponto de vista técnico, como, por exemplo, morte encefálica e falência de múltiplos órgãos e sistemas (FMOS), não são objetos da necessidade da opinião de um consultor de ética. Entretanto, questões de cunho mais moral e ético, como a relacionada à qualidade de vida do paciente, é a que concentra uma divisão maior entre os respondentes que necessitariam desta opinião. Novamente, parece evidenciar-se que, além dos aspectos emitentemente técnicos, estão as questões éticas.

Os resultados encontrados neste trabalho referendam as colocações de SILVA (1996), que se refere à necessidade de incrementar a criação de Conselhos de Ética nos hospitais, de maneira a viabilizar e uniformizar condutas e atitudes em casos de conflitos e questionamentos.

Embora entendendo que a possibilidade de “uniformização” de conduta, citada pelo autor, seja muito difícil de ser alcançada, considerando a natureza das questões envolvidas neste contexto, salientamos a necessidade da discussão constante, cujo “espaço” poderia ser oportunizado num Conselho como o citado por ele, funcionando de maneira mais constante e não exclusivamente em situações específicas.

Formação profissional:

Questionados a respeito de seu próprio programa de ensino médico (graduação e/ou residência), no que se refere à inclusão de discussões sobre assuntos éticos, 88 % responderam negativamente, enquanto 12 %, dizendo terem considerado as discussões suficientes e satisfatórias, destacaram aspectos legais, questões referentes à bioética (entre outros, doação de órgãos, morte encefálica, respeito à individualidade do paciente) e aspectos relacionais (como humanização em UTI, qualidade de vida e relacionamento médico/paciente).

A grande maioria dos respondentes afirmou que os programas de educação médica deveriam incluir mais discussões sobre assuntos éticos.

Este dado confirma as citações de KÜBLER-ROSS (1985), que aponta para o fato de que, em seu processo de formação acadêmica, o médico aprende a prolongar a vida, mas recebe muito pouco esclarecimento ou treinamento sobre o que é a vida, sobre as questões éticas e bioéticas que permeiam sua atuação profissional.

Além disso, tais resultados apontam numa direção contrária aos apontados pelo Relatório Flexner da Fundação Carnegie, que, segundo CAMARGO (1996), resume seu conteúdo em aspectos deontológicos, de obrigações morais e do dever, e não do desenvolvimento do comportamento moral e da formação humana deste profissional, como parece ser uma de suas necessidades, apontadas pelos resultados deste trabalho.

As relações humanas, especialmente a relação médico-paciente, a par e apesar da tecnologia, não deixaram de existir e, conseqüentemente, de promover e gerar sentimentos a partir destas relações, os quais pouco ou nada são discutidos nos cursos médicos. Tal afirmação pode ser constatada quando 88% dos sujeitos pesquisados neste trabalho afirmam que o seu programa de educação médica não incluiu discussões, a seu ver, suficientes e satisfatórias sobre assuntos éticos e 100 % dos pesquisados afirmam que tais assuntos deveriam ser incluídos em novos programas de formação.

As sugestões de temas, a serem incluídos nestas discussões, englobam-se em 05 categorias:

- ◆ aspectos legais - 14 % das sugestões apresentadas, envolvendo:
 - aspectos legais do exercício da profissão
 - auditoria médica
 - companhias seguradoras e laudos pós-morte
 - convênios médicos (restrições, perícias, custos)
 - declarações de óbito
 - erro médico

- ◆ respeito à individualidade/direitos do paciente - 16% das sugestões apresentadas, incluindo:
 - analgesia voluntária
 - consentimento informado do paciente/familiares
 - direito do paciente/familiares recusarem tratamento
 - procedimentos com pacientes graves e/ou terminais (conduta)

- prognósticos fechados
 - protocolos de pesquisa envolvendo pacientes
 - respeito aos direitos individuais dos pacientes
 - segredo profissional x defesa do paciente
 - sofrimento do paciente
 - tratamento do paciente crônico
- ◆ relacionamento médico/paciente/familiares - 18% das sugestões apresentadas, incluindo:
- humanização em UTI
 - orientação para leigos (familiares)
 - suporte para familiares do paciente
 - permanência de tratamento onde não há mais indicação para o mesmo
 - qualidade de vida
 - relação médico-paciente/familiares
 - relação médico/médico (conflito entre condutas e opiniões)
- ◆ BIOÉTICA - 42% das sugestões apresentadas, destacando-se:
- abordagem filosófica do exercício profissional - eutanásia
 - ética
 - bioética - fertilização
 - clones - morte assistida
 - código de ética médica - morte com dignidade
 - defesa da vida em todos os aspectos (social e econômico) - morte encefálica
 - “withdrawal”
 - distanásia - “withholding”
 - esterilização - doação /transplantes de órgãos

- ◆ Outros - 10% das sugestões coletadas, incluindo:
 - discussão de casos reais com outros profissionais (psicólogo, advogado, juiz)
 - indicação de UTI
 - maiores esclarecimentos a possíveis obstáculos
 - pacientes com seqüelas neurológicas, HIV ou FMOS
 - procedimentos invasivos
 - situações da prática médica
 - termo de conscientização sobre riscos e complicações do tratamento
 - testetunhas de Jeová (como agir com eles?)

Até pela configuração da pergunta, cerca da metade das respostas refere-se a questões de bioética (45%), destacando-se, neste item, assuntos muito relacionados à morte, seja no aspecto mais técnico, como morte encefálica e sua relação com doação e transplante de órgãos, até questões de ordem mais filosófica, como conceitos de eutanásia e distanásia.

Comparando-se as sugestões apresentadas com o programa da Disciplina de Bioética oferecida ao Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, podemos constatar que em muito se aproximam os temas discutidos naquela disciplina com aquilo que os profissionais, em seu exercício, apontam como necessário.

A referida disciplina é dividida em dois módulos de um semestre cada (Bioética I e II), oferecidas, simultaneamente, no segundo semestre (1º ano médico) e no 3º semestre (2º ano médico), conforme catálogo da Comissão de Ensino de Graduação do Curso Médico daquela Universidade.

Entre os temas relacionados no conteúdo da disciplina Bioética I encontram-se “Valores fundamentais na relação médico x paciente : respeito, verdade, liberdade, dignidade, responsabilidade, autodeterminação, justiça”, além de temas como clonagem e transplantes, na disciplina Bioética II, também sugeridos pelos profissionais desta pesquisa.

O que poderia ser apontado como sugestão de inclusão nestas discussões são os aspectos mais legais relacionados ao exercício da atividade médica, além de temas mais específicos da atividade em Unidade de Terapia Intensiva, como utilização de técnicas de suporte avançado de vida, qualidade de vida, humanização em UTI, entre outros, considerando-se que muitos dos profissionais formados por estas e outras Instituições de Ensino, poderão, eventualmente, ao longo de sua vida profissional, deparar-se com a possibilidade de trabalhar numa destas unidades de tratamento intensivo.

Outro modelo de Instituição de Ensino analisado, referente à inserção da Disciplina de Bioética em cursos de formação da área médica, foi a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), onde existe um Núcleo Interinstitucional de Bioética.

No curso de graduação em Medicina, atualmente, há várias disciplinas que têm abordado questões bioéticas, como Medicina Social, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia, as quais têm promovido discussões que permeiam os demais conteúdos programáticos específicos. Na disciplina de Medicina Legal - Deontologia Médica, são desenvolvidas 4 horas-aula enfocando questões bioéticas que se relacionam à prática médica, em seus aspectos de assistência e de pesquisa.

As disciplinas específicas de Bioética I e II são oferecidas como parte integrante do Programa de Pós-Graduação em Medicina - Clínica Médica - em dois semestres de aula, respectivamente, em que são abordados praticamente todos os temas sugeridos pelos profissionais envolvidos nesta pesquisa.

Trata-se, entretanto, de um programa de pós-graduação e a sugestão que poderia ser oferecida, a partir dos dados pesquisados, é a inclusão do conteúdo destas disciplinas no curso de graduação em Medicina, já que nem todos os profissionais médicos participarão do programa de pós e todos eles se beneficiariam das discussões e reflexões promovidas a partir destas disciplinas, considerando-se a inclusão proposta.

Ainda, considerando-se a questão da formação profissional, os dados desta pesquisa confirmam as colocações de SILVA (1996), quando o mesmo enfatiza a necessidade premente da revisão dos currículos da área médica, especialmente da Medicina,

tendo em vista a introdução de disciplinas com “conteúdos humanistas mínimos”, que ofereçam maior subsídio ao profissional diante de questões éticas que constantemente se apresentam em diferentes situações de vida e de trabalho.

Condições de vida do paciente anteriores à internação na UTI:

As condições de vida do paciente, anteriores ao episódio que deflagrou a internação na UTI (ex. nível de autonomia e produtividade), foram objeto de pesquisa na questão de número 13 e as respostas foram as seguintes :

13. AS CONDIÇÕES DE VIDA DO PACIENTE, ANTERIORES AO EPISÓDIO QUE DEFLAGROU A INTERNAÇÃO NA UTI (POR EXEMPLO, NÍVEL DE AUTONOMIA E PRODUTIVIDADE):		(*)
a. devem ser pesquisadas pelo médico na UTI junto ao paciente e/ou família, porque poderão intervir na conduta terapêutica na UTI.	38	65 %
b. em nada interferem nas condutas a serem adotadas pelo médico na UTI.	20	35 %

(*) em cada campo estão expressas as frequências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas, para efeito da pesquisa.

Tal resultado reafirma o citado por YOUNG (1992), que enfatiza o caráter moral das considerações de justiça que devem ser ponderadas numa decisão *antes* que o paciente seja admitido na UTI, de maneira a verificar as possibilidades reais de sua recuperação por meio de recursos técnico-científicos disponíveis naquela Unidade.

Uma questão permanente nos dias de hoje parece não referir-se mais, de maneira exclusiva, à manutenção da vida mas, antes, às condições desta mesma vida, se comparada às anteriores ao episódio que deflagrou a internação na UTI ou, ainda, à qualidade desta mesma vida.

Tal preocupação está presente nos sujeitos pesquisados neste trabalho, quando 65 % afirmam que as condições de vida do paciente, anteriores ao episódio que deflagrou a internação na UTI, devem ser pesquisadas pelo médico junto ao paciente e/ou familiares, porque poderão interferir na conduta terapêutica nesta unidade.

Expectativas de atitudes (relacionadas a si próprio), no caso de tornar-se um paciente de Terapia Intensiva:

A hipótese de considerar-se um paciente de UTI, e refletir sobre as atitudes que esperavam fossem tomadas a seu respeito, foram objeto de pesquisa das questões 14 e 15 e as respostas encontradas foram:

14. IMAGINANDO A HIPÓTESE DE QUE VOCE SEJA UM PACIENTE DE UTI, RESPONDA AS SEGUINTEs QUESTÕES	SIM (*)	NAO
deveria ser admitido na UTI e ter acesso a toda terapêutica disponível, independentemente da expectativa de sobrevida, do índice prognóstico, se calculado, ou da qualidade de vida futura a esta sobrevida	12 22 %	42 78 %
somente deveria ser admitido caso as chances de sobrevida fossem reais, independentemente da qualidade de vida, posterior à internação	24 44,5 %	30 55,5 %
somente deveria ser admitido caso as chances de sobrevida fossem reais, e a qualidade de vida, posterior à internação, fosse significativa para você	37 66 %	19 34 %
manobras de RCR deveriam ser tentadas, sempre que necessárias	24 43,5 %	31 56,5 %

(*) em cada campo estão expressas as frequências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas, para efeito da pesquisa.

A maioria acha que não deveria ser admitido e nem ter acesso a toda terapêutica disponível, independentemente da expectativa de sobrevida, do índice prognóstico, se calculado, ou da qualidade de vida futura a esta sobrevida; entende, ainda, que somente deveria ser admitido caso as chances de sobrevida fossem reais e a qualidade de vida posterior à internação lhe fosse significativa; e apresenta uma opinião dividida entre ser admitido em caso de chances reais de sobrevida, independentemente da qualidade de vida posterior a esta internação, e quanto à utilização de manobras de RCR, sempre que necessárias.

15. CASO FOSSE FECHADO UM PROGNÓSTICO A SEU RESPEITO, E A INEVITABILIDADE DA MORTE FOSSE ALGO SEGURO PARA A EQUIPE DA UTI, ANALISE A ATITUDE QUE VOCÊ GOSTARIA QUE FOSSE ADOTADA COM VOCÊ:	SIM	NAO
	(*)	
omissão de terapia sofisticada (ventilação mecânica, diálises)	53	4
	93 %	7 %
retirada de terapia sofisticada (ventilação mecânica, diálises)	34	23
	59,5	40,5
permanecer com todos os cuidados de terapia sofisticada indeterminadamente	3	53
	5,5%	94,5
administrar doses de medicação (ex barbitúricos ou morfina) suficientes para promover a morte	23	32
	42 %	58 %
manter todo suporte disponível, com exceção de RCR, caso houvessem repetidos casos de parada cardíaca	19	36
	34,5	65,5
desconectar a ventilação mecânica	19	37
	34 %	66 %
continuar com cuidados de terapia intensiva, mas omitindo medidas sofisticadas ou terapia adicional (ex diálise, antibióticos para infecção)	35	21
	62,5	37,5
desconectar todos os tratamentos (antibióticos, alimentação, etc.) menos ventilação mecânica	21	34
	38 %	62 %

(*) em cada campo estão expressas as frequências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas, para efeito da pesquisa.

Pelas respostas apresentadas, a grande maioria acredita ser a omissão de cuidados de terapia sofisticada (“withholding”) a opção mais adequada de condução da situação, acrescida ao fato de que a permanência de todos os cuidados de terapia intensiva indeterminadamente não deve ser mantida, confirmando as opiniões encontradas nas questões a respeito de suas atitudes consideradas ideais referentes aos pacientes de UTI.

As opiniões se dividem em relação à retirada de terapia sofisticada (“withdrawal”), bem como em relação à eutanásia. Apesar de não admitir a prática da eutanásia em relação a seus pacientes, tal prática é admitida por mais de 40 % dos respondentes, quando a situação refere-se a si próprio como paciente.

Principais dificuldades encontradas no exercício das atividades em UTI:

A questão de número 16 pesquisava as principais dificuldades encontradas no exercício de sua atividade em UTI. As respostas foram :

16. DENTRE AS PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS POR VOCE PARA O EXERCICIO DE SUA ATIVIDADE EM UTI ASSINALE	SIM	NAO
	(*)	
política nacional de saúde	42	11
	79 %	21 %
falta de pessoal médico qualificado	23	31
	42,5%	57,5%
falta de pessoal de apoio médico qualificado	35	21
	62,5%	37,5%
falta de equipamentos	35	21
	62,5%	37,5%
falta de leitos disponíveis	27	28
	49 %	51 %
falta de instalações adequadas	32	24
	57 %	43 %
falta de identidade da especialidade (intensivismo)	23	34
	40,5%	59,5%
“lidar” com as condições emocionais do paciente e/ou familiares	30	27
	52,5%	47,5%
constante desgaste emocional promovido pela profissão (UTI)	36	22
	62 %	38 %
outra(s) (descreva)		

(*) em cada campo estão expressas as frequências das respostas e as respectivas porcentagens, sendo que as diferenças encontradas, em alguns casos, entre o número de respostas e o total (60 questionários válidos) estão sendo consideradas respostas perdidas, para efeito da pesquisa.

A maioria aponta, entre as hipóteses apresentadas, a política nacional de saúde. Tal afirmativa, entretanto, por ser de cunho genérico, não permite apontar com maior clareza e objetividade as reais dificuldades encontradas por estes profissionais.

Quando as hipóteses apresentadas são mais concretas e referentes à condições específicas de trabalho na UTI, as principais dificuldades apontadas dividem-se entre a falta de pessoal de apoio médico qualificado, a falta de equipamentos e o constante desgaste emocional promovido pela profissão (UTI):

Entre as dificuldades apontadas, no item “outras”, aparecem questões referentes à remuneração, considerada inadequada, além da excessiva carga de trabalho. Dificuldades com convênios e orientação da população sobre UTI também são citadas e, finalmente, a dificuldade em “lidar” com familiares, morte encefálica, prognóstico fechado e qualidade de vida após a internação na UTI.

Randall (1997), analisando fatores associados à satisfação de residentes americanos em seu processo de treinamento, conclui que cinco características de trabalho foram positivamente associadas com a satisfação destes profissionais, como autonomia, trabalhos que encorajem o crescimento profissional, lealdade do grupo de trabalho, continuidade de atenção e seu próprio processo de ensino-aprendizagem. O conflito de papéis, como uma sexta característica de trabalho, foi negativamente associada com sua satisfação. Características pessoais, como uma visão mais otimista de vida, foram positivamente associadas à satisfação. Diante destes dados, o autor conclui que intervenções baseadas nestas características de trabalho, que interferem em sua satisfação pessoal, podem aumentá-la e podem melhorar os resultados com os pacientes, melhorar a performance no trabalho e melhorar a satisfação dos próprios pacientes. Associando dados desta pesquisa aos coletados no presentes tudo, pode-se levantar a hipótese de que uma intervenção planejada sobre as dificuldades citadas pelos médicos respondentes a pesquisa, também poderá afetar positivamente os seus resultados de seu trabalho.

Conceito de qualidade de vida:

O conceito de qualidade de vida para os respondentes foi pesquisado na questão 17, sendo oferecidas algumas hipóteses para a resposta.

O resultado encontrado foi o seguinte:

17. EM SEU CONCEITO DE "QUALIDADE DE VIDA" OBRIGATORIAMENTE INCLUI-SE:	(*)
nível de produtividade satisfatório para você	36 61%
nível de produtividade satisfatório para você e para a comunidade	37 62,5%
nível de autonomia para tomada de decisões	49 83%
Independência física (poder locomover-se, dirigir, esporte, etc.)	45 76,5%
ausência de doença física limitante	44 74,5%
ausência de doença física não limitante	18 30,5%
total independência financeira	24 41,5%
bom nível de independência financeira	34 57,5%
outra(s) condição (ões) (enumerar)	

(*) nesta questão houve apenas uma resposta considerada perdida para efeito desta pesquisa; desta forma, a diferença entre o número de respostas válidas (total de 59) e o número de respostas obtidas refere-se aos que não assinalaram o item proposto no questionário.

Como característica mais determinante aparece o nível de autonomia para a tomada de decisões. Trata-se de um dado interessante, quando relacionado à possibilidade de autonomia oferecida pelo médico ao seu próprio paciente, quando de sua internação na UTI (respostas dadas às questões de número 8 e 9 do instrumento de pesquisa utilizado). Novamente se confirma a idéia da necessidade da reflexão e da discussão a respeito de tais assuntos.

Entre as hipóteses incluídas no item “outras” aparecem as seguintes respostas: bem-estar emocional, liberdade, afeto recíproco e educação para todos, nível de consciência total, tempo livre para lazer e tempo para descansar e para a família.

Nível de satisfação profissional e pessoal:

Numa escala de 0 a 10, solicitou-se aos respondentes que apontassem seu nível de satisfação profissional com o trabalho em UTI e seu nível de satisfação pessoal atual. As respostas estão transcritas abaixo:

Nível de satisfação profissional	percent.
4	3,5 %
5 a 6	24 %
7 a 8	62 %
9 a 10	10,5 %
Nível de satisfação pessoal	percent.
4	1,5 %
5 a 6	15,5 %
7 a 8	66 %
9 a 10	17 %

Embora não tenha sido encontrada uma diferença significativa entre os dados (satisfação profissional e pessoal), observa-se que a questão profissional aparece como um determinante no nível de satisfação dos respondentes. Um número maior de pessoas afirma ter um nível de satisfação profissional menor do que a pessoal, além de um número também maior de respondentes apontar um nível de satisfação pessoal maior do que a profissional.

Sentimentos e/ou percepções experimentadas no trabalho em UTI:

Numa escala de 0 a 10, foi solicitado aos respondentes que qualificassem os sentimentos e/ou percepções experimentados no exercício de sua atividade profissional em UTI dentre as apontadas na pergunta. Neste item houve profissionais que escalonaram as hipóteses, como solicitado, além dos que somente assinalaram os sentimentos e/ou percepções que lhes diziam respeito. Desta forma, estão descritas as duas formas de respostas encontradas.

sentimento/percepção	escala	percentual
realização profissional	4	2%
(total de respostas = 48)	5 a 6	23%
(respostas perdidas = 12)	7 a 8	48%
	9 a 10	27%
pressão exercida pelo grupo de trab.	0 a 2	25%
(total de respostas = 48)	3 a 4	18,5%
(respostas perdidas = 12)	5 a 6	21%
	7 a 8	21%
	9 a 10	14,5%
angústia	0 a 2	29%
(total de respostas = 48)	3 a 4	23%
(respostas perdidas = 12)	5 a 6	25%
	7 a 8	19%
	9 a 10	4%
frustração profissional	0 a 2	44,5%
(total de respostas = 47)	3 a 4	23,5%
(respostas perdidas = 13)	5 a 6	21,5%
	7 a 8	10,5%
medo	0 a 2	52%
(total de respostas = 48)	3 a 4	21%
(respostas perdidas = 12)	5 a 6	23%
	7	4%
aprovação social	0 a 2	9%
(total de respostas = 45)	3 a 4	7%
(respostas perdidas = 15)	5 a 6	29%
	7 a 8	44,5%
	9 a 10	15,5%
pressão da família do paciente	1 a 2	10,5%
(total de respostas = 48)	3 a 4	6,5%
(respostas perdidas = 12)	5 a 6	52%
	7 a 8	18,5%
	9 a 10	12,5%
conflito pess. na tomada de decisão	0 a 2	27%
(total de respostas = 48)	3 a 4	21%

(respostas perdidas = 12)	5 a 6	29%
	7 a 8	14,5%
	10	8,5%
pressão recebida da própria família	0 a 2	68%
(total de respostas = 47)	3 a 4	15%
(respostas perdidas = 13)	5 a 6	10,5%
	7 a 8	4,5%
	10	2%
reconhecimento profissional	2	10,5%
(total de respostas = 48)	3 a 4	6%
(respostas perdidas = 12)	5 a 6	29%
	7 a 8	44%
	9 a 10	10,5%

sentimento/percepção	sim	não
realização profissional (total de respostas = 8)	87,5%	12,5%
pressão exercida pelo gpo. de trabalho (total de respostas = 7)	57%	43%
angústia (total de respostas = 7)	71,5%	28,5%
frustração profissional (total de respostas = 6)	33,5%	66,5%
medo (total de respostas = 6)	16,5%	83,5%
aprovação social (total de respostas = 8)	37,5%	62,5%
pressão exercida pelos familiares do pac (total respostas = 6)	50%	50%
conflito pessoal na tomada de decisão (total de respostas = 7)	43%	57%
pressão recebida da própria família (total de respostas = 5)	40%	60%
reconhecimento profissional (total de respostas = 7)	85,5%	14,5%

Observa-se que os sentimentos positivos apresentados são apontados como vivenciados em larga escala pelos respondentes, como realização profissional e aprovação social, percebidos por 75 % dos sujeitos entre 7 e 10 pontos.

O grupo de trabalho exerce pouca pressão no exercício profissional, contrária aos familiares do paciente que, para 83 % dos respondentes, é percebida como uma pressão de 5 a 10 pontos.

Sentimentos como angústia, frustração profissional ou medo são percebidos em níveis bastante baixos pela maioria dos respondentes, embora apareçam numa escala alta para uma minoria (entre 7 e 10 pontos).

A existência de conflitos pessoais na tomada de decisão é igualmente percebida em pequena ou em larga escala pelos profissionais, assim como o reconhecimento profissional, enquanto sua própria família não se constitui em fonte de pressão para o exercício de suas atividades profissionais.

OUTRAS ASSOCIAÇÕES:

Outros cruzamentos foram realizados entre algumas respostas dos questionários, de maneira a verificar a existência de associações entre as respostas. Utilizou-se como medida o teste Qui-quadrado e, quando 20 % das frequências esperadas foram menores que 5, foi aplicado o Teste Exato de Fisher.

Seguem-se as análises realizadas:

01. As questões referentes ao conhecimento dos aspectos legais e à possibilidade de punição e de adoção de outras medidas pelo médico, além da preservação da vida do paciente, foram cruzadas conforme gráficos seguintes:

Total de respostas : 57

Respostas perdidas : 03

Q5 2c(possibilidade de punição legal é uma preocupação constante do médico) →

Q5 2b (tenho pleno conhecimento da legislação brasileira no que se refere a práticas em UTI) ↓

frequência percentual	não	sim	Total
não	6 10,5%	18 31,5%	24 42%
sim	8 14%	25 44%	11 58%
Total	14 24,5%	43 75,5%	57 100%

Qui-quadrado = 0,948 (índice esperado para uma boa associação qui-quadrado $\leq 0,05$)

Observa-se que quase metade do grupo investigado (44 %) admite ter pleno conhecimento da legislação brasileira no que se refere a procedimentos relacionados ao oferecimento de suporte avançado de vida em UTI, e a possibilidade de punição legal é uma preocupação constante no que se refere à manutenção da vida em UTI em qualquer situação.

Q5 2d(a atual legislação brasileira impede a adoção de quaisquer outras medidas pelo médico, além da manutenção da vida do paciente a qualquer custo) →

Q5 2b (tenho pleno conhecimento a legislação brasileira no que se refere a práticas em UTI)↓

frequência percentual	não	sim	Total
não	11 19,5%	12 21%	23 40,5%
sim	10 17,5%	24 42%	34 59,5%
Total	21 37%	36 63%	57 100%

Qui-quadrado = 0,157 (índice esperado para uma boa associação qui-quadrado $\leq 0,05$)

Pela análise estatística realizada, não há associação entre as respostas dadas em nenhuma das duas situações em que foi feito o cruzamento de dados.

02. As condições de vida do paciente de UTI, anteriores ao episódio de internação, como fator a ser considerado antes do início de determinados procedimentos terapêuticos, foram objeto de pesquisa em duas perguntas diferentes do questionário e realizou-se a associação entre as duas respostas, conforme gráfico abaixo:

Q13 (as condições de vida do paciente, anteriores à internação na UTL, devem ou não ser pesquisadas pelo médico) →

Q5 2a (antes do início de uma terapêutica mais invasiva em UTL, as condições anteriores de vida do paciente devem ser pesquisadas) ↓

freqüência percentual	não	sim	Total
não	5 9%	7 12,5%	12 22%
sim	31 56,5%	12 22%	43 78%
Total	36 65,5%	19 34,5%	55 100%

Teste Exato de Fisher = 0,084 (índice esperado para uma boa associação T.E.F. $\leq 0,05$)

Observa-se que houve uma associação próxima entre as respostas dadas em questões diferentes, o que pode demonstrar a autenticidade das respostas.

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS ABERTAS DO QUESTIONÁRIO

Quatro questões abertas foram incluídas no instrumento de pesquisa, com o objetivo de coletar dados a respeito dos seguintes aspectos:

01. relação entre as características/dificuldades profissionais do trabalho em UTI e a dinâmica da vida pessoal, familiar e social dos sujeitos da pesquisa;
02. aspectos motivacionais relacionados à escolha profissional destes médicos;
03. seu conceito a respeito de Deus;
04. sua opinião sobre o que acontece depois da morte.

As respostas foram tabuladas e categorizadas quantitativamente e os resultados foram os seguintes:

COMO AS CARACTERÍSTICAS/DIFICULDADES PROFISSIONAIS ADVINDAS DO TRABALHO EM UTI INTERFEREM NA DINÂMICA DE SUA VIDA PESSOAL, FAMILIAR E SOCIAL ?

Dos 60 participantes da pesquisa, 09 deles (15 %) não responderam à questão formulada.

Dos sujeitos da pesquisa, 25 % afirmaram que as condições de trabalho não interferem ou que há pouca interferência na dinâmica de sua vida pessoal, familiar ou social, seja por não falarem do trabalho em casa ou fora dos hospitais, ou simplesmente por não interferir. Dos respondentes, 60 % fizeram afirmações em que se pode notar uma distinção entre uma influência positiva e uma influência negativa.

Entre os aspectos positivos, (18% das respostas obtidas) destacamos aqueles referentes à real possibilidade oferecida pelo trabalho em UTI de “cuidar” do paciente, “ser médico”, de exercer plenamente o papel de médico. Outro aspecto citado refere-se à revisão de valores pessoais, passando a enfatizar mais aspectos positivos da vida pessoal e familiar, como a própria saúde e a qualidade de vida. Há, ainda, a referência sobre o “desafio” desta área profissional, que acaba por constituir-se num incentivo ao preparo pessoal.

Finalmente, são citadas as condições de trabalho (boa retaguarda e equipamentos para um tratamento adequado, além de um horário fixo de trabalho) como aspectos positivos. Uma melhora na vida associativa, entendida como a possibilidade de pertencer a grupos, a partir do trabalho em UTI, foi citada.

Os aspectos negativos, correspondentes à 82 % das respostas obtidas, referiam-se basicamente a dois aspectos:

- horário e características do trabalho em UTI (45% das respostas);
- sentimentos negativos promovidos pelo trabalho (55% das respostas);

Citou-se o horário de trabalho, em alguns casos excessivo, relacionado à baixa remuneração, e suas características, como o “afastamento” que o mesmo promove da vida familiar e social ou, ainda, o “desgaste” físico e emocional que o trabalho promove, o que também interfere diretamente na relação familiar e social.

São citadas as situações em que “a paciência diminui para com a família”, o horário de trabalho diminui o tempo para sair com a família e, conseqüentemente impede manter ou ampliar a vida social, além do plantão noturno restringir a vida familiar.

Muito é falado a respeito de sentimentos negativos, ou não bem definidos, promovidos pelo trabalho em UTI, voltados, entre outros aspectos, para questões reflexivas sobre valores e condutas profissionais e pessoais, como exemplo, a tristeza em relação a pacientes jovens ou crianças com mau prognóstico, ou, ainda, pacientes vítimas de erro médico. Das citações encontradas, destacamos as seguintes, que foram expressas por pelo menos dois participantes da pesquisa:

- *“endeusamento” da especialidade e a conseqüente expectativa gerada na comunidade, no sentido de aumentar a “cobrança” sobre os resultados positivos do trabalho do profissional;*
- *maior “stress”, com influência nos relacionamentos gerais e na parte emocional;*
- *alteração de humor pelo trabalho na UTI, além da falta de condições para enfrentar emergências que ocorrem;*
- *mudança de temperamento, tornando-se um pouco mais “frio”;*
- *os níveis de decisão diárias são muito sérios e levam à reflexão;*
- *perda de “subjetividade”; desvalorização de coisas importantes;*
- *vida do paciente interfere com a “desesperança” do médico.*

Como observado, trata-se de citações de ordem bastante subjetivas que, seguramente, comportariam uma análise mais aprofundada, possivelmente por meio de uma pesquisa qualitativa, entrevistas e outros instrumentos.

VOCÊ PODERIA PRECISAR AS RAZÕES QUE O LEVARAM A EXERCER SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS EM UTI ?

Com esta pergunta, esperávamos verificar as possíveis condições motivadoras para o exercício desta atividade profissional. Dentre os aspectos mais relevantes, destacam-se :

Sete dos profissionais não responderam a esta pergunta e, portanto, 88,5% dos respondentes fizeram alguma referência à questão. Duas grandes categorias de respostas foram obtidas.

Os aspectos financeiros foram referidos por 13 % dos respondentes, podendo ser entendidos como a possibilidade de esta área profissional oferecer uma remuneração considerada necessária, embora nem sempre satisfatória, como afirmado por alguns na questão anterior.

A segunda categoria estabelecida refere-se às características da especialidade e do próprio paciente. As citações mais encontradas (e o número de vezes em que apareceram - frequência) foram:

RESPOSTAS	freq.
• possibilidade de ação rápida objetiva e dinâmica no tratamento do paciente	10
• gosto pelo paciente grave	10
• alto índice resolução de casos	06
• gosto / aptidão por urgência médica	04
• desafio profissional	03
• pacientes realmente doentes	03
• possibilidade de trabalho	03

• possibilidade de salvar vidas	03
• satisfação pessoal	03
• identificação com a especialidade e grupo profissional	02
• possibilidade de oferecer um bom tratamento	02
• possibilidade de sentir-se útil e capaz	02
• realização profissional	02
• satisfação em ajudar o próximo	01
• sensação de auto-suficiência	01
• possibilidade de aliviar sofrimento	01
• possibilidade de cura	01

Características da especialidade, definidas como presteza de atendimento, dinamismo, rapidez, objetividade e alto índice de resolução, associadas ao interesse pelo paciente grave, parecem ser as grandes fontes motivacionais destes profissionais. Por outro lado, o profissional parece impulsionar-se pelo constante desafio, como o pequeno e constante limiar entre vida e morte a que se vê diariamente submetido.

O profissional parece pautar-se, ainda, por sentimentos de “utilidade” pessoal, que parecem garantir-lhe um elevado nível de satisfação e realização pessoal e profissional.

O QUE É DEUS PARA VOCÊ ?

Oito profissionais não responderam a esta questão e, portanto, 86.5% fizeram alguma referência a esta pergunta. Duas das respostas encontradas referem-se a uma dificuldade para definir, ou ainda, um “enigma”. Três afirmam não saber e outras três se referem a “mecanismo para superar o desespero”, a um “mito criado à imagem e semelhança do homem” ou, ainda, como muito pouco provável que exista.

Cerca de 78 % dos participantes desta pesquisa fizeram alguma referência ao conceito de Deus e a citação mais encontrada (cerca de 30 % das respostas) refere-se a um Ser Criador, Supremo e Absoluto em todo o Universo.

Estes dados parecem confirmar as afirmações de KÜBLER-ROSS (1991), segundo as quais estaríamos, como humanidade, saindo de uma era de ciência, tecnologia e materialismo exclusivo, para uma era de genuíno e autêntico espiritualismo, entendido não como religiosidade, mas como espiritualidade, que é, para a autora, a consciência da existência de algo maior que nós, de um Ser que criou este universo, criou a vida e a consciência de que somos parte significativa dele próprio.

Seguem-se as demais citações a respeito do conceito de Deus e suas respectivas frequências:

RESPOSTAS	freq.
• "algo" maior que existe e comanda tudo e todos	02
• entidade interna para recorrer quando angustiado, da energia para vida e trabalho	02
• força moderadora, natural, que interfere na vida	02
• pai e criador	02
• "start" que nos permite existir	01
• algo superior que traz equilíbrio e esperança	01
• centro de uma vida e morte felizes	01
• entidade espiritual perfeita	01
• entidade superior, que mostra como comportar-se para ajudar ou não atrapalhar	01
• essência da vida, que determina os rumos da vida	01
• força maior	01
• inteligência superior, ininteligível	01
• lógica que rege o mundo sem que o ser humano seja capaz de entender	01

• natureza	01
• necessidade de sentir alguém superior para proteger e confiar	01
• necessidade do homem para justificar e entender as limitações da vida e de si mesmo	01
• Pai, Mãe, a quem devo render graças por existir, servir e viver	01
• parte diária da vida	01
• poder subconsciente	01
• princípio da vida, infinito e etéreo	01
• regente que sabe e pode interferir, mas não o faz nas individualidades	01
• sabedoria infinitamente superior a dos homens	01
• segurança	01
• Senhor sobre tudo e todos, ao qual fomos feitos à imagem e semelhança	01
• ser bom, generoso, presente em todas as religiões com nomes diferentes. Pai que não quer sofrimento dos filhos	01
• ser de extrema sabedoria que deixou ensinamentos e experiências para serem seguidos	01
• ser supremo	01
• soberano, justiça, conforto, estêlo, socorro	01
• universo	01

O QUE VOCÊ ACHA QUE ACONTECE DEPOIS DA MORTE ?

Dos participantes da pesquisa, 13,5 % não responderam a esta pergunta, 18,5 % afirmaram não saber ou não ter uma opinião a respeito e 6,5 % disseram que não deve acontecer nada.

Como constatado pelos dados da pesquisa, as várias respostas encontradas a esta pergunta confirmam a opinião de KÜBLER-ROSS (1991), que diz que a despeito da nossa existência como seres humanos datar de milhões de anos, ainda não temos entendimento

claro sobre questões, consideradas pela autora como básicas, referentes ao significado e ao propósito da vida e da morte.

As respostas dos 61,5 % restantes foram:

RESPOSTAS	freq.
• outro nível de existência espiritual e/ou outros planos	03
• alma deixa corpo e vai para outro plano, sem tempo, espaço, conflito ou limites	02
• alma sobrevive	02
• energia se dispersa e depois se reagrupa	02
• há fases em que creio em reencarnação	02
• nova vida ?	02
• para quem crê, haverá vida eterna com Deus, e para quem não crê, haverá o inferno e a morte	02
• reencarnação ou nível superior	02
• vida espiritual	02
• algo que justifique a vida, mas que ninguém sabe, até a própria morte	01
• alma vai para junto do Criador	01
• com certeza há algo pouco ou nada conhecido: prazer em conhecer	01
• corpo decompõe-se e o espírito permanece	01
• deixar de existir	01
• espírito persiste e vai para o céu ou inferno	01
• gostaria de continuar vivendo mais perto de Deus	01
• gostaria de ter certeza de continuidade da vida para não perder o aprendido	01
• lugar de reencontro com todos, com novas funções	01
• morte eterna ou vida com Jesus	01
• nova etapa de evolução	01
• paz	01

• pergunta filosófica e de difícil resposta	01
• possivelmente algum estado de consciência espiritual	01
• reciclagem de matéria	01
• transferência de energia	01
• indo acaba (fica o que se fez)	01
• um enorme vácuo	01
• vida, aprovo reencarnação	01

VOCÊ É RELIGIOSO ?

A esta questão fechada, de número 23 do questionário aplicado nesta pesquisa, foram obtidas as seguintes respostas:

RESPOSTAS	frequência	porcentagem
branco	4	7%
não	10	16,5%
não muito	16	26,5%
pouco (regular)	17	28,5%
bastante	10	16,5%
realmente muito	3	5%
TOTAL	60	100%

A questão religiosa tem despertado interesse nos diversos ramos do conhecimento humano, seja na Filosofia, Antropologia, Sociologia, Psicologia, entre outros.

Pelas respostas obtidas no presente questionário, observa-se que apenas 16,5 % negam o fato de possuírem alguma religião, enquanto os demais, em diferentes graus, expressam alguma religiosidade. Tais achados confirmam o citado por AMARO (1996) que afirma que à medida que o homem amadurece, preocupa-se com o aperfeiçoamento da ética e da própria religião e que o homem maduro é espiritualizado.

Para este autor, desde o início da história da humanidade, pode-se constatar, pelos documentos e relatos históricos e religiosos, a existência de sentimentos que se manifestam como funções emocionais próprias do espírito humano, carregadas de valores, que acabam por orientar a atividade humana, como, por exemplo, egoísmo e generosidade, intolerância e perdão, pulsões de destruição e de construção, entre outros. A maturidade humana implica em reconhecer estas funções, administrá-las e aliá-las às funções da mente.

Neste aspecto, para o mesmo autor, a bioética vem ganhando terreno, em diferentes países, como uma nova disciplina que abre uma atividade educativa e holística, procurando integrar a cultura técnico-científica da ética propriamente dita, observada através das ciências naturais, com a cultura humanística, que fornece elementos mais abrangentes.

A relação, pois, entre religião, valores, aspectos éticos e bioéticos, presentes no exercício profissional, constitui-se um tema extremamente vasto, que pode tornar-se objeto de uma nova pesquisa.

CONCLUSÃO

Ao iniciar o capítulo referente à conclusão da presente pesquisa, é importante ressaltar que ela foi constituída por um estudo de caráter descritivo-exploratório, através do qual nos foi possível levantar uma série de dados referentes aos temas da própria pesquisa e que estes deverão ser objeto de novos estudos subseqüentes, com objetivo de aprofundar os conhecimentos ora levantados.

Considerando os objetivos geral e específicos estabelecidos para esta pesquisa, apontamos as conclusões seguintes, acrescidas de sugestões e/ou comentários que foram julgados pertinentes:

01. Tudo nos leva a crer que a utilização de um questionário auto-aplicável e anônimo, em que foram garantidas condições de sigilo quanto à não identificação dos respondentes, possibilitou a investigação das opiniões e critérios pessoais dos médicos que participaram desta pesquisa, em relação a seus temas, critérios estes entendidos como aqueles que envolvem uma dimensão de juízo e valores próprios de cada um.

Todavia, o anonimato trouxe também uma desvantagem, que é de não possibilitar o aprofundamento de certos temas, que demandariam uma investigação de caráter qualitativo.

02. As opiniões e os critérios acima referidos, usados na aplicação de técnicas de suporte avançado de vida em pacientes de UTI, foram investigado pelas questões de número 3 e 5 do questionário auto-aplicável, concluindo-se que a omissão da terapêutica sofisticada (“withholding”) é a prática mais freqüente efetiva destes profissionais (65%), conforme dados estatísticos descritos no corpo do trabalho.

A administração deliberada de grandes doses de medicações com o objetivo de promover ou apressar a morte (eutanásia), embora entendida como uma prática que poderia aliviar o sofrimento de determinados pacientes, segundo a opinião de aproximadamente metade dos sujeitos (56%), não é uma prática efetiva para a totalidade dos mesmos (100%).

Iniciar e **permanecer** com todos os cuidados de terapia sofisticada, **indeterminadamente**, também não é uma medida adotada pela maioria dos profissionais (82%) e, ainda, a grande maioria (95%) entende que “**morrer com dignidade**” é uma possibilidade a ser considerada pelo médico em casos de pacientes terminais em UTI. “Preservar a vida a todo custo” não é entendido, por 93,5% dos respondentes, como uma função dos médicos na UTI. Isto se confirma quando se verifica que a prática da “distanásia”, entendida como a utilização de todo suporte avançado de vida em pacientes de UTI, independente dos benefícios que estes pacientes possam ou não estar usufruindo deste suporte, até que a morte ocorra naturalmente, é visto como aplicável a **apenas alguns casos** específicos de UTI, para cerca de 80% dos respondentes. Estes respondentes opinam que cabe ao médico analisar as situações específicas, considerando sua viabilidade.

Apesar dessas opiniões, entretanto, a retirada da terapêutica sofisticada (“withdrawal”) não é prática efetiva para 93,5% dos profissionais envolvidos na pesquisa.

03. Estabeleceu-se um paralelo entre as atitudes reais (entendidas como aquelas efetivamente adotadas pelos profissionais nas diversas situações de trabalho) e as atitudes ideais (entendidas como aquelas que os profissionais acham que deveriam adotar nas diversas situações de trabalho) pela comparação entre as respostas às questões de números 1 e 2, 3 e 4 e 5 e 6.

Como medida de concordância entre o real e o ideal aplicou-se o coeficiente de Kappa, o qual representa excelente concordância quando é maior que 0,75, concordância boa se seu valor está entre 0,40 e 0,75 e concordância ruim se o valor está abaixo de 0,40.

A primeira comparação (questões 1 e 2) referia-se aos critérios utilizados para admissão de pacientes em UTI, considerando-se seu ponto de vista pessoal, o do médico assistente e o do paciente e/ou familiares.

Foram apresentadas três situações possíveis para serem analisadas pelos respondentes, a saber, a admissão de pacientes sem expectativa de sobrevida por mais de poucas semanas, a admissão com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida será muito pobre, de acordo com a opinião do respondente e, finalmente, a admissão de paciente em UTI com chances limitadas de sobrevida (ou baixo índice prognóstico, se calculado).

No total dos nove cruzamentos estatísticos realizados entre os três critérios apresentados para a admissão de pacientes em UTI (o critério pessoal, o do médico assistente e o do paciente e/ou familiares) e as três situações possíveis sugeridas (referentes à condição de sobrevivência do paciente), não foi encontrado nenhum índice de concordância excelente ($> 0,75$) entre as atitudes reais e as ideais. Cinco cruzamentos obtiveram índice de concordância bom e quatro deles foram considerados ruins.

Verificou-se, ainda, que os menores coeficientes obtidos e, portanto, os menores índices de concordância encontrados entre as atitudes reais e ideais referem-se às situações envolvendo as opiniões dos médicos assistentes, parecendo demonstrar uma discordância entre as opiniões do médico de UTI e estes profissionais em várias situações de trabalho.

A segunda comparação (questões 3 e 4) relacionava-se à utilização de técnicas de suporte avançado de vida em pacientes de UTI, com a utilização do mesmo coeficiente Kappa para aferição da comparação entre atitudes reais e ideais. As técnicas utilizadas, objetos das perguntas do questionário, foram omissão de terapia sofisticada (“withholding”), retirada de terapia sofisticada (“withdrawal”), administração deliberada de grandes doses de medicações com efeito de analgesia/sedação, até que a morte ocorra naturalmente, início e permanência indeterminada de todos os cuidados de terapia sofisticada e a administração deliberada de grandes doses de medicações com objetivo de promover ou apressar a morte (eutanásia).

Novamente, nenhum índice de concordância excelente foi encontrado, sendo obtidos bons índices no que se refere à omissão de terapia sofisticada (“withholding”) e a administração de medicações para efeito de analgesia ou sedação, indicando que, nestes aspectos, os profissionais agem como realmente acham que deveriam agir.

Por outro lado, no que se refere à retirada de terapia sofisticada e à permanência indefinida de todos os cuidados de terapia sofisticada, há índices de concordância ruins, indicando que uma parcela destes profissionais não pratica a retirada da terapia sofisticada, embora acredite que deveria fazê-lo, e em relação ao início e permanência de todo suporte avançado de vida, 15% dos respondentes agem desta forma, embora acreditem que não deveriam fazê-lo e 1,5% deles não agem assim, embora acreditem que deveriam fazê-lo.

A última comparação (questões 5 e 6) ligava-se à decisão sobre cuidados terminais em pacientes de UTI. O coeficiente Kappa encontrado nesta correlação foi 0,1732, indicando que há uma concordância ruim entre a realidade a respeito da decisão dos cuidados terminais em pacientes de UTI e sua prática efetiva.

Para 59,5 % dos respondentes esta decisão está praticamente a cargo do “staff” médico, o que provavelmente a torna uma decisão pouco compartilhada e, portanto, unilateral, enquanto que para 64 % destes profissionais esta mesma decisão deveria ser compartilhada entre o “staff” de UTI (médicos, enfermagem e demais profissionais) e o próprio paciente e/ou familiares.

Por estes resultados, pode-se concluir que a vivência efetiva de uma equipe inter ou multidisciplinar ainda está bastante distante da realidade de trabalho destes profissionais.

Independentemente das situações específicas em que estes índices foram calculados e que poderão ser melhor analisadas no corpo deste trabalho, queremos enfatizar como conclusão a discrepância permanente entre atitudes reais e atitudes ideais a que estão submetidos estes profissionais em seu exercício de trabalho diário, o que poderá trazer implicações em seu equilíbrio emocional.

A situação de não coincidência observada entre as atitudes ideais e reais, pode constituir-se em uma situação facilitadora para o aparecimento de conflitos internos que, segundo COLEMAN (1973) são fontes geradoras de tensão que, se excessiva, pode levar à uma diminuição no nível de ajustamento pessoal, à inadequação e à uma quebra do funcionamento psicológico integrado.

As reações à situação de tensão, para o autor, são acompanhadas por estados emocionais específicos, muito variáveis, podendo-se destacar, entre eles, estados de hostilidade, medo ou angústia.

Além disso, a adaptação à situação de tensão é “dispendiosa” sob o ponto de vista psicológico, podendo ocasionar um desgaste de todo sistema psicológico.

Segundo o mesmo autor, diante de situações contínuas de tensão, como parecem ser aquelas a que estão submetidos os sujeitos desta pesquisa, os recursos de adaptação podem ser ultrapassados, podendo ocasionar uma “descompensação” da personalidade, caracterizada por comportamentos cada vez mais desorganizados e desordenados, podendo, como já dissemos, comprometer o equilíbrio emocional destes profissionais.

04. O programa de educação médica (cursos de graduação e/ou residência) foi avaliado pelos profissionais participantes da pesquisa, nas questões de número 11 e 12, no que se refere a discussões a respeito de questões éticas, consideradas, ou não, suficientes e satisfatórias, naquele programa.

Concluiu-se que 88 % dos sujeitos consideraram insuficientes as discussões promovidas a respeito deste item e a totalidade (100 %) afirma que os programas de educação médica deveriam incluir mais discussões sobre assuntos éticos.

Solicitados a sugerir que poderiam ser incluídos nos programas citados, obtivemos sugestões agrupadas em cinco categorias, englobando aspectos legais (14 %), respeito à individualidade e direitos do paciente (16%), relacionamento entre o médico de UTI, seu paciente e/ou os familiares deste (18 %) e temas referentes à Bioética (42 %).

05. Pelo dados levantados nesta pesquisa, conclui-se que o consentimento informado do paciente consciente, objeto de investigação nas questões de números 08 e 09, não é uma prática diária dos médicos respondentes e, ainda, para mais da metade dos respondentes (52,5%) este consentimento não deveria ser solicitado, porque poderia limitar os procedimentos médicos em relação ao paciente internado na UTI.

Mesmo na hipótese de que o médico saiba pelo próprio paciente e/ou por seus familiares que o mesmo é contrário a um procedimento julgado pelo profissional como necessário e vital, 43 % dos respondentes tratariam o paciente corretamente, contrariando seus desejos e vontades e somente 2 % aceitariam a decisão e não interfeririam.

Quando estes profissionais foram, entretanto, questionados a respeito do seu conceito sobre qualidade de vida na questão de número 17, 83 % dos respondentes afirmam que obrigatoriamente incluiriam, neste conceito, seu nível de autonomia para tomada de decisões. Estes dados indicam uma discrepância entre seu próprio conceito de qualidade de vida e o que este profissional permite que seu paciente vivencie, em se tratando de sua própria autonomia deste mesmo paciente.

06. Mais da metade dos médicos participantes da pesquisa (66 %), ao responder as questões 14 e 15, a respeito de suas expectativas de atitudes (relacionadas a si próprios) em Terapia Intensiva, na eventualidade de virem a se tornar um paciente desta Unidade, diz que somente deveria ser admitida na UTI caso suas chances de sobrevivência fossem reais e a qualidade de vida posterior à internação fosse significativa para ela própria.

A ênfase em qualidade de vida posterior, que justificaria a internação na UTI, caso viesse a ser significativa, contraria suas atitudes em relação ao paciente, já que cerca de 90 % dos médicos participantes desta pesquisa afirmam que efetivamente admitem na UTI pacientes com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida será muito pobre, de acordo com sua opinião.

Esta não é, entretanto, sua postura ideal já que, pelos dados da pesquisa, idealmente apenas 24 % dos médicos adotariam esta última conduta citada.

Considerando-se tais resultados, novamente, enfatiza-se a necessidade de uma ampliação na reflexão e discussão a respeito destes temas, como autonomia e qualidade de vida, seja entre os próprios profissionais, seja em relação à própria sociedade.

07. A motivação para sua escolha profissional (trabalho em UTI) foi avaliada por uma questão aberta, a de número 22, em que os profissionais deveriam identificar as principais razões que o levaram a exercer suas atividades profissionais na UTI.

Pelas respostas obtidas conclui-se que duas grandes categorias mobilizaram esta escolha, uma delas associada ao aspecto financeiro, entendido como a possibilidade de esta área profissional oferecer uma remuneração considerada necessária, embora nem sempre entendida como satisfatória por alguns dos respondentes. A outra categoria refere-se às

características da especialidade e do próprio paciente de UTL. Exemplificando esta categoria, citaram-se a possibilidade de ação rápida, objetiva e dinâmica no tratamento do doente e o “gosto” pelo paciente grave.

Considerando-se tais resultados, pode-se sugerir a possibilidade de um novo estudo, desta vez procurando relacionar características de personalidade e o exercício profissional, já que a busca por tal situação especial de trabalho pode estar associada a traços específicos de personalidade.

Pode-se sugerir, ainda, uma investigação maior acerca deste “gosto” pelo paciente grave, mencionado por vários dos respondentes e seu significado específico para os mesmos, o que pode constituir uma nova pesquisa posterior.

08. Questionados a respeito de sua opinião e/ou conhecimento a respeito de aspectos da legislação brasileira relacionados à manutenção da vida em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva, na questão de número 05, conclui-se que a possibilidade de punição legal é muito mais uma preocupação destes profissionais, considerando-se que 76 % dos respondentes assim se colocaram, do que efetivamente reflexo da própria legislação em vigor, se considerarmos que 58,5 % dos profissionais têm pleno conhecimento a respeito da legislação brasileira.

09. As respostas às perguntas do questionário, que foi instrumento deste trabalho, nos permitem concluir que as principais dificuldades dos médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva no exercício diário de sua atividade referem-se à política nacional de saúde.

Este item, apesar de ter sido incluído na relação de alternativas da questão de nº 16, trata-se de um aspecto muito amplo, que pode admitir vários significados para os diversos respondentes.

Quando, entretanto, lhes são apresentadas alternativas mais diretamente associadas à sua prática profissional, as maiores dificuldades apontadas são a falta de pessoal de apoio médico qualificado, falta de equipamentos e, praticamente na mesma intensidade, **o constante desgaste emocional promovido pela profissão (UTI).**

Considerando-se esta última informação, pode-se sugerir que, por meio de um trabalho de divulgação dos dados desta pesquisa entre os profissionais, seja oportunizada uma reflexão acerca destas condições, de maneira a minimizar as dificuldades apontadas no exercício profissional, e possibilitar que estas práticas (de reflexão e da própria atividade de trabalho) sejam instrumentos cada vez mais úteis à manutenção e/ou melhoria da qualidade de vida de seus ocupantes.

10. Opiniões dos profissionais a respeito da relação entre suas condições de trabalho e sua vida pessoal, familiar e social foram levantadas por uma questão aberta de número 21 e observa-se que 85 % dos participantes da pesquisa responderam a esta pergunta, havendo, portanto, 15 % de recusa à resposta.

Do total de respondentes, 25 % afirmam que não há interferência, (ou, pelo menos, que ela é muito pequena), entre as condições de trabalho e a vida familiar, pessoal e social.

Do total de respostas obtidas, cerca de 18 % referem-se a condições de interferência positiva entre trabalho e vida pessoal, dentre as quais destacamos a possibilidade de exercer plenamente o papel de “médico”, de cuidar do paciente e de ter a oportunidade de revisão de seus valores pessoais, passando a enfatizar mais aspectos positivos da vida pessoal e familiar, como a própria saúde e a qualidade de vida.

Novamente, encontramos, aqui, outro dado de grande interesse, que poderá ser ampliado e melhor estudado em pesquisas posteriores.

Por outro lado, 82 % das respostas obtidas referem-se a aspectos negativos, entre os quais o horário e as características do trabalho em UTI, que impedem uma vida familiar mais próxima, e vários sentimentos negativos promovidos por este tipo de trabalho, entre os quais tristeza em relação a pacientes jovens ou crianças com mau prognóstico, pacientes vítimas de erros médicos e “stress” profissional.

11. As perguntas finais e abertas do questionário foram sobre as opiniões destes médicos a respeito do que é “Deus” para ele e sobre o que eles imaginam ocorrer após a morte. Das respostas obtidas, concluiu-se que 78 % dos participantes da pesquisa têm algum tipo de crença, já que fizeram alguma referência ao conceito de Deus e, basicamente, com a imagem de um Ser Criador, Supremo e Absoluto em todo o universo.

Em relação à opinião dos respondentes sobre o que imaginam ocorrer após a morte, mais da metade (61,5 %) manifestou algum tipo de crença, entre elas a transformação de energia vital em outras formas de energia, conceitos reencarnacionistas, e a possibilidade de continuidade de vida eternamente. Este aspecto também sugere uma ampliação posterior, dada a relação íntima existente.

12. Considerando-se que as atitudes das pessoas devem estar relacionadas a uma estrutura psíquica fundamentada, entre outros aspectos, num conjunto de crenças e valores, conclui-se pela necessidade de um levantamento a respeito de uma escala pessoal de valores dos médicos que atuam em UTI's, de maneira a investigar esta possível relação.

Para SCHEIBE (1970), o que a pessoa faz (seu comportamento) depende do que ela quer (seus valores) e do que ela considera ser verdadeiro ou preferível (suas crenças) sobre ela mesma e sobre o mundo (que constitui seu "sistema psicológico"). Esta realidade psicológica, entretanto, não é fixa e absoluta.

Para o autor citado, pesquisas sobre crenças e valores são também influenciadas pelo desenvolvimento das ciências do comportamento, em geral, e pelas mudanças da própria sociedade, e, boa parte dos conflitos humanos, são, freqüentemente, oriundos da psicologia das crenças e valores.

Ainda para este mesmo autor, o procedimento científico é uma manifestação dos julgamentos dos valores coletivos. O perigo, entretanto, é que os cientistas, freqüentemente não compreendem como os valores funcionam na ciência e, então, podem, inadvertidamente, delegar a esta ciência o problema de decidir o que é melhor para a sociedade.

Confirma-se, desta maneira, a necessidade, já apontada como conclusão do presente trabalho, de uma investigação mais aprofundada a respeito do sistema de valores destes profissionais pesquisados e sua relação com sua atitude real diante das várias situações de trabalho.

13. À medida que os dados desta pesquisa forem divulgados e considerando-se a natureza e amplitude dos resultados obtidos, concluímos que seja possível gerar condições promotoras de uma discussão entre os médicos e a própria sociedade sobre critérios para utilização de técnicas de suporte avançado de vida a pacientes de UTI.

14. Apontamos, ainda, a necessidade já referida em vários tópicos anteriores, de ampliação da pesquisa, possivelmente por meio de uma pesquisa qualitativa, com objetivo de que os dados atuais, de natureza quantitativa, sejam analisados numa outra perspectiva.

SUMMARY

A questionnaire was sent to Intensive Care Unit's physicians of 16 (sixteen) Hospitals of Campinas (SP) in a convenience sample. The instrument was compound of 21 (twenty one) closed questions, and 04 (four) open questions, to identify this professional's attitudes in diary work's experience towards the next subjects: ICU admission, life support's technics, end-of life decisions and informed consent of ICU's patients; confrontation between ideal attitudes and real attitudes in diary work practices was established to get a coincidence's relation, or not, between two positions. An excellent coincidence relation wasn't found in neither of the intersections, a good relation was found in seven of them and a bad in seven others of them; this relations was studied by Kappa's coefficient. Opinions about Bioethics concepts in work's practice and in medical formal instruction were explored, and their opinion about a medical ethic consultant worker. All of them (100 %)agree about including ethics and bioethics subjects in medical formal education. Questions about Brazilian's laws denote that 58,5 % have full information about them and 76 % are afraid about legal punishment. Attitudes towards ICU's physicians expectancy about their own admission in these Units were searched and 66 % say only admission with real survival chances and a significant posterior life quality. Principal difficulties/feelings in work practice point national health politic (80 %), qualified support technique professionals absence (62,5%) and personal meaning of "life quality" includes a good level of financial independence (necessary) to 83,5 % and the level of autonomy to make decisions to 83 %. The personal and professional satisfaction levels were searched and appear an index between 7 and 8 points (0 to 10 scale) to 66 % to personal satisfaction and the same index to 62 % for professional satisfaction. Finally, through open questions, were asked about the relations between work's conditions and family, personal and social life, their work motivation to work in ICU and their God's conception, and their opinion about what happen after death; the data were quantitative distinguished and tabled.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, R. Emotional dissonance in organizations: antecedents, consequences and moderators. **Genet.Soc.Gen.Psychol.Monogr.** May, 124(2):229-46, 1998.
- AMARO, J. W. F. **Psicoterapia e religião**. São Paulo:Lemos Editorial, 1996.
- ASSAD, J.E. Relação médico-paciente no final do século XX. In: Assad JE, (coord.). **Desafios éticos**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 104-112, 1993.
- BALDWIN, P.J.; Dodd, M.; Wrate, R.W. Young doctors' health. How do working conditions affect attitudes, health and performance? **Soc.Sci.Med.** Jul;45(1):35-40, 1997.
- BERLINGUER, G. **Questões de Vida (Ética, Ciência, Saúde)**. Salvador, São Paulo, Londrina. APCE-Hucitec-Cebas, 1993.
- BYRNES, D.P. Editorial. **Anaesthesia**, 48(12): 1025-1026, Dec., 1993.
- CAMARGO, M.C.Z.A. O ensino da Ética médica e o horizonte da Bioética. In: **Bioética**. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 4:47-51, 1996.
- CANDOTTI, E. Os monstros são filhos do silêncio. In: Assad JE, (coord.). **Desafios éticos**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 251-55, 1993.
- CASSORLA, R.M.S. A morte no contexto hospitalar: aspectos institucionais. In: Torres WC, Guedes WG, Torres RC, (coords). **A psicologia e a morte**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 57-66, 1983.
- COHEN, C. & Segre, M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In Segre M. & Cohen C. (orgs). **Bioética**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995.
- COHEN, C. & Marcolino, J.A.M. Relação médico-paciente. In Segre M. & Cohen C. (orgs). **Bioética**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995.
- COLEMAN, J.C. **A Psicologia do Anormal e a Vida Contemporânea**. Trad. Dante Moreira Leite e Miriam Moreira Leite. S.P. Ed. Pioneiras, 1973.

- CULVER, C.M. Casos passíveis de questionamento ético. In Segre M, Cohen C (orgs). **Bioética**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995.
- DANIS, M. Improving end-of-life care in the intensive care unit: what's to be learned from outcomes research?, **New-Horiz**. Feb; 6(1): 110-8, 1998.
- DIAS, H.P. Bioética. Implicações com as práticas médicas e as normas deontológicas e jurídicas no Brasil. In: **Bioética - Temas e Perspectivas** - Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica 527, 1990.
- ÉPINAY, M.L.d'. **Groddeck : a doença como linguagem**. Trad. Graciema Pires Therezo, Campinas, Ed. Papyrus, 1988.
- FOX, C. & Mead, A. **A sociology of medical practices**. Londres: Ed. Collier-Mac Millan, 1975.
- FRANCISCONI, C.F. Aspectos éticos da tecnologia médica. **Jornal do CFM**, 1997
- GAYLIN, W.; Kass, L.R.; Pellegrino, E.D.; Siegler, M. Doctors must not kill. **JAMA**, 259:2139-2140, 1988.
- HEYLAND, D.K.; Konopad, E.; Noseworthy, T.W.; Johnston, R.; Gafni, A. Is it 'worthwhile' to continue treating patients with a prolonged stay (>14 days) in the ICU ? An economic evaluation, **Chest**, 114(1):192-8, Jul 1998.
- HORTA, M.P. Paciente crônico - paciente terminal - eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. In: Assad JE, (coord.) **Desafios éticos**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 219-228, 1993.
- KÜBLER-ROSS, E. **A morte : um amanhecer**. Trad. Maria de Lourdes Lanzellotti, S.P. Ed. Pensamento, 1991.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Trad. Paulo Menezes, S.P. Ed. Martins Fontes, 2ª ed. brasileira, 1985.

- KUHSE, H; Singer, P.; Baume, P.; Clarck, M.; Rickard, M. End-of-life decisions in Australian medical practice. **In: Medicalk Journal of Australian**;166:191-196, 1997.
- LUCE, M.F. Bettman JR, Payne JW. Choice processing in emotionally difficult decisions. **J. Exp. Psychol. Learn. Mem. Cogn.** Mar;23(2):384-405, 1997.
- NEVES, M.C.P. A fundamentação antropológica da Bioética. **In:Bioética**. Brasília, Conselho Federal de Medicina;4:07-16, 1996.
- NEUMAN, W.L. **Social research methods : qualitative and quantitative approaches**. Needham Heights, MA. USA. 3rd ed., 1997.
- OLIVEIRA, R. Notas para uma sociologia da ética médica. **In: Saúde Coletiva, Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre;7:59-108, 1995.
- PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **In: Bioética**;4:31-43. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1996.
- PESSINI, L & Barchifontaine, C.P. **Problemas atuais de Bioética**, S.P. Ed. Loyola, 3ª ed., 1996.
- RANDALL, C.S.; Bergus, G.R.; Schlechte, J.A.; McGuinness, G.; Mueller, C.W. Factors associated with primary care residents' satisfaction with their training. **In: Fam. Med.** Nov-Dec; 29(10):730-735, 1997.
- REICH, W.T. **Encyclopedia of Bioethics**. 2nd ed. New York: Macmillan: XXI, 1995.
- RUARK, J.E. & Raffin, T.A. Initiating and withdrawing life support: principles and practice in adult medicine. **In: The New England Journal of Medicine**;318(1):25-30, 1988.
- SANTOS, M.C.C.L. **O equilíbrio de um pêndulo. Bioética e a Lei: implicações médico-legais**. São Paulo: Ícone Editora, 1998.
- SCHEIBE, K.E. **Beliefs and values**. Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1970.

- SILVA, P.E.S.O médico face à eutanásia em São Luiz-MA. **Revista Brasileira de Educação Médica**, RJ, 20(1)29-35, Jan/Abr, 1996.
- SPINSANTI, S. **Ética biomédica**. Trad. Benôni Lemos. São Paulo:Paulinas, 1990.
- TERZI, R.G.G. & Silveira, O.C. Suporte avançado de vida : até quando ? **In** Silva, M.R. **Choque**. SP:Atheneu, 1996.
- THOMASMA, D.C. The ethics of letting go. **In: Journal of Critical Care**,8:170-176, 1993.
- TORRES, W.C.; Guedes, W.G; Torres, R.C. (coords.). **A psicologia e a morte**. Rio de Janeiro:Ed.da Fundação Getúlio Vargas.1983.
- VILARDELL, F. Problemas éticos de la tecnología médica. **In: Bioética Temas y Perspectivas**. Organización Panamericana de la Salud-Washington,D.C.:OPS,1990.
- VINCENT, J.L. European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine:results of an ethical questionnaire. **In: Intensive Care Medicine**;16:256-264, 1990.
- WALLACE-BARNHILL, G.L. Compreendendo as reações do paciente e da família. **In: Civetta, J.M.; Taylor, R.W.; Kurby, R.R. Tratado de Terapia Intensiva**. SP:Manole:71-78, 1992.
- YOUNG, E.W.D. Vida e morte na UTI: considerações éticas. **In: Civetta, J.M.; Taylor, R.W.; Kurby, R.R. Tratado de Terapia Intensiva**. SP:Manole:49-61, 1992.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- CERVO, A.L. & Bervian, P. **A metodologia científica**. 3ª ed. São Paulo, McGraw-Hill, 1983. **Código de Ética Médica**, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 1988.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da língua portuguesa**. RJ, Nova Fronteira, 1ª ed., 1980.
- FLEISS, J.L. **Statistical methods for rates and proportions**. 2ª e. New York, John Wiley & Sons, 1981.
- HERANI, M.L.G. **Normas para apresentação de dissertações e teses**. SP, BIREME, 1990.
- LAKATOS, E.M. & Marconi, M. **A metodologia do trabalho científico**. SP: Atlas, 1985.
- RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis, Ed. Vozes, 17ª ed., 1988.
- VIEIRA, S. **Metodologia científica para a área de saúde**. SP: Sarvier, Ed. da Unicamp, 1984.
- VIEIRA, S. **Como escrever uma tese**. SP: Pioneira

QUESTIONÁRIO:**1. Dados Pessoais**

Idade : _____ Sexo : M ___ F ___ Ano de término da Graduação : _____
 Est.Civil : _____ N* filhos : _____ Religião: católica () protestante () judáica ()
 muçulmana () nenhuma () agnóstico ou ateu()
 outras religiões () Qual ? _____
 Praticante: Sim () Não ()

Residência médica em:

1. _____ Ano de início: _____ Ano de término : _____
 2. _____ Ano de início: _____ Ano de término : _____

Resid.em Terap. Intens.: Sim () Não () Ano de início: _____ Ano de término: _____

Título de Especialista em Terapia Intensiva: Sim () Não () Ano : _____

Outros títulos de Especialista : Sim () Não () Área : _____

Filiação à Entidades de Classe Médica: Sim () Não () Qual(is) _____

02. Atividade Profissional

Consultório : Sim() Não() n* hs. semanais : _____

Atividade Docente : Sim () Não () n* hs. semanais : _____

Atividade Pesquisa: Sim () Não () n* hs. semanais : _____

Experiência em Terapia Intensiva : N* de anos : _____

Proporção do trabalho em UTI dentro da atividade profissional : (% de tempo dedicada à UTI em relação às demais atividades) : _____ %.

Em quantos Hospitais você exerce atividades em UTI :

01 () 02 () 03 () 04 ()

Tipologia de Hospitais

Tipo de hospital em que você exerce atividades em UTI: (se trabalha em UTI's de mais de um Hospital, utilize as páginas seguintes para informações sobre o Hospital, enumeradas "Hospital n* 2, 3 e 4"; caso trabalhe na UTI de um único Hospital, responda as questões seguintes, referentes ao Hospital em que trabalha e siga para a página 04):

Hospital n* 01

PÚBLICO () PRIVADO () UNIVERSITÁRIO SIM () NÃO ()
Federal () Estadual () Municipal ()

n* de leitos do Hospital _____

n* de leitos da UTI em que você trabalha neste Hospital _____

Tipo de UTI em que você trabalha

geral () pediátrica () coronariana () cirúrgica ()

Tipo de paciente atendido pelo Hospital:

SUS (____ % do total de pacientes do hospital)

conveniado (____ % do total de pacientes do hospital)

particular (____ % do total de pacientes do hospital)

Carga horária de trabalho na UTI do Hospital:

fixa Sim () Não () n* hs. semanais: _____

jornada única de trabalho Sim () Não ()

jornada distribuída em vários dias da semana Sim () Não ()

plantonista Sim () Não () n* hs. (média) semanais : _____

Função na UTI :

Diretor () visitante () plantonista ()

Residente () sem vínculo formal ()

Fellow () linha horizontal ()

Horário de trabalho na UTI : diurno () noturno () ambos ()

Hospital n* 02

PÚBLICO () PRIVADO () UNIVERSITÁRIO SIM () NÃO ()
Federal () Estadual () Municipal ()

n* de leitos do Hospital _____

n* de leitos da UTI em que você trabalha neste Hospital _____

Tipo de UTI em que você trabalha

geral () pediátrica () coronariana () cirúrgica ()

Tipo de paciente atendido pelo Hospital:

SUS (____ % do total de pacientes do hospital)

conveniado (____ % do total de pacientes do hospital)

particular (____ % do total de pacientes do hospital)

Carga horária de trabalho na UTI do Hospital:

fixa Sim () Não () n* hs. semanais: _____

jornada única de trabalho Sim () Não ()
 jornada distribuída em vários dias da semana Sim () Não ()
plantonista Sim () Não () n* hs. (média) semanais : _____
Função na UTI :
 Diretor () visitante () plantonista ()
 Residente () sem vínculo formal ()
 Fellow () linha horizontal ()
Horário de trabalho na UTI : diurno () noturno () ambos ()
Hospital n* 03
 PÚBLICO () PRIVADO () UNIVERSITÁRIO SIM () NÃO ()
 Federal () Estadual () Municipal ()
n* de leitos do Hospital _____
n* de leitos da UTI em que você trabalha neste Hospital _____
Tipo de UTI em que você trabalha
 geral () pediátrica () coronariana () cirúrgica ()
Tipo de paciente atendido pelo Hospital:
 SUS (_____ % do total de pacientes do hospital)
 convênio (_____ % do total de pacientes do hospital)
 particular (_____ % do total de pacientes do hospital)
Carga horária de trabalho na UTI do Hospital:
fixa Sim () Não () n* hs. semanais: _____
 jornada única de trabalho Sim () Não ()
 jornada distribuída em vários dias da semana Sim () Não ()
plantonista Sim () Não () n* hs. (média) semanais : _____
Função na UTI :
 Diretor () visitante () plantonista ()
 Residente () sem vínculo formal ()
 Fellow () linha horizontal ()
Horário de trabalho na UTI : diurno () noturno () ambos ()

Hospital n* 04
 PÚBLICO () PRIVADO () UNIVERSITÁRIO SIM () NÃO ()
 Federal () Estadual () Municipal ()
n* de leitos do Hospital _____
n* de leitos da UTI em que você trabalha neste Hospital _____
Tipo de UTI em que você trabalha
 geral () pediátrica () coronariana () cirúrgica ()

Tipo de paciente atendido pelo Hospital:

SUS (_____ % do total de pacientes do hospital)
 conveniado (_____ % do total de pacientes do hospital)
 particular (_____ % do total de pacientes do hospital)

Carga horária de trabalho na UTI do Hospital:

fixa Sim () Não () n* hs. semanais: _____

jornada única de trabalho Sim () Não ()

jornada distribuída em vários dias da semana Sim () Não ()

plantonista Sim () Não () n* hs. (média) semanais : _____

Função na UTI :

Diretor () visitante () plantonista ()

Residente () sem vínculo formal ()

Fellow () linha horizontal ()

Horário de trabalho na UTI : diurno () noturno () ambos ()

Responda as perguntas abaixo, assinalando a resposta que melhor represente sua atitude real, ou sua opinião, conforme o que for solicitado:

ASSINALE “SIM” OU “NÃO” NAS QUESTÕES 01, 02, 03 e 04, conforme cada um dos critérios apontados:

01. VOCE EFETIVAMENTE ADMITE NA UTI (ATTITUDE REAL) O PACIENTE:	a seu critério		a critério do médico assist.		a critério do pac.e/ou família	
	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO
a. sem expectativas de sobrevida por mais de poucas semanas;						
b. com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida será muito pobre, de acordo com sua opinião;						
c. com chances limitadas de sobrevida (ou baixo índice prognóstico, se calculado).						

02. VOCE PENSA QUE DEVERIAM SER ADMITIDOS NA UTI (ATTITUDE IDEAL) OS PACIENTES:	a seu critério		a critério do médico assist.		a critério do pac.e/ou família	
	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO
a. sem expectativas de sobrevida por mais de poucas semanas;						
b. com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida será muito pobre, de acordo com sua opinião;						
c. com chances limitadas de sobrevida (ou baixo índice prognóstico, se calculado).						

03. QUAL E SEU PROCEDIMENTO HABITUAL, EM SUA PRATICA DIARIA, (ATTITUDE REAL) RELACIONADO A PACIENTES COM PROGNÓSTICO FECHADO E CUJA INEVITABILIDADE DE MORTE É ALGO SEGURO P/ VOCÊ E PARA A EQUIPE DA UTI:	SIM	NÃO
a. omissão de terapia sofisticada (i.e. não iniciar ventilação mecânica, diálises..);		
b. retirada de terapia sofisticada (i.e. desconectar ventilação mecânica, diálises..);		
c. administrar deliberadamente grandes doses de medicações (ex barbitúricos ou morfina) com efeito de analgesia/sedação, até que a morte ocorra naturalmente;		
d. iniciar e permanecer com todos os cuidados de terapia sofisticada indeterminadamente.		
e. administrar deliberadamente grandes doses de medicações (ex barbitúricos ou morfina) com objetivo de promover ou apressar a morte (eutanasia)		

04. EM PACIENTES COM PROGNÓSTICO FECHADO E CUJA INEVITABILIDADE DE MORTE É ALGO SEGURO PARA VOCÊ E PARA A EQUIPE DA UTI, VOCÊ PENSA QUE DEVERIA (ATTITUDE IDEAL) SER ADOTADO O SEGUINTE PROCEDIMENTO:	SIM	NÃO
a. omissão de terapia sofisticada (i.e. não iniciar ventilação mecânica, diálises..);		
b. retirada de terapia sofisticada (i.e. desconectar ventilação mecânica, diálises..);		
c. administrar deliberadamente grandes doses de medicações (ex.barbitúricos ou morfina) com efeito de analgesia/sedação, até que a morte ocorra, naturalmente		
d. iniciar e permanecer com todos os cuidados de terapia sofisticada indeterminadamente		
e. administrar deliberadamente grandes doses de medicações (ex.barbitúricos ou morfina) com objetivo de promover ou apressar a morte (eutanasia)		

05. Considere os conceitos abaixo (leia todos)

- # - “**withdrawal**”- retirada da terapêutica já iniciada no paciente (ex.: desconectar ventilação, diálises, etc.)
- # - “**withholding**”- omissão da terapêutica (não iniciar ventilação mecânica, diálise, etc.)
- # - **eutanásia** - administração deliberada de medicamentos que promovam ou apressem a morte
- # - **distanásia** - antônimo de eutanásia; utilizar-se de todo suporte avançado de vida, independente dos benefícios que o paciente possa, ou não, estar usufruindo através deste suporte, até que a morte ocorra naturalmente

RESPONDA AS PERGUNTAS SEGUINTE, CONSIDERANDO FATOS DE SUA PRÁTICA DIÁRIA, ENVOLVENDO CONDUTAS RELACIONADAS AOS CONCEITOS ACIMA, ASSINALANDO SIM OU NÃO:	SIM	NÃO
nenhuma das condutas pode ser aceita porque o médico na UTI deve preservar a vida a todo custo		
a segunda conduta é preferível à primeira, porque uma vez iniciada, tornar-se muito difícil interromper qualquer terapêutica		
a terceira conduta pode aliviar o sofrimento em determinados pacientes		
a quarta conduta se aplica a alguns casos específicos de UTI, embora não seja função do médico de UTI considerá-la		
a quarta conduta se aplica a alguns casos específicos de UTI e cabe ao médico analisá-las, considerando sua viabilidade		

RESPONDA AS QUESTOES ABAIXO, CONSIDERANDO FATOS DE SUA PRÁTICA DIÁRIA:	SIM	NÃO
antes do início de uma terapêutica mais invasiva em UTI (ex.entubação ou diálises) as condições anteriores de vida do paciente devem ser consideradas		
tenho pleno conhecimento da legislação brasileira no que se refere a procedimentos relacionados ao oferecimento de suporte avançado de vida em UTI		
a possibilidade de punição legal é uma preocupação constante do médico no que se refere à manutenção da vida em UTI em qualquer situação		
a atual legislação brasileira impede a adoção de quaisquer outras medidas, por parte do médico, além da manutenção da vida do paciente em UTI a qualquer custo		
“morrer com dignidade” é uma possibilidade a ser considerada pelo médico em casos de pacientes terminais em UTI, a ponto de interferir em suas condutas médicas		

ASSINALE SOMENTE UMA DAS ALTERNATIVAS NAS QUESTÕES 06 E 07

06. EM SUA REALIDADE ESPECÍFICA DE TRABALHO, A DECISÃO SOBRE OS CUIDADOS TERMINAIS EM PACIENTES DE UTI SÃO TOMADAS HABITUALMENTE (ATTITUDE REAL) PELO:	
a. staff médico;	
b. staff de UTI (incluindo médicos, enfermagem e demais profissionais);	
c. o paciente e/ou familiares;	
d. a + c;	
e. b + c.	

07. A DECISÃO SOBRE OS CUIDADOS TERMINAIS EM PACIENTES DE UTI DEVERIA ENVOLVER (ATTITUDE IDEAL):	
a. staff médico;	
b. staff de UTI (incluindo médicos, enfermagem e demais profissionais);	
c. o paciente e/ou familiares;	
d. a + c;	
e. b + c.	

ASSINALE UMA DAS ALTERNATIVAS NAS QUESTÕES 08, 09 e 10 e 10.a

08. EM SUA OPINIAO, O CONSENTIMENTO INFORMADO DO PACIENTE CONSCIENTE A RESPEITO DE PROCEDIMENTOS COMO ENTUBAÇÃO, TRANSFUSÃO, DIÁLISES , REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA, CIRURGIAS, ETC. IDEALMENTE, DEVERIA SER SOLICITADO:	
a. ao paciente e/ou à família, por escrito, quando do ingresso no hospital;	
b. ao paciente e/ou à família, por escrito, quando do ingresso do paciente na UTI;	
c. não deveria ser solicitado, porque poderia limitar os procedimentos médicos em relação ao paciente internado na UTI.	

09. SE VOCÊ TEM CONHECIMENTO, PELO PRÓPRIO PACIENTE, OU POR SEUS FAMILIARES, DE QUE ELE É CONTRÁRIO A UM PROCEDIMENTO QUE VOCÊ CONSIDERA NECESSÁRIO E VITAL, COMO, POR EXEMPLO, UMA CIRURGIA OU UMA ENTUBAÇÃO, VOCÊ:	
a. tenta convencer o paciente e/ou a família, mas se houver insistência, você aceita a decisão;	
b. trata o paciente corretamente, contrariando seus desejos e sua vontade;	
c. adverte o paciente e/ou a família de que não mais cuidará dele e encaminha o caso;	
d. aceita a decisão e não intervêm.	

10. PODE UM CONSULTOR (OU UM COMITE) DE ÉTICA AJUDAR NAS DECISÕES SOBRE OS CUIDADOS TERMINAIS EM PACIENTES DE UTI ?	SIM	NÃO
--	------------	------------

10.a. EM CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EM QUAL (OU QUAIS) SITUAÇÃO (ÕES) VOCÊ SENTE OU SENTIU MAIS FALTA DAS OPINIÕES DE UM CONSULTOR:	
a. casos de morte encefálica;	
b. casos de FMOS;	
c. casos em que a família não dispõe, a seu ver, de condições para tomada de decisões em relação ao paciente;	
d. casos em que a qualidade de vida do paciente, depois do episódio da internação em UTI será, a seu ver, muito ruim;	
e. outros casos (descreva) : _____	

11. O SEU PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MEDICA (GRADUAÇÃO E/OU RESIDÊNCIA(S) INCLUIU DISCUSSÕES, A SEU VER, SUFICIENTES E SATISFATÓRIAS SÔBRE ASSUNTOS ÉTICOS	SIM	NÃO
---	------------	------------

11.a. Em caso AFIRMATIVO, indique qual (is) tema(s) foi(foram) considerado(s) mais marcante(s) nesse programa:

12. OS PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO MEDICA DEVERIAM INCLUIR MAIS DISCUSSÕES SÔBRE ASSUNTOS ÉTICOS	SIM	NÃO
---	------------	------------

12.a. Em caso AFIRMATIVO, indique tema(s) que poderiam ser incluídos nos programas citados

13. AS CONDIÇÕES DE VIDA DO PACIENTE, ANTERIORES AO EPISÓDIO QUE DEFLAGROU A INTERNAÇÃO NA UTI (POR EXEMPLO, NÍVEL DE AUTONOMIA E PRODUTIVIDADE):	
a. devem ser pesquisadas pelo médico na UTI junto ao paciente e/ou família, porque poderão intervir na conduta terapêutica na UTI;	
b. em nada interferem nas condutas a serem adotadas pelo médico na UTI.	

RESPONDA SIM OU NÃO EM CADA UMA DAS ALTERNATIVAS NAS QUEST. 14 e 15

14. IMAGINANDO A HIPÓTESE DE QUE VOCÊ SEJA UM PACIENTE DE UTI, RESPONDA AS SEGUINTESS QUESTÕES	SIM	NÃO
deveria ser admitido na UTI e ter acesso a toda terapêutica disponível, independentemente da expectativa de sobrevida, do índice prognóstico, se calculado, ou da qualidade de vida futura a esta sobrevida		
somente deveria ser admitido, caso as chances de sobrevida fossem reais, independentemente da qualidade de vida, posterior à internação		
somente deveria ser admitido caso as chances de sobrevida fossem reais, e a qualidade de vida, posterior à internação fosse significativa para você		
manobras de RCP deveriam ser tentadas sempre que necessárias		

15. CASO FOSSE FECHADO UM PROGNÓSTICO A SEU RESPEITO, E A INEVITABILIDADE DA MORTE FOSSE ALGO SEGURO PARA A EQUIPE DA UTI, ANALISE A ATITUDE QUE VOCÊ GOSTARIA QUE FOSSE ADOTADA COM VOCÊ:	SIM	NÃO
omissão de terapia sofisticada (ventilação mecânica, diálises)		
retirada de terapia sofisticada (ventilação mecânica, diálises)		
permanecer com todos os cuidados de terapia sofisticada indeterminadamente		
administrar doses de medicação (ex.: barbitúricos ou morfina) suficiente para promover a morte		
manter todo suporte disponível, com exceção de RCP caso houvesse repetidos casos de parada cardíaca		
desconectar a ventilação mecânica		
continuar com cuidados de terapia intensiva, mas omitindo medidas sofisticadas ou terapia adicional (ex. diálise, antibióticos para infecção)		
desconectar todos os tratamentos (antibióticos, alimentação, etc.) menos ventilação mecânica		

16. DENTRE AS PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS POR VOCÊ PARA O EXERCÍCIO DE SUA ATIVIDADE EM UTI, ASSINALE	SIM	NÃO
política nacional de saúde		
falta de pessoal médico qualificado		
falta de pessoal de apoio médico qualificado		
falta de equipamentos		
falta de leitos disponíveis		
falta de instalações adequadas		
falta de identidade da especialidade (intensivismo)		
“lidar” com as condições emocionais do paciente e/ou familiares		
constante desgaste emocional promovido pela profissão (UTI)		
outra(s) (descreva)		

17. EM SEU CONCEITO DE “QUALIDADE DE VIDA” OBRIGATORIAMENTE INCLUI-SE:	
nível de produtividade satisfatório para você	
nível de produtividade satisfatório para você e para comunidade	
nível de autonomia para tomada de decisões	
independência física (poder locomover-se, dirigir, esporte, etc.)	
ausência de doença física limitante	
ausência de doença física não limitante	
total independência financeira	
bom nível de independência financeira	
outra(s) condição (ões) (enumere)	

18. NUMA ESCALA DE 0 A 10 ASSINALE O NÍVEL DE SUA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL COM SEU TRABALHO EM UTI												
0									5			10

19. NUMA ESCALA DE 0 A 10 ASSINALE O NÍVEL DE SUA SATISFAÇÃO PESSOAL ATUAL												
0									5			10

24. O QUE É DEUS PARA VOCÊ ?

25. O QUE VOCÊ ACHA QUE ACONTECE DEPOIS DA MORTE ?

INTENSIVE CARE MEDICINE

1990, 16:256-264

“European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine”

J.L. VINCENT - (Clinical Director - Department of Intensive Care - Erasme University Hospital)-

Route de Lennik 808

B-1070 - Brussels - Belgium

Questionnaire

A. Is the ICU admission limited by the number of available beds

1. generally
2. often, commonly
3. sometimes, uncommonly
4. (almost) never

B. Do/should you sometimes admit to ICU a patient:

1. yes
2. no
 - with no hope of survival for more than a few weeks
 - who may live for several years but whose quality of life is very poor according to *your* opinion
 - who may live for several years but whose quality of life is very poor according to the *patient's* definition
 - with very limited chances of survival (or poor prognostic index if calculated)

C. The medical information (diagnosis, treatment, prognosis) given to the patient is/should be

1. always complete, without exception
2. depends on the type of disease and the severity of prognosis
3. depends on the type of patient (personality, perceived wishes...)
4. 2 + 3

- D. When an iatrogenic incident (avoidable mistake) occurs, you do/should tell the patient and/or his family:
1. exactly what happened, including that the complications were probably due to medical negligence
 2. that a complication occurred but you minimize the iatrogenic aspects nothing about the complication whenever possible
- E. Before performing the following procedures, the *informed consent* of a conscious patient is/should be required:
1. yes, written consent
 2. yes, oral consent
 3. no consent
 - Surgery
 - Esogastroscopy
 - Placement of an arterial catheter
 - Administration of new medication (still undergoing trial)
- F. If a competent patient refuses the surgical intervention that you consider necessary *and vital*
1. you try to convince the patient but if insistant, accept his decision
 2. you treat the patient correctly, contrary to his wishes
 3. you advise the patient you will no longer take care of him
- G. Idem as D, but you consider the intervention necessary *and not vital*
- H. Do/should you currently apply DNR (do not resuscitate) orders in the event of cardiac arrest
1. yes, written DNR orders
 2. yes, verbal DNR orders
 3. no. These orders would limit the level of care to these patients
 4. no. One should attempt to resuscitate every patient in the ICU

I. If DNR orders are used, are they/should they be as a general rule

- discussed with the patient ?

1. yes

2. no

- discussed with the family ?

1. yes

2. no

J. In patients with the real chance of recovering a meaningful life, *do/should* you sometimes:

1. yes

2. no

- withhold sophisticated therapy (i.e. not start mechanical ventilation, dialysis...)
- withdraw sophisticated therapy (i.e. discontinue mechanical ventilation, dialysis...)
- deliberately administer large doses of medication (ex. barbiturates or morphine) until death ensues

K. Please select the most appropriate statement (read them all!) concerning attitudes towards hopeless patients:

a) Withdrawal of minimal support (i.e. IV fluids and feeding) versus euthanasia (administration of medication to provoke death)

1. the first is more acceptable than the second because it is "letting die" rather than "killing"
2. both surely lead to death, so that the second might be preferred to avoid suffering
3. both are unacceptable

b) "Limited care" (withholding therapy) versus withdrawal or euthanasia

1. these have become unavoidable in some patients. Whenever possible withholding therapy is preferable
2. these have become unavoidable in some patients. "Limited care" is generally very difficult and sometimes hazardous. Maximal treatment should be provided and withdrawn if the situation becomes hopeless.
3. neither can be accepted. The ICU physician should preserve life at all costs.

L. The decision about terminal care *does/should* involve

1. the medical staff
2. the ICU staff (including nurses)
3. the patient and/or family
4. 1 + 3
5. 2 + 3

M. Can an ethics consultant (or committee) help in these decisions ?

1. yes
2. no

N. Should medical education programs include more discussions on ethical issues ?

1. yes
2. no

O. Consider the following example:

A 50 years old man long-standing and severe COPD with several recent admissions for decompensated respiratory failure requiring prolonged mechanical ventilation. The patient presents with another episode of respiratory failure complicated by prolonged cardiac arrest. After 72 hours, the patient remains in profound coma and is still mechanically ventilated.

Select your attitude

1. continue full support including CPR if cardiac arrest recurs
2. continue full support except CPR
3. continue present care but withhold sophisticated measures (i.e. dialysis, surgery if required)
4. continue present care but withhold any additional therapy (i.e. antibiotics for infection)
5. discontinue mechanical ventilation (allowing the patient to die)
6. discontinue all treatments (IV fluids, feeding) except mechanical ventilation
7. ask for an ethical consultant in the 3 following conditions
 - A. patient has no family
 - B. family insists withhold and withdraw
 - C. family insists everything to be done

TRADUÇÃO

A. A admissão na UTI é limitada pelo n* de leitos disponíveis ?

1. geralmente
2. frequentemente, comumente
3. às vezes, não muito frequentemente
4. quase nunca ou nunca

B. Você admite/deveria admitir o paciente em UTI :

1. sim
2. não
 - sem nenhuma expectativa de sobrevida por mais de poucas semanas
 - com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida é muito pobre, de acordo com *sua* opinião
 - com possibilidade de viver por vários anos, mas cuja qualidade de vida é muito pobre, de acordo com a definição *do paciente*
 - com chances limitadas de sobrevida (ou baixo índice prognóstico, se calculado)

C. As informações médicas (diagnóstico, tratamento, prognóstico) dadas ao paciente são / deveriam ser:

1. sempre completas, sem exceção
2. depende do tipo de doença e da severidade do prognóstico
3. depende do tipo de paciente (personalidade, desejos percebidos ...)
4. 2 + 3

D. Quando um incidente iatrogênico (erro evitável) ocorre, você conta/deveria contar ao paciente e/ou sua família?

1. exatamente o que ocorreu, incluindo que as complicações foram provavelmente devidas à negligência médica
2. que a complicação ocorreu, mas você minimiza os aspectos iatrogênicos sem falar das complicações, quando possível

E. Antes de adotar os procedimentos seguintes, o *consentimento informado* do paciente consciente é/deveria ser solicitado:

1. sim, consentimento escrito

2. sim, consentimento oral

3. sem consentimento

- Cirurgia

- Esogastrocopia

- Colocação de cateter arterial

- Administração de novo medicamento(ainda em processo de teste)

F. Se um paciente apto para tal recusa a intervenção cirúrgica que você considera necessária e *vital*

1. você tenta convencer o paciente mas, se houver insistência, você aceita sua decisão

2. você trata o paciente corretamente, contrariando seus desejos

3. você adverte o paciente de que você não mais cuidará dele

G. Idem F, mas você considera a intervenção necessária e *não vital*

H. Você frequentemente aplica, / acha que deveria aplicar a ordem de DNR (não ressuscite) num caso de parada cardíaca

1. sim, ordens escritas de DNR

2. sim, ordens verbais de DNR

3. não. Estas ordens limitariam o grau de cuidados com estes pacientes

4. não. Deve-se tentar ressuscitar todo paciente em UTI

I. Se as ordens de DNR são usadas, elas são/deveriam ser uma regra geral

- discutidas com o paciente ?

1. sim

2. não

- discutidas com a família ?

1. sim

2. não

J. Em pacientes sem chances reais de recuperar uma vida significativa, *você faz/deveria* fazer algumas vezes

1. sim

2. não

- omissão de terapia sofisticada (i.e. não iniciar ventilação mecânica, diálises...)

- retirada de terapia sofisticada (i.e. desconectar ventilação mecânica, diálise...)

- administrar deliberadamente grandes doses de medicação (ex. Barbitúricos ou morfina) até que a morte ocorra

K. Por favor, selecione o item mais apropriado (leia todos eles) relativos as atitudes a respeito de pacientes desenganados:

a) retirada do suporte mínimo (i.e. fluidos IV e alimentação) versus eutanásia (administração de medicamento para provocar a morte)

1. a primeira é mais aceitável que a segunda, porque "deixar morrer" é melhor do que "matar"

2. ambas certamente conduzem à morte, mas a segunda poderia ser preferida para evitar o sofrimento

3. ambas são inaceitáveis

b) "cuidado limitado" (omissão da terapia) versus retirada da terapia ou eutanásia

1. estas tem se tornado inevitáveis em alguns casos. Quando possível, a omissão da terapia é preferível

2. estas tem se tornado inevitáveis em alguns casos. O "cuidado limitado" é geralmente muito difícil e algumas vezes arriscado. O máximo tratamento deveria ser promovido e a retirada da terapêutica se a situação for desenganadora

3. nenhuma pode ser aceita. O médico de UTI deveria preservar a vida a todo custo.

L. A decisão sobre os cuidados terminais *envolvem/deveriam envolver*

1. o staff médico

2. o staff de UTI (incluindo enfermeiras)

3. o paciente e/ou família

4. 1 + 3

5. 2 + 3

M. Pode um consultor de ética (ou um comitê) ajudar nestas decisões?

1. sim

2. não

N. Os programas de educação médica deveriam incluir mais discussões sobre assuntos éticos ?

1. sim

2. não

O. Considere o seguinte exemplo:

Um homem de 50 anos de idade tem um prolongado e severo quadro de DPOC com várias admissões recentes por descompensação respiratória requerendo ventilação mecânica prolongada. O paciente apresenta outro episódio de falência respiratória complicada por uma parada cardíaca prolongada. Depois de 72 horas, o paciente permanece em coma profundo e ainda sob ventilação mecânica.

Selecione sua atitude

1. Continuar todo suporte incluindo RCP se houver parada cardíaca recorrente
2. Continuar todo suporte, menos RCP
3. Continuar os cuidados presentes, mas omitindo medidas sofisticadas (i.e. diálise, cirurgia se necessário)
4. Continuar os cuidados presentes, mas omitindo qualquer terapia adicional (i.e. antibióticos para infecção)
5. Desconectar a ventilação mecânica (permitindo a morte do paciente)
6. Desconectar todos os tratamentos (fluidos IV, alimentação) com exceção da ventilação mecânica
7. Perguntar para um consultor em ética numa das três condições seguintes:
 - A. O paciente sem família
 - B. A família insistir na omissão e retirada da terapêutica
 - C. A família insistir em que tudo deve ser feito

Campinas, 1.998.

Senhor(a) Doutor(a):

Este questionário tem por objetivo coletar dados a respeito das atitudes e opiniões de médicos que atuam em UTI's sobre **questões bioéticas em Terapia Intensiva**, dentro do meu **Programa de Mestrado** junto à Faculdade de Ciências Médicas da **UNICAMP**.

Trata-se de um questionário que envolve opiniões e atitudes estritamente pessoais para as quais se garantem condições de absoluto **sigilo** a respeito de sua identificação pessoal.

As **atitudes** do médico na Terapia Intensiva, na **prática diária**, podem nem sempre ser coincidentes com as atitudes consideradas ideais, ou tidas como as mais indicadas em determinada situação, pelas mais variadas razões. O presente questionário objetiva investigar as duas práticas, ou seja, as que efetivamente ocorrem versus aquelas que se acredita serem as mais indicadas, embora nem sempre possíveis, ou efetivadas. Procure analisar as questões propostas, verificando se a situação se refere às atitudes da prática diária ou às atitudes ideais.

O presente questionário se propõem, ainda, a examinar questões que podem ser consideradas polêmicas e está baseado num Questionário sobre Atitudes Européias sobre Problemas Éticos em Terapia Intensiva : resultados de um questionário ético, aplicado em membros da Sociedade Européia de Terapia Intensiva sob coordenação do Prof. Dr. **J.L. Vincent** (Department of Intensive Care, Erasme University Hospital, Free University of Brussels, Bélgica), cujos resultados foram publicados na Intensive Care Medicine em 1990.

Não se assuste com o tamanho do questionário; ele foi impresso com letras grandes para sua maior comodidade.

Antecipadamente agradecemos sua **preciosa** colaboração.

Maria Christina Mendes dos Santos Guaraldo (mestranda)

Prof.Dr.Joel Salles Giglio (orientador)