

Decisão médica ética em casos de pacientes terminais

Medical ethical decision in the care of terminal patients

Nancy Mineko Koseki¹, Eduardo Bruera²

Resumo

Os profissionais da saúde que cuidam de doentes terminais muitas vezes enfrentam a angústia, o dilema de decidir qual a melhor conduta para estes pacientes, quando iniciar, manter ou suspender um determinado tratamento. Muitas decisões interferem direta ou indiretamente no processo de morte, podendo antecipá-la, apesar de não ser esta a intenção primária. Neste artigo, fazemos uma breve revisão sobre os princípios éticos básicos que direcionam o processo de “decisão” que pode resultar em dois amplos caminhos de ação em relação ao tratamento. Apresentamos alguns casos como ilustração para discutir estas considerações éticas e teológicas.

Unitermos: decisão ética; profissionais da saúde; pacientes terminais.

Abstract

Health professionals who take care of terminally ill patients are many times faced to the dilemma of deciding which is the best therapeutic approach for these patients, or when starting or withholding or withdrawing a certain treatment. Many decisions may interfere directly or indirectly on the death process, even anticipating it, even though this isn't the primary intention. In this issue, we make a brief revision about the basic ethical principles that guide the decision process, which many result in two wide lines of treatment. We present some cases as examples to discuss these ethical and theological considerations.

Key words: ethical decision; health professionals; terminally ill patients.

Introdução

Os avanços da Medicina moderna estão entre os sucessos mais notáveis do século XX. Com o desenvolvimento de poderosos procedimentos diagnósticos e intervenções terapêuticas, drogas efetivas, medidas preventivas eficazes e técnicas cirúrgicas sofisticadas, a ciência médica tem eliminado algumas das causas tradicionais da morte precoce e colaborado no aumento da vida médica global da população em geral^(1, 2).

Estes avanços têm trazido um grande benefício à humanidade, mas estes novos poderes da Medicina têm mostrado “vantagens variadas, mistas”. Nossa capacidade de prolongar a vida, em muitos casos, excede a nossa capacidade de restituir a saúde.

Muitos tratamentos podem manter as funções vitais sem serem capazes de controlar o processo da doença de base, que pode causar sofrimentos e levar à morte⁽³⁻⁶⁾.

*Oncologista Clínica. Divisão de Oncologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher/Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas¹, Director, Palliative Care Program/Edmonton General Hospital and Coordinator, W.H.O. Cancer Pain and Palliative Care Program, Care Program for Latin America².
Endereço para correspondência: Nancy Mineko Koseki - Divisão de Oncologia - CAISM-UNICAMP - Rua Alexander Fleming, 101 - Cidade Universitária “Zeferino Vaz” - 13081-940 - Campinas - São Paulo.*

Com isso, o número, tipo e complexidade de decisões a serem realizadas têm aumentado, sendo este assunto, “decisão médica ética”, motivo de discussão em várias regiões do mundo⁽⁷⁻⁹⁾.

As sociedades atuais são moralmente mais pluralísticas do que as de algumas décadas passadas e, conseqüentemente, nem sempre é fácil perceber com clareza a diferença entre o que é “certo” e o que é “errado”, em particular nas situações em que as novas intervenções clínicas são utilizadas. O uso de alguns tratamentos como ressuscitação cardiopulmonar, diálise, alimentação parenteral e outros pode causar dilemas éticos e legais.

Poucas pessoas morrem inesperadamente. A maioria sofre processo prolongado de morte, freqüentemente com tratamento intensivo e invasivo. Muitos destes pacientes dependem de terapias que mantenham suas vidas através de cuidados prolongados, sofisticados e custosos.

Em outubro de 1985, a Pontifical Academy of Sciences⁽¹⁰⁾ concluiu que há diferença entre tratamento e cuidado, definindo “tratamento” como intervenção indicada medicamente e “cuidado” como ajuda ordinária aos pacientes acamados, terminais, bem como compaixão e suporte afetivo e psicoespiritual. Para pacientes terminais com lesão cerebral ou estado vegetativo “tratamentos” podem ser suspensos, mas “cuidados”, incluindo alimentação e líquidos, não. De fato, “cuidado” pode ser oferecido abundantemente a cada paciente.

Por outro lado, em março de 1986, a American Medical Association⁽¹⁰⁾ declarou que “alimento e líquido” deveriam ser considerados “tratamentos” e que poderiam ser suspensos, contanto que não fossem deliberadamente ou intencionalmente causa de morte. Esta necessidade de “decidir” a conduta adequada e compassiva para os pacientes moribundos, irreversivelmente doentes, em geral permanece como dilema aos profissionais da saúde. Estudos recentes indicam que muitos pacientes querem participar das decisões relacionadas às circunstâncias de sua saúde, isto é, escolher,

junto com o médico, a melhor conduta para a sua situação⁽⁶⁾.

A filosofia dos profissionais da saúde, de considerar “a saúde e o bem-estar do paciente” como primordiais, implica na suposição legal e moral em favor de preservar a vida e proporcionar cuidados médicos com o consentimento do doente. Entretanto, evitar a morte nem sempre é o objetivo preeminente. Nem todos os meios tecnologicamente possíveis de prolongar a vida necessitam ser aplicados ou devem ser usados em muitos casos. Surgem, assim, questões muito importantes⁽¹¹⁾.

1. Quais os princípios éticos nas decisões sobre vida/morte?

2. Como diferenciar certas práticas?

3. Quais as responsabilidades apropriadas para os profissionais da saúde perante o paciente que sofre?

4. Como as práticas atuais de cuidados paliativos, envolvendo o controle dos sintomas prevalentes em pacientes terminais, particularmente a dor e questões sobre quando iniciar ou quando suspender um tratamento, diferem da eutanásia?

Os profissionais da saúde e a sociedade necessitam refletir sobre estes assuntos muito cuidadosamente. O médico é, em grande parte, reflexo da sociedade. Traços básicos característicos do ser humano são desenvolvidos antes de um estudante entrar na escola. Portanto, nenhum treinamento básico intensivo ou extensivo pode converter uma pessoa fundamentalmente egocêntrica e egoísta em humanitária. A característica da nossa cultura está tão profundamente impregnada pelo materialismo, pela prioridade do bem-estar material, que experimentamos uma necessidade coletiva de preservar a aparência de felicidade. Dor, sofrimento, morte são sentimentos abafados pela consciência pública coletiva⁽¹⁰⁾.

O crescente interesse pela eutanásia está ocorrendo mundialmente. Eutanásia significa “uma boa morte”, embora atualmente inclua “aceitação do desejo ou intenção que a

pessoa tem de morrer, suspendendo ou não iniciando tratamento (eutanásia passiva), ou através de uma ação específica (eutanásia ativa)". Esta questão está sendo motivo de muita discussão⁽¹²⁻¹⁶⁾. Novas linhas estão sendo traçadas entre o que é moralmente aceitável e não aceitável. Profissionais da saúde e leigos que partilham do grande desejo de aliviar o sofrimento dos pacientes através da eutanásia podem estar confusos sobre as bases ética, moral e legal e o significado das ações que devem ser consideradas nas várias situações clínicas.

Este artigo apresenta uma breve revisão sobre os princípios éticos relevantes e básicos que direcionam o processo de "decisão" sobre as opções de conduta aos doentes terminais e alguns casos clínicos de portadores de neoplasia maligna em fase avançada, fora de possibilidades terapêuticas oncológicas curativas, e em fase terminal, como ilustração.

Princípios éticos básicos

Decisão médica ética requer conhecimento e entendimento dos princípios éticos envolvidos. Estes derivam das teorias éticas e estão baseados nos acertos e erros de comportamento. Decisão médica ética requer um entendimento claro da situação e dos princípios relevantes do dilema⁽¹⁷⁻²³⁾. Quatro princípios cardinais formam a base das considerações éticas do "processo de decisão" da conduta terapêutica do paciente terminal. São: autonomia (ou autodeterminação), beneficência (bem-estar, prevenir ou remover mau ou dano, ajudar ou beneficiar os outros), não-maleficência (não causar dano ou injúria) e justiça^(17,11).

O "processo de decisão médica" é influenciado pelos princípios fundamentais e obrigações do médico, que são basicamente a obrigação de revelar cuidadosamente a verdade ao paciente sobre o seu diagnóstico, prognóstico, as opções de conduta, o planejamento dos tratamentos e as expectativas futuras, mantendo um relacionamento honesto entre ele, paciente e familiares, baseado nas quatro virtudes cardinais: prudência, justiça, fortaleza e temperança, que seguem as três virtudes teológicas: fé, esperança e caridade⁽¹⁰⁾.

Descreveremos um resumo dos princípios cardinais e dos processos de "decisão médica ética"^(11, 19, 24, 25).

Princípios da autonomia

É uma forma de liberdade de ação pessoal em que os indivíduos determinam seu próprio curso de ação de acordo com um plano que eles escolheram⁽¹⁹⁾. É o oposto do paternalismo que diz: "eu sei o que é melhor para você"^(11, 26).

Aqueles que agem com "paternalismo médico" apresentam principalmente dois argumentos. O primeiro refere-se à ética médica desde o tempo de Hipócrates, que tem requerido do médico "realizar o melhor para seus pacientes". O juramento de Hipócrates diz: "eu realizarei aquele sistema ou regime que, de acordo com a minha habilidade e julgamento, considero ser benéfico aos meus pacientes". Neste juramento não há referência sobre a vontade do paciente, a necessidade de não enganá-los, de consultá-los sobre seus desejos, de explicar-lhes as prováveis conseqüências, boas ou más das condutas, ou descrever-lhes as alternativas de ação. O segundo argumento refere-se a incapacidade dos pacientes de realizar decisões sobre os problemas médicos: "eles são tão ignorantes, medicamente falando, e os conhecimentos que eles possuem são muito parciais". Assim, é pouco provável que eles entendam a situação, mesmo que esta lhes seja explicada, realizando decisões piores que as que os médicos tomariam⁽²⁷⁾.

Pesquisando as dimensões moral e psicológica da interação médico/paciente, Katz⁽¹⁰⁾ tem mostrado como a doutrina legal de consentimento informado poderia e deveria governar o relacionamento médico/paciente. Ele defendeu uma mudança do "paternalismo médico" para uma "relação de igualdade, de uma via única para duas vias de confiança, de cegueira para confiança conquistada, para um processo de decisão compartilhada"⁽²¹⁾.

Consentimento informado e voluntário, pelo menos desde a 2ª Grande Guerra, tornou-se cada vez mais um padrão de relacionamento médico/paciente e motivo de pesquisa clínica⁽²⁾.

- Consentimento informado do tratamento é um exercício da autodeterminação do paciente^(20, 28, 29).

Autonomia existe quando os pacientes agem intencionalmente, com entendimento e sem influências controladoras. O paciente determina a natureza de seu próprio cuidado médico. Autonomia significa que a pessoa tem independência de vontade e de ação. Significa que tem controle sobre o curso de sua vida⁽³⁰⁻³³⁾.

Esse princípio depende da revelação cuidadosa da verdade sobre o diagnóstico e prognóstico, da troca de informações sobre o estado de saúde do paciente, sobre as opções de conduta, sobre o planejamento do tratamento, as implicações da decisão e as expectativas futuras. Por outro lado, “revelar a verdade” está estritamente relacionado com a “habilidade de uma comunicação honesta e compassiva” da parte do médico, incluindo a sua capacidade de “saber ouvir”. Estudos e observações clínicas indicam que problemas de comunicação entre médico/paciente são frequentes e decorrentes da falha de ambos reconhecerem que “revelar a verdade” é um relacionamento de duas vias^(2, 7, 26, 29).

Segundo Gillon⁽³⁴⁾, autonomia é a capacidade de pensar, decidir e agir baseada na liberdade de pensamento e decisão; é uma subclasse da liberdade, mas refere que nem toda liberdade é autonomia e subdivide-a em autonomia de ação, de vontade (desejo) e de pensamento. Ele faz uma distinção entre “autonomia” e “princípio de autonomia”, que prefere chamar de “princípio de respeito à autonomia”, que é, essencialmente, requisito moral de respeito à autonomia do próximo e deriva do “respeito à dignidade do ser humano”⁽²⁸⁾.

Dossetor⁽³⁵⁾ referiu que, como uma teoria ideal, o princípio da autonomia exige que a pessoa autônoma seja consistente, independente no domínio (comando), resistente ao controle pelas autoridades e à fonte de seus próprios valores, crenças e plano de vida. Respeito à autonomia é central no atendimento, cuidados aos pacientes moribundos. A morte é um evento humano pessoal im-

portante e universal em que as pessoas devem ser gentilmente informadas e, portanto, permitidas a participar do processo da morte⁽¹¹⁾.

A decisão de não ressuscitação é complexa. Ott⁽³⁶⁾ citou a teoria de Veatch sobre Ética Médica, que descreve um relacionamento de convênio na forma de um contrato triplo. Esta teoria do contrato triplo demonstra o alto valor que a sociedade deposita na autonomia: direito que o paciente tem de agir segundo seus próprios valores e crenças.

Respeitar a autonomia do paciente⁽³²⁾ é reconhecer: a) que suas decisões são unicamente “suas”, mesmo que opostas àquelas aconselhadas ou julgadas adequadas em uma determinada situação, isto é, reconhece que o paciente pode avaliar certos componentes da situação de maneira diferente dos profissionais da saúde; b) que o sistema de valor do paciente pode afetar legalmente as decisões que ele ou ela pode fazer sobre o seu tratamento; c) o direito e a capacidade de uma pessoa decidir por si mesma de acordo com a sua crença, os seus valores e o seu plano de vida. Quando o paciente não tem a capacidade de decidir por si mesmo, um representante (familiares ou amigo próximo) tomará esta decisão por ele^(11, 32, 37-39).

Princípio da beneficência

Uma longa tradição da ética médica reconhece que o objetivo preciso da Medicina é promover o bem-estar do paciente⁽¹⁾, e entre os comentários mais piedosos discutidos na ética médica está: “os interesses dos pacientes estão sempre em primeiro lugar”⁽⁴⁰⁾. Este princípio é conhecido também como “respeito à santidade da vida”, e neste sentido tem como origem as tradições religiosas⁽²¹⁾.

Qualquer que seja o caso ético, em geral, é sem dúvida verdadeiro que os profissionais da saúde comprometem-se a colocar os interesses dos seus pacientes antes de seus próprios em muitas circunstâncias.

As três obrigações importantes da beneficência são: 1 - respeitar a autonomia das pessoas que necessitam de ajuda (pacientes), especi-

almente descobrindo como elas querem ser auxiliadas (o princípio da beneficência moderada pelo do respeito à autonomia); 2 - assegurar que a ajuda (tratamento) não trará danos (princípio da beneficência moderada com o da não-maleficência); 3 - considerar as necessidades e os direitos das pessoas (pacientes) (princípio da beneficência moderada com o da justiça)⁽⁴⁰⁾. Este princípio afirma o dever de “ajudar ou beneficiar os outros”, de “promover o bem-estar e não causar dano”, de “prevenir ou remover o mal e o dano”^(1, 11, 19, 32). Implica em atos positivos e inclui todas as estratégias que os profissionais da saúde possam utilizar para dar suporte aos pacientes e familiares, e reduzir o sofrimento, isto é, realizar tratamento efetivo da dor e dos outros sintomas, dar apoio interpessoal sensível ao paciente e familiares, reconhecer que o paciente como ser humano único deve ser respeitado e valorizado.

Várias propostas de tratamento podem ser avaliadas em termos de seu potencial para prevenir ou remover sintomas ou sofrimentos angustiantes e, portanto, promover o bem-estar do paciente. Cesar um tratamento pode, em um contexto clínico apropriado, ser visto como um ato de beneficência, onde continuar a vida é visto pelo paciente como “dano ou sofrimento”.

Princípio da não-maleficência

Não-maleficência está incluído no dever e na obrigação de “não infligir o mal ou o dano”, “não causar dano ou injúria”^(11, 21, 32). Entre as frases preferidas da ética médica tradicional está a afirmação *Primum non Nocere* “primeiro ou acima de tudo não causar dano”. Um livro-texto da ética psiquiátrica considera esta ordem como “o sagrado princípio ético cardinal da Medicina”.

Gillon⁽⁴¹⁾ referiu que há, sem dúvida, um princípio moral importante nessa afirmação, porém argumentou que não continha a simplicidade, o absoluto ou a prioridade que estas palavras sugeriam. A origem dessa frase parece desconhecida, contudo sabe-se que não é uma tradução literal do juramento de Hipócrates, que solicita dos médicos o “cumprimento daquilo que con-

sideram benéfico aos seus pacientes e evitar tudo o que for prejudicial e danoso”. Nenhuma referência sobre “primeiro ou acima de tudo”. Assim, a afirmação de que “evitar causar o dano” tenha prioridade na ética médica nem mesmo tem a autenticidade da tradição hipocrática, embora, mesmo se tivesse, como Gillon argumentou, seria incapaz de ser mantida, devido a sua complexidade. Talvez a sua maior importância esteja em ser um contrapeso para a obrigação primária do médico para beneficiar os seus pacientes. Este benefício deve ser avaliado no contexto dos riscos de dano, algumas vezes inevitáveis, que envolvem, muitas vezes, a tentativa médica de beneficiar os pacientes. Entretanto, este benefício deve ser avaliado à luz do princípio do respeito à autonomia.

Dessa maneira, o princípio da não-maleficência é um princípio crucial da ética médica, mesmo que usualmente necessário para consideração no contexto dos outros princípios coexistentes - da beneficência e do respeito à autonomia - e, ocasionalmente, no da justiça. O dever de não causar dano está envolvido na questão da eutanásia. É isto matar ou deixar morrer com dignidade⁽¹⁹⁾?

Pessoas com câncer são geralmente frágeis, vulneráveis e assustadas. Elas necessitam de um compromisso forte de que não sofrerão nenhum dano através dos cuidados que lhes serão proporcionados. Causar dor física ou psicológica desnecessária aos pacientes no momento de realizar exames ou procedimentos, ou história da moléstia atual ou exame físico é uma violação deste princípio. Revelar a verdade insensivelmente (agressão da verdade), qualquer denegrecimento do paciente, permitindo dor física ou psicoespiritual continuada que poderia ser aliviada, tratamento excessivo ou subtratamento são exemplos de violação deste princípio. Continuar tratamentos agressivos para prolongar a vida ou orientados para a cura que não convenientes às necessidades do paciente ou, ao contrário, desnecessários, e sedação não desejada ou prematura, suspensão não solicitada ou não informada de um tratamento são violações deste princípio^(11, 32).

Princípio da justiça

Implica no conceito da imparcialidade, isto é, acesso do paciente a um nível adequado de tratamento da saúde e distribuição igual dos recursos disponíveis de tratamento⁽¹⁾, baseado no princípio formal de justiça e igualdade atribuído a Aristóteles⁽⁴²⁾.

Justiça reclama o direito das pessoas terem uma oportunidade de obter cuidados de saúde que elas necessitam equitativamente. Ao mesmo tempo, justiça coloca limite ético na liberdade do paciente para reclamar, preferivelmente renunciar, e se abster de recursos médicos⁽¹⁾. Para o indivíduo, pode servir também para limitar a autonomia; aquilo que a pessoa deseja, escolhe ou acredita ter o direito pode não ser permitido no contexto de maior benefício. Isto pode ser lamentável, mas necessário para manter os valores particulares sobre os quais a sociedade está baseada.

Decisões e ações que podem parecer moralmente convincentes e apropriadas para uma pessoa em particular podem não ser permitidas por causa do risco maior que elas apresentam para outros membros da sociedade. Eutanásia pode ser uma das tais ações. Ao contrário, pacientes terminais ou seriamente doentes não devem ser privados de certas terapias se desejarem tentar e tiverem todo o conhecimento que acarretam.

Considerações de justiça e equidade entram nas decisões relacionadas ao uso de tratamento para prolongar a vida (especialmente em uma instituição ou seguro de vida) porque aqueles tratamentos podem ser extremamente custosos⁽¹⁷⁾. Proporcionar-lhes tais terapias podem resultar em falta de recursos (tais como leitos nas UTI), que devem, portanto, ser oferecidos a outros.

Justiça também exige que pacientes moribundos tenham igual acesso aos cuidados médicos que os outros⁽¹⁷⁾. Infelizmente, isto nem sempre tem sido observado, uma vez que os pacientes terminais podem ser vistos como de menor prioridade⁽⁴³⁾.

Princípios não incluídos nos princípios éticos cardinais

Princípio do efeito duplo

Este princípio não está incluído nos princípios éticos básicos, mas preferivelmente é um princípio metaético ou de procedimento

utilizado para ajudar a decidir se alguns efeitos maléficos podem ser aceitáveis em uma ação⁽¹¹⁾. Tradicionalmente, de acordo com o ensinamento ético, o princípio do efeito duplo é aplicado quando “um caso particular de ação pode ter outros resultados além daquele almejado”. Por exemplo, em relação ao alívio da dor neoplásica, é permissível o uso de opiáceo para alcançar este objetivo, embora haja o risco de outro efeito não desejável, depressão respiratória e morte do paciente⁽⁴⁴⁾. Esta questão foi dirigida ao Papa Pio XII, em 1957: “É moralmente permissível o uso de analgésicos narcóticos para diminuir a dor e a consciência mesmo quando há evidência clara de que seu uso possa causar a morte?” Papa Pio XII respondeu: “Se não há outros meios e se na determinada circunstância não haja impedimento para o cumprimento dos outros deveres, religioso e moral - sim.” Declarou também que “não é correto privar uma pessoa moribunda da sua consciência sem uma razão séria, justificável”^(28, 41).

Esse princípio é aplicado para diferenciar a intenção dos efeitos da terapia e os efeitos indesejáveis previstos. Nestes casos, as intenções e os motivos devem ser evidentes, e o médico deve pretender claramente resultados desejáveis, embora reconheça a possibilidade de outros resultados indesejáveis e inevitáveis. Os efeitos secundários indesejáveis não devem ser o “verdadeiro objetivo” da ação.

A aplicação clínica mais comum desse princípio surge em situações de sintomas intratáveis, como dor ou dispnéia, onde há uma necessidade essencial de agir usando opiáceos com objetivo moral de aliviar o paciente. O médico pode reconhecer o possível risco de um efeito secundário indesejável, a depressão respiratória, que pode encurtar a vida, mas que não é a intenção primária da ação. Este risco pode ser aceitável somente por causa da necessidade maior da ação, aliviar o sofrimento do paciente.

Integridade dos profissionais da saúde

Os profissionais da saúde têm obrigações éticas severas para com o paciente em virtude de sua posição e função profissional, mas também têm o direito de permanecer autênticos em suas próprias crenças religiosas e consciência moral⁽¹⁾. Um sistema de decisão médica ética em relação ao uso de tratamento para prolongar a vida deve ser bas-

tante flexível para conciliar estas crenças sem comprometer os direitos legais dos pacientes e os maiores padrões de cuidados profissionais.

Fidelidade (confiança)

É a obrigação de guardar as promessas e é a pedra angular das relações entre os profissionais da saúde e os pacientes. Implica na presença constante de “estar ao lado” e na realização da promessa, expressa ou subentendida⁽¹⁹⁾.

Veracidade

É a obrigação de ser sincero, honesto e não enganar a pessoa. Este princípio é de importância fundamental: por exemplo quando contar ou não a verdade a um paciente sobre o seu diagnóstico e prognóstico⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾. A questão “revelar ou não a verdade” continua sendo bastante discutida não somente entre os médicos, mas também pelos filósofos e líderes da ética médica. Em seu artigo “On telling the Truth”, Vicencio⁽⁴⁸⁾ referiu que, para Kant, decidir se um ato particular é moralmente defensível, deve-se perguntar. “Este ato pode ser aplicado universalmente?” Ele considerou que “revelar a verdade é respeitar e suprir a humanidade com dignidade e habilidade moral”. Portanto, o desejo de cada ser humano é respeitado, e isto torna-se a base da lei universal. Segundo este princípio, “todo paternalismo em manipular o comportamento humano, mentindo-lhe, está excluído”.

Numa perspectiva kantiana, “o médico é obrigado, em toda circunstância, a contar a verdade, considerando o paciente como “um fim em si mesmo” e permitindo-lhe, desta maneira, assumir, tanto quanto lhe for possível, a responsabilidade sobre sua própria vida”. Os pacientes completamente incapacitados de realizar esta decisão por perda de suas faculdades racionais são as exceções que ele apresenta.

Segundo o rabi Jakobovits⁽⁴⁸⁾, a vida do paciente, para o povo judeu, como é de “valor absoluto, intrínseco e infinito”, deve ser preservada, qualquer que seja o ponto de vista do paciente. Desta maneira, não há “remorso” em não revelar a verdade ao paciente ou mesmo enganá-lo. Se for necessário, o mé-

dico é obrigado a mentir para preservar a existência humana física.

Do ponto de vista de Soane⁽⁴⁸⁾, um católico romano, em concordância com S. João Damasceno, “o homem foi criado segundo a imagem de Deus, e por isso ele é inteligente, livre para julgar o dono de si mesmo. Assim, ambas as visões do médico e do paciente são pertinentes no processo de decisão médica ética, e deve ser permitido ao paciente, tanto quanto possível, exercer sua liberdade de decidir sobre o curso de seu tratamento, inclusive junto com o seu médico”.

No atendimento ao paciente terminal, prudência é fundamental para comunicar uma informação. Contar a verdade em relação a um diagnóstico fatal pode ser considerado como um dilema ético⁽¹⁰⁾.

Embora a ciência seja amplamente transcultural, as sociedades humanas ainda não desenvolveram uma ética transcultural correspondente. Assim sendo, sensibilidade às características e valores culturais é um requisito essencial nos trabalhos de colaboração internacional com respeito aos fundamentos da ética na ciência, Medicina e programa de saúde. Em geral, a verdade do paciente pode não corresponder com a do médico, e as opiniões de ambos podem ser bastante distintas, decorrentes de culturas diferentes. Porém, ultrapassando a diferença cultural, é indispensável a capacidade do médico em ouvir o paciente com sensibilidade, a fim de compreender a sua verdade, honrá-la e saber como revelar o seu estado real.

Diante do exposto, deve-se ou não contar a verdade sobre o diagnóstico e a provável evolução da doença? Naturalmente, muitos de nós relutamos em infligir dores desnecessárias ou evitáveis a uma pessoa doente. É também verdade, entretanto, que nós frequentemente relutamos igualmente em infligir desconforto a nós mesmos. O requisito é que devemos assegurar que cada paciente receba respostas mais completas, honestas e satisfatórias a todas as perguntas. Nós devemos contar a cada um tanto quanto deseja saber.

Segundo Skelton⁽²²⁾, ainda que nem todos queiram saber os detalhes sobre suas doen-

ças e evoluções, ao mesmo tempo desejam. Normalmente, as questões não verbalizadas necessitam de respostas mais urgentes, e estas podem ser reconhecidas somente através da paciência, confiança e empatia autêntica. O melhor que podemos oferecer é uma demonstração clara da nossa boa vontade de permanecer com o paciente até o fim, não se retirando e não reagindo com julgamento.

Cuidados paliativos estão baseados nos seguintes princípios éticos e filosóficos^(31, 49-51).

1. Pessoas moribundas são indivíduos com valores próprios a serem respeitados.
2. Controle e autonomia do paciente devem ser respeitados.
3. A relação entre profissionais da saúde/paciente deve ser estruturada na integridade e verdade, combinada com sensibilidade e compaixão.
4. Aos pacientes que estão morrendo, deve ser permitido viver seus últimos dias de uma maneira consistente com suas crenças, personalidades e valores.
5. O objetivo do cuidado paliativo não é nem acelerar nem adiar o processo da morte.

Modelos de processos de decisão médica ética

Os processos de decisão médica ética têm como alicerce os quatro princípios básicos: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Nenhum deles é absoluto, isto é, tem poder de determinar isoladamente a melhor opção terapêutica em determinada situação, pois eles devem ser moderados entre si.

Apesar da tradição histórica do paternalismo médico (“eu sei o que é melhor para você”) ter dominado nas décadas passadas, atualmente, a autonomia do paciente é a pedra fundamental na prática médica de decisão terapêutica em casos de pacientes terminais. Houve uma mudança na Medicina do paternalismo médico tradicional para respeito à autonomia do paciente, isto é, do

controle do médico na decisão médica para maior participação do paciente e sua auto-determinação na escolha do plano terapêutico medicamente conveniente.

Embora muito importante, “autonomia” não é o único princípio a ser considerado no processo de decisão médica. Esta teoria tem uma série de limitações como princípio fundamental da ética biomédica: primeiramente porque não leva em conta o contexto ou as relações, ou o fato de que poucas pessoas decidem e também poucas decisões seriam autônomas se fossem mantidos tais padrões exigentes. Logo, se uma paciente de carcinoma de mama em fase terminal solicitasse poliquimioterapia em altas doses com transplante de medula óssea, mesmo que sua função cognitiva fosse normal, sua autonomia seria limitada pela beneficência (bem-estar, realizar o bem e prevenir danos futuros), pela não-maleficência (não causar danos sem benefício aparente) e justiça (tratamento custoso e desnecessário, sem benefício aparente). Entretanto, este princípio é muito convincente porque está baseado na opinião moral, prática cultural e precedente legal⁽¹¹⁾ e é, sem dúvida, o princípio mais dominante na Medicina Ocidental hoje⁽¹⁰⁾.

Apresentaremos a seguir alguns modelos de “processos de decisão médica ética”.

O primeiro, Modelo de Bergman (Figura 1)⁽²⁴⁾, data de 1973 e segue o seguinte processo: apresentação da situação reunindo todos os fatos para o esclarecimento da situação. Nesta fase, discute-se a filosofia e o conhecimento da situação para a escolha das alternativas, partindo, em seguida, para as ações e avaliações posteriores.

O segundo, “Generic Model for Ethical Decision Making” (Figura 2)⁽¹⁹⁾, foi sugerido pela “Nursing Alberta Association of Registered Nurses”, em junho de 1987. Segue mais ou menos a mesma seqüência de fatos: colher as informações relevantes para identificar e esclarecer o dilema ético, identificando as opções ou possíveis procedimentos de ação, a fim de relacionar a melhor alternativa e partir para a realização do tratamento e a sua posterior avaliação.

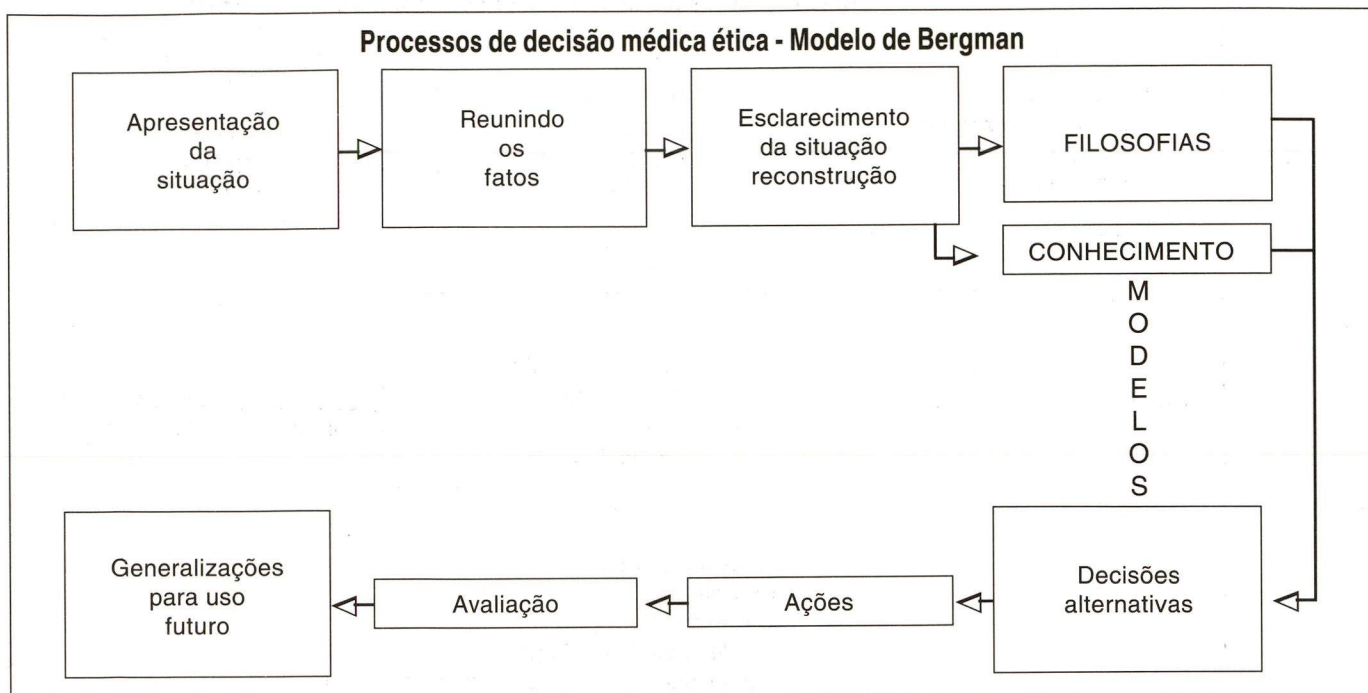


Figura 1 - Modelo de processo de decisão ética médica sugerido por Bergman em 1973.

Bergman R. *Ethics concepts and practice. International Nursing Review* 1973; 20[5]: 140

O terceiro modelo já é mais recente, de 1991 (Figuras 3A e 3B)⁽¹¹⁾. Apesar de mais recente, em sua base as fases são semelhantes. Está baseado na experiência do paciente em relação à doença, ou seja, nos sintomas e nos sofrimentos que ela causa; a doença em si mesma; e no paciente como pessoa, com seus desejos, objetivos, planos e esperanças. Em seguida, são estabelecidos os objetivos de cuidados gerais e específicos pela equipe de saúde junto com o paciente e familiares, baseados nos princípios morais envolvidos. São considerados os vários tratamentos disponíveis, incluindo a avaliação dos seus benefícios e fardos, assim como os desejos do paciente. A Figura 3B identifica os dois caminhos dos objetivos gerais: prolongar a vida ou não. Em ambos, o tratamento de suporte deve ser sempre total, completo, porém certas terapias devem ou não ser iniciadas conforme o consentimento informado do paciente e/ou seus familiares.

O quarto modelo (Figura 4)⁽²⁵⁾ por nós apresentado é “Communication Framework for Ethical Decision Making”, copiado do livro “Health Care Ethics” de Arthur H. Parsons e Patrícia H. Parsons, de 1992, Toronto, Ontario.

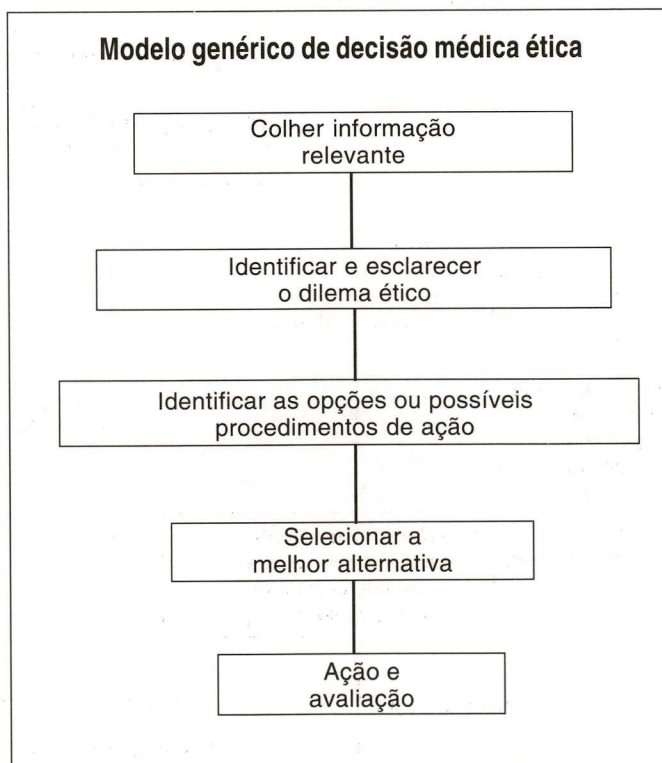


Figura 2 - Este modelo genérico foi desenvolvido pela “Alberta Association of Registered Nurses”, em junho de 1987, como guia de orientação para a realização de decisão médica baseado nos princípios éticos, direitos legais e interesses de enfermeiros e seus pacientes.

Guidelines for Bioethical Decision-Making in Nursing Alberta Association of Registered Nurses, June, 1987.

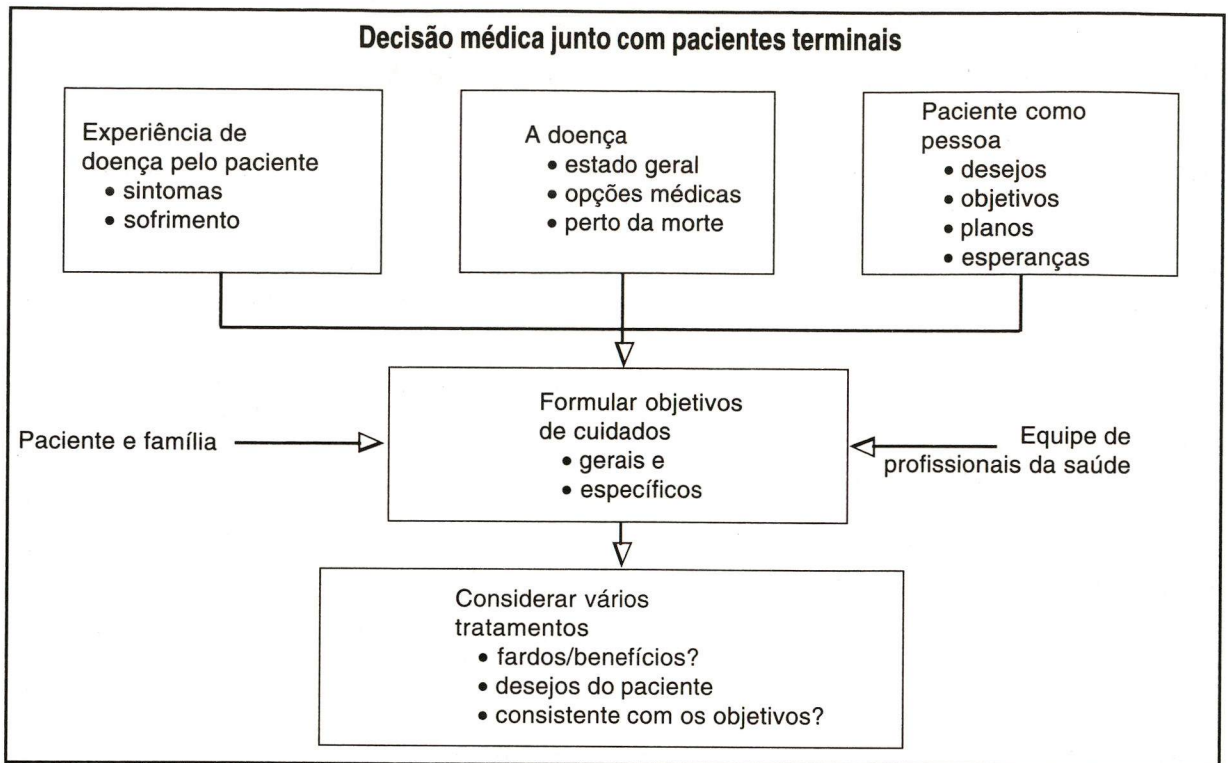


Figura 3A - Este modelo de decisão médica foi sugerido por Latimer, em 1991. Em sua essência, a seqüência é a mesma dos modelos anteriores.

Latimer EJ. *Ethical decision-making in the care of dying and its applications to clinical practice. J Pain Symptom Manage* 1991; 6[5]: 329-336.

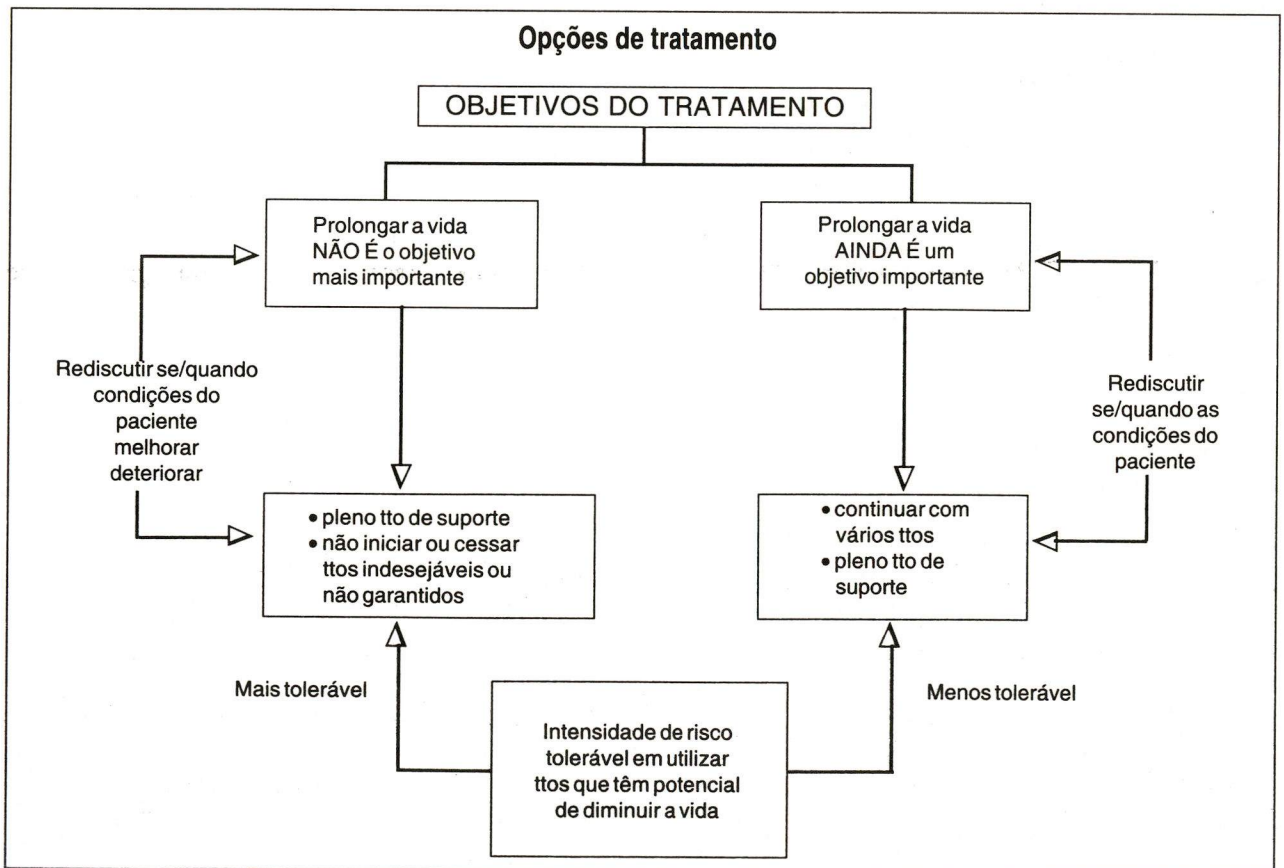


Figura 3B - Esta figura mostra a segunda parte do processo de decisão médica sugerido por Latimer, para a escolha dos tratamentos conforme a situação do paciente.

Latimer EJ. *Ethical decision-making in the care of dying and its applications to clinical practice. J Pain Symptom Manage.* 1991; 6[5]: 329-336.

Discussão de casos clínicos

Caso 1: Homem, 64 anos, portador de colangiocarcinoma com metástases intra-abdominais extensivas, foi admitido na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do Edmonton General Hospital (EGH) com dor na região do tórax e abdômen, náusea e vômito, que impediam-no de se alimentar. Encontrava-se caquético, icterico e sonolento. Havia sido submetido à colecistectomia com hepatojejunostomia seguida de radioterapia. Desenvolveu, posteriormente, colangite ascendente, necessitando de drenagem percutânea com inserção de tubo. Durante sua internação, recebeu hidratação subcutânea (sc), morfina (sc), haloperidol (sc) e dexametasona (vo), obtendo controle da dor, náusea e vômito. Em relação à colangite ascendente de repetição, foi discutido com o paciente e sua esposa que antibioticoterapia não curaria nem prolongaria a vida, eventualmente poderia melhorar os seus sintomas decorrentes da infecção. A esposa decidiu por realizar o tratamento. Foram então utilizados vários antibióticos por via intravenosa, inclusive os de última geração, uma vez que a primeira hemocultura acusou presença de *Enterobacter aerogenes* a segunda, *Pseudomonas aerogenes*. O paciente apresentou alguma evidência de melhora clínica, contudo continuou piorando progressivamente, sendo decidido, com a esposa, suspender tanto o opiáceo quanto o antibiótico. O paciente faleceu tranquilamente, sem sinais de desconforto, 33 dias após sua admissão, na presença da família.

Caso 2: Mulher, 72 anos, portadora de carcinoma de mama com metástases na bacia, foi admitida na UCP, no EGH, com sangramento nasal e dor na região da bacia. Estava em uso de opiáceo e anticoagulante oral com finalidade preventiva por ter apresentado episódios recorrentes de embolia pulmonar. Encontrava-se alerta, bem orientada, com palidez cutânea acentuada, edema de MMII acentuado e extenso, sinais de mastectomia à esquerda, estertores crepitantes nas bases. Durante a internação, recebeu transfusão sangüínea, antibioticoterapia agressiva por celulite em MMII de difícil controle e infecção urinária de repetição. Evoluiu com fratura patológica pela

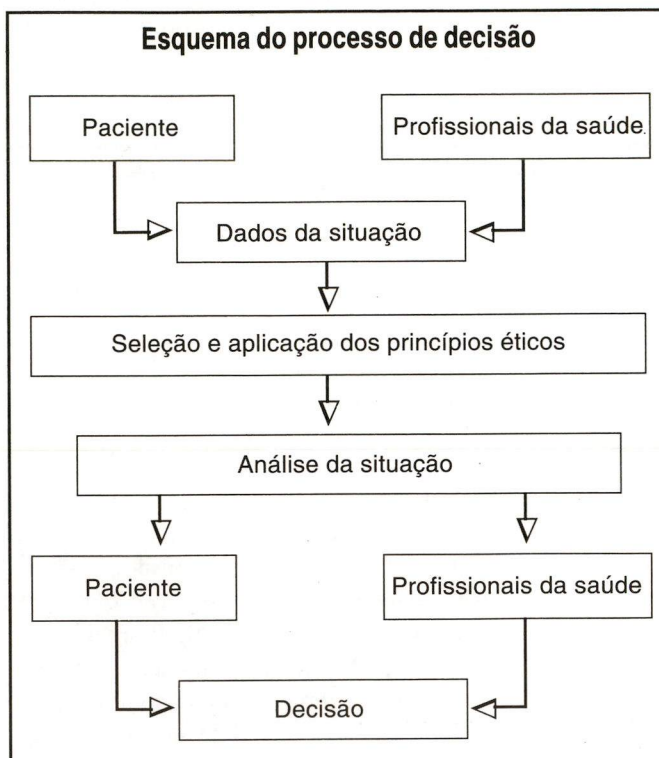


Figura 4 - Este modelo é do livro "Health Care Ethics" de Arthur M. Parsons e Patrícia Parsons.

lesão osteolítica no ramo superior direito do púbis com extensão à região acetabular, permanecendo acamada, desde então, em colchão d'água. Fazia uso constante de salbutamol e oxigenoterapia pela dispnéia secundária às embolias de repetição com atelectasia em bases pulmonares e agravada pela acentuada escoliose dorsal e a sua posição no leito. Após 15 meses, estava recebendo 4 mg de hidromorfina (sc) para dor e dispnéia, acrescida de mais 4 mg se necessário para controlar a dispnéia. Permaneceu alerta, bem orientada durante a internação. Lentamente começou a expressar o desejo de suspender anticoagulante que havia reiniciado após o controle do sangramento nasal, com a finalidade de evitar novas embolias pulmonares, não iniciar antibioticoterapia se desenvolvesse novas infecções urinárias ou celulites, e recusou transfusão quando apresentou anemia. Progressivamente, tornou-se menos responsiva com longos períodos de sonolência, principalmente nos últimos quatro e cinco dias antes de morrer, falecendo tranquilamente, com a família presente.

Caso 3: Homem, 84 anos, portador de carcinoma de células de transição de bexiga

com recidiva local e invasão da uretra prostática e metástases em púbis e ísquio, foi admitido na UCP, EGH, com dor em queimação e edema na perna esquerda, confusão mental, diarreia, náusea intermitente e anorexia. Encontrava-se desidratado, com alteração da função cognitiva, dor neuropática em MIE. Durante a internação, recebeu hidratação (sc), antieméticos (dexametasona, metoclopramida) e vários tipos de opiáceos até obter o controle da dor com metadona oral/retal em doses reduzidas. Apresentou piora da função cognitiva, que se agravou pela pouca ingestão hídrica do paciente, porém os familiares solicitaram a não hidratação parenteral (sc, iv) caso o paciente evoluísse para grau avançado de desidratação. Foi rediscutido com familiares quando o paciente apresentou sinais clínicos acentuados de desidratação e os familiares continuaram com a mesma decisão. O nível de comunicação deteriorou-se significativamente, porém o paciente parecia estar confortável, falecendo em quatro meses.

Comentários

O paciente do primeiro caso, ao ser admitido na UCP, encontrava-se caquético, icterico, sonolento, mas com função cognitiva normal, com náusea e vômito, dor na região torácica e no abdômen. Durante sua permanência na enfermaria, desenvolveu colangite ascendente recorrente (já havia apresentado quadros repetidos de infecção). Desde o início, houve um diálogo aberto e honesto com o paciente e sua esposa sobre o estado de saúde dele, as terapias disponíveis para alívio dos sintomas, mas sem o objetivo de cura ou de prolongar a vida, permitindo-lhes participar na decisão da conduta. Assim, quando ambos solicitaram antibioticoterapia para alívio de seus sintomas secundários à infecção, ela foi realizada.

Muitas vezes, os profissionais entram em conflito com relação ao uso de antibióticos de alto custo em pacientes terminais, moribundos, sem perspectiva de cura. Porém, segundo a OMS - “o controle da dor e outros sintomas e dos problemas psicológico, social e espiritual é primordial e de suma importância. O objetivo de cuidados paliativos é alcançar a melhor qualidade de vida possível aos pacientes e seus familiares”. Este

caso difere dos demais que solicitaram “suspensão ou não realização de terapia”, e neste foi “pedido” antibioticoterapia para controle de sintomas. Em quaisquer destas situações, apesar da autonomia ser prevalente, convincente e dominante, deve ser sempre contrabalançada pelos demais princípios. Se tivesse sido solicitado “transplante de fígado”, por exemplo, o limite da “autonomia do paciente” seria “não-maleficência” (não causar dano sem benefício aparente), “beneficência” (não há evidência de benefício algum em realizar transplante de fígado em paciente com colangiocarcinoma em fase terminal) e “justiça” (o alto custo deste tratamento em perspectivas de alcançar resultado positivo).

Durante sua longa permanência na UCP, a paciente do segundo caso e sua família mantiveram um diálogo aberto e sincero com a equipe de saúde, e o desejo da paciente, enquanto estava lúcida, de suspender o anticoagulante (cuja finalidade era prevenir novas embolias) e não iniciar outros tratamentos, caso viesse a necessitar, ficou bem esclarecido, tanto para a família quanto para a equipe de saúde. Nosso conceito de “beneficência” (prevenção de embolia) foi secundário ao de “respeito à autonomia da paciente”, que decidiu não receber tratamento (anticoagulante com finalidade preventiva). É legal e eticamente claro que uma recusa de tratamento por uma paciente competente deve ser honrada. Este princípio (autonomia), porém, deve ser por outro lado moderado por outros. Por exemplo, se o desejo da paciente fosse inútil ou desnecessário: heparina (IV), transplante de medula óssea, angiografia -, o “limite da autonomia da paciente” seria “não-maleficência” (não causar dano potencial, sem benefício aparente) e a “justiça” (custo elevado de alguns tratamentos sem necessidade para o caso).

No último caso, desde o início de sua admissão, as filhas e a esposa do paciente assumiram a responsabilidade porque o mesmo apresentava a função cognitiva alterada. Por isso, a comunicação aberta e sincera foi mantida com a família, sendo revelada a verdade sobre o estado do paciente, os possíveis cuidados paliativos disponíveis e os efeitos colaterais. Foi solicitada pela famí-

lia a não iniciação de hidratação parenteral (IV, SC) caso o paciente viesse a desenvolver desidratação.

A experiência de sede pelo paciente moribundo é um aspecto importante da qualidade de vida, porém pouco se sabe a respeito. A nossa experiência na UCP do EGH tem mostrado melhora do quadro de alteração da função cognitiva com hidratação subcutânea em pacientes desidratados. A autonomia do paciente em relação a não realização de um tratamento deve prevalecer mesmo quando esta decisão não é a mesma da equipe de saúde. Para citação, nos casos de transfusão sanguínea em pacientes "Testemunhas de Jeová", que se recusam terminantemente a receber transfusão sanguínea, a autonomia do paciente deve ser respeitada. Nestas situações sempre prevalece o princípio da autonomia sobre os demais, porque não se pode forçar o paciente a receber uma terapia que não deseja, mesmo que medicamente haja indicação e lhe seja benéfica.

Conclusão

Os profissionais da saúde, diante da mudança de comportamento dos pacientes e de seus familiares em relação à participação na escolha terapêutica, necessitam conhecer os princípios éticos envolvidos nos processos de decisão médica, a fim de poderem enfrentar esta situação com segurança e confiança no seu procedimento como profissional. Este processo de "decisão médica" torna-se menos complexo a partir do momento que conhecemos os princípios éticos, morais e teológicos envolvidos em determinada circunstância.

Referências Bibliográficas

1. Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying. Um relatório realizado por The Hastings Center. Briarcliff Manor, New York, 1987.
2. Roy, D.J. - Ethical issues in the treatment of cancer patients. *J Pall Care*, 5(2): 56-61, 1989.
3. Casswell, D.G. - Rejecting criminal liability for life-shortening palliative care. *J Pall Care*, 6(2): 15-23, 1990.
4. Davidson, B.; Laan, R.V.; Davis, A. et al. - Ethical reasoning associates with the feeding of terminally ill elderly cancer patients. *Cancer Nursing*, 13(5): 286-292, 1990.
5. Eisendrath, S.J.; Jonsen, A.R. - The living will. Help or hindrance? *JAMA*, 249(15): 2054-2058, 1983.
6. Kelner, M.J.; Bourgeault, I.L. - Patient control over dying: responses of health care professionals. *Soc Sci Med*, 36(6): 757-765, 1993.
7. Fraser, R. - Advance treatment directives clearly communicating patients' choices. *Bioethics Bulletin*, 3(2): 1-2, 1991.
8. Mount, B.M.; Hamilton, P. - When palliative care fails to control suffering. *J Pall Care*, 10(2): 24-26, 1994.
9. Waithe, M.E.; Ozar, D.T. - The ethics of teaching ethics. *Hastings Center Report*, 20(4): 17-21, 1990.
10. Kryspin, J.; Phyllips, H. - Beyond Beneficence: an ethical perspective on terminal care. *Humane Medicine*, 3(2): 82-92, 1987.
11. Latimer, E.J. - Ethical decision-making in the care of the dying and its applications to clinical practice. *J Pain Symptom Manage*, 6(5): 329-336, 1991.
12. Byock, I.R. - Consciously walking the fine line: thoughts on a hospice response to assisted suicide and euthanasia. *J Pall Care*, 9(3): 25-28, 1993.
13. Dickens, B.M. - When terminally ill patients request death: assisted suicide before Canadian Courts. *J Pall Care*, 10(2): 52-56, 1994.
14. Foley, K.M. - The relationship of pain and symptom management to the patient requests for physician-assisted suicide. *J Pain Symptom Manage*, 6(5): 289-297, 1991.
15. Fried, T.R.; Stein, M.D.; O'Sullivan, P.S.; Brock, D.W.; Novack, D.H. - Limits of patient autonomy. Physician attitudes and practices regarding life-sustaining

- treatments and euthanasia. *Arch Intern Med*, 153: 722-728, 1993.
16. Miller, F.G.; Quill, T.E.; Brody, H.; Fletcher, J.C.; Gostin, L.O.; Meier, D.E. - Regulating physician-assisted death. *N Engl J Med*, 331(2): 119-123, 1994.
 17. Bole III, T.J. The rhetoric of rights and justice in health care. In: Bole, T.J. & Bondenson, W.B. (eds.): *Rights to Health Care*. Dordrecht, Boston, Kluwer Academic, 1991, pp. 1-19.
 18. Gillon, R. - Rights. *Br Med J*, 290: 1890-1891, 1985.
 19. Guidelines for bioethical decision making in nursing. Publicado pela Alberta Association of Registered Nurses (AARN), Edmonton, Alberta, Canadá, 1987.
 20. Luce, J.M. - Ethical principles in critical care. *JAMA*, 263(5): 696-700, 1990.
 21. Raffin, T.A. - Withholding and withdrawing life support. *Hospital Practice*, 26(3): 133-155, 1991.
 22. Skelton, D. - Health Care. The hospice movement: a human approach to palliative care. *Can Med Assoc J*, 126: 556-558, 1982.
 23. Wilson, D. - New insights into the old controversy over long-term tube feeding. *The Bioethics Bulletin*, 5(2): 1-3, 1993.
 24. Bergan, R. - Ethics concepts and practice. *International Nursing Review*, 20(5): 140, 1973.
 25. Parsons, P.H. - Approaches to decision making in ethics. In: Parsons, A.H. & Parsons, P.H. (eds.): *Health Care Ethics*. Toronto, Ontario & Middletown, Ohio, Wall & Emerson, Inc, 1992, pp. 11-16.
 26. Lynöe, N. - Ethical and professional aspects of the practice of alternative medicine. *Scand J Soc Med*, 20(4): 217-225, 1992.
 27. Gillon, R. Paternalism and medical ethics. *Br Med J*, 290: 1971-1972, 1985.
 28. Burrows, J.H.; Coloney, M.; Fisher, M.; Reilly, L.T.; O'Shaughnessy, A. - Pain management. Theological and ethical principles governing the use of pain relief for dying patients. *Health Progress*, 74(1): 30-39, 1993.
 29. Rodney, P. - A nursing perspective of life-prolonging treatment. *J Pall Care*, 10(2): 40-44, 1994.
 30. Dossetor, J.B. - Withdrawal of treatment: is it ever justifiable? *Humane Medicine*, 7(3): 217-221, 1991.
 31. Eys, J.V. - The ethics of palliative care. *J Pall Care*, 7(3): 27-32, 1991.
 32. Latimer, E. - Ethical challenges in cancer care. *J Pall Care*, 8(1): 65-70, 1992.
 33. Steinberg, M.I. - The California natural death act - a failure to provide for adequate patient safeguards and individual autonomy. *Connecticut Law Review*, 9(2): 203-226, 1977.
 34. Gillon, R. - Autonomy and the principle of respect for autonomy. *Br Med J*, 290: 1806-1808, 1985.
 35. Dossetor, J.B. - The faces of autonomy. Editor's forum. *The Bioethics Bulletin*, 5(2): 7, 1993.
 36. Ott, B.B.; Niewiadomy, R.M. - Support of patient autonomy in the do not resuscitate decision. *Heart Lung*, 20(1): 66-74, 1991.
 37. Steinbrook, R.; Lo, B. - Decision making for incompetent patients bytt designated proxy. California's New Law. *N Engl J Med*, 310(24): 1598-1601, 1984.
 38. Suber, D.G.; Tabor, W.J. - Withholding of life-sustaining treatment from the terminally ill incompetent patient: who decides? *JAMA*, 248(18): 2250-2251, 1982.
 39. Wanzer, S.H.; Adelstein, J.; Cranford, R.E. et al. - The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. *N Engl J Med*, 310(15): 955-959, 1984.
 40. Gillon, R. - Beneficence: doing good for others. *Br Med J*, 291: 44-45, 1985.
 41. Gillon, R. - "Primum non nocere" and the principle of non-maleficence. *Br Med J*, 291: 130-131, 1985.

42. Gillon, R. - Justice and medical ethics. *Br Med J*, 291: 201-202, 1985.
43. Bayer, R.; Callahan, D.; Fletcher, J. et al. - The care of the terminally ill: mortality and economics. *N Engl J Med*, 309(24): 1490-1494, 1983.
44. Hammes, B.J.; Cain, J.M. - The ethics of pain management for cancer patients: case studies and analysis. *J Pain Symptom Manage*, 9(3): 166-170, 1994.
45. Care of the dying: a catholic perspective. Part III: clinical context - good palliative care eases the dying process. Publicado pela Catholic Health Association. *Health Progress*, 74(4): 22-31, 1993.
46. Giesen, D.; Hayes, J. - The patient's right to know. A comparative view. *Anglo-American Law Review*, 21(2): 101-122, 1992.
47. Meyers, C. - The impact of physician denial upon patient autonomy and well-being. *J Med Ethics*, 18: 135-137, 1992.
48. Vila-Vicencio, C. - On telling the truth. Medical paternalism, patient autonomy and counsellor mediation. *S A Journal Continuing Continuing Medical Education*, 5: 51-57, 1987.
49. Bates, T.; Connor, C.; Connor, S. et al. - A statement of assumptions and principles concerning psychological care of dying persons and their families. *J Pall Care*, 9(3): 29-32, 1993.
50. Latimer, E.J.; Dawson, H.R. - Palliative care: principles and practice. *Can Med Assoc J*, 148(6): 993-994, 1983.
51. Roy, D.J. - Those days are long gone now. *J Pall Care*, 10(2): 4-6, 1994.