

IMPLICAÇÕES ÉTICAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO PACIENTE CRÍTICO

Dulce Cristina Unti Noronha¹
Ana Cristina de Sá¹
Edna Faria Assini¹
Márcia Cristina de Almeida¹
Castelo Branco¹

NORONHA, D. C. V. et alii. Implicações éticas na assistência de enfermagem ao paciente crítico. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4): 349-354, jul./dez. 1985.

RESUMO. As autoras abordam as implicações éticas na assistência de enfermagem ao paciente crítico em Unidade de Terapia Intensiva como: eutanásia, doação de órgãos para transplante, manutenção artificial da vida, ressuscitação, o direito do paciente em decidir sobre sua vida, experimentações e manutenção da privacidade.

ABSTRACT. The authors describe nursing care ethical implications in ICU to critical patients like euthanasia, transplantation, life-sustaining treatment, resuscitation, patient's right to decide to live or die, experiments and privacy.

INTRODUÇÃO

Os tempos atuais caracterizam-se por profundas mudanças as quais sofrem uma aceleração constante e quase que vertiginosa no que diz respeito aos avanços técnico-científicos. Em nosso meio, esses avanços são facilmente notados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Unidades de Transplante, onde nos deparamos com vários aparelhos que permitem a manutenção e o prolongamento da vida e onde a tecnologia é das mais avançadas. É nesse mesmo ambiente que vamos encontrar os pacientes em estado crítico, ou seja, aqueles que têm abaladas de forma intensa suas necessidades básicas.

Todos esses progressos foram possíveis através do homem e para ele. Em virtude deles, o homem também passou por profundas modificações em suas condutas, sua maneira de pensar e até mesmo em suas crenças, deixando por vezes de "enxergar" o ser humano como um todo, com aspectos humanos, éticos e religiosos, dando mais importância à

máquina do que ao próprio homem.

É nesse momento que surgem as preocupações com os assuntos ligados à humanização, à Ética e à religiosidade.

Ao abordarmos o tema "Implicações Éticas na Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico", achamos por bem reafirmar alguns conceitos relacionados a ele:

Ética: palavra que vem do grego *ethos* que significa "modo de ser" ou "caráter". É a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. É a ciência de uma forma específica do comportamento humano, a exemplo das diversas profissões. Alia a causa e a finalidade das ações em forma de normas ou *deveres*. Portanto, ética é também a ciência dos deveres. Os deveres norteiam o homem em sua trajetória existencial.

– *Deveres*: quando o ser humano se apresenta sob as vestes de um profissional, os deveres são normas de conduta que orientam o exercício de suas atividades nas relações dos profissionais entre si, com seus clientes e com a comunidade. A ciência

¹ Enfermeiras do I Curso de Aprimoramento em UTI do Hospital das Clínicas de São Paulo.

cia dos deveres, assim delimitados, tem o nome de *Ética Profissional* ou *Deontologia* (tratado dos deveres) (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM)¹⁰.

Moral: a ética não cria a moral, apesar de determinar princípios, normas e regras do comportamento. É uma abordagem científica dos problemas morais.

– *Moral*: é um conjunto de normas e regras destinadas a regular as relações dos indivíduos numa comunidade social dada.

– *Moral Geral*: estuda a atividade moral humana, as normas e os princípios fundamentais dos atos humanos.

– *Moral Especial*: aborda a aplicação dos princípios estudados na Moral Geral. Trata das determinações concretas do atuar moral humano. Dentro da Moral Especial encontra-se a *Moral Profissional*, que estuda uma forma específica da moral.

– *Ato Moral*: são atos humanos *deliberadamente* praticados, sem envolver situações puramente instintivas.

Segredo Profissional: baseia-se numa espécie de contrato entre o profissional e o paciente, onde este poderá depositar toda a confiança de que este segredo não será revelado. A violação do segredo profissional implica na destruição de todo o relacionamento profissional-paciente, exceto mediante permissão ou quando o fato de não revelá-lo acarrete perigo para o indivíduo ou para a sociedade.

IMPLICAÇÕES ÉTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CRÍTICO:

PRIVACIDADE

O paciente tem ou não direito à privacidade quando em estado crítico?

Este é um questionamento que vem sendo bastante discutido, dada a preocupação com a Humanização nos hospitais.

Dentro do atual Código de Deontologia de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM)¹⁰ nos deparamos com os seguintes itens:

Capítulo II: São Deveres do Enfermeiro: Artigo 8º

IV – respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato em que voluntariamente se atente contra ela ou que colo-

que em risco a *integridade física ou psíquica* do ser humano;

V – respeitar os *valores culturais* e as *crenças religiosas* do cliente;

VII – respeitar o *natural pudor* e a *intimidade* do cliente;

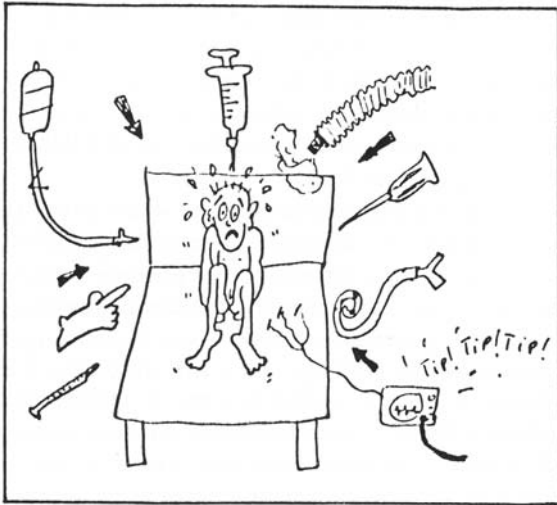
VIII – respeitar o *direito do cliente de decidir* sobre sua pessoa e seu bem-estar.

Entretanto, não raro dentro de UTIs nos deparamos com situações em que o enfermeiro foge totalmente aos preceitos éticos acima citados. As respostas mais frequentes ao serem questionados quanto ao porquê desta atitude, são: “– Ora, para nós, profissionais da saúde, não existe pudor, desde que a vida seja salva.” ou “– Se o paciente quiser sobreviver, terá que se submeter a tudo isso” e assim por diante.

Quanto ao item IV do Código (art. 8º), sublinhamos “ato (...) que coloque em risco a integridade física ou psíquica do ser humano”. Os procedimentos em UTI são quase todos invasivos para o cliente. Assim que chega à unidade ele é cateterizado por sondagem vesical, nasogástrica, endotraqueal, venosa; monitorizado; um aparelho respira por ele; o enfermeiro e o médico pensam, agem e decidem por ele.

Despojado até do direito de pensar, o paciente, de uma maneira geral, somente tem uma opção: entregar-se. Se tenta se comunicar, amarram suas mãos e o privam da consciência com sedativos: “– Ele está agitado, vamos sedá-lo!”. Aqui, vemos também item VIII do artigo 8º do Código sendo esquecido: “respeitar o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa e seu bem-estar”. É preciso saber distinguir quando o paciente realmente está confuso e a restrição será uma forma de protegê-lo e quando este está apenas tentando se comunicar conosco. A *empatia* é um instrumento que o enfermeiro poderá utilizar para saber diferenciar estas duas situações. Restringir o doente é uma atitude cômoda para a equipe de saúde, porém, bastante incômoda para o paciente.

O ambiente físico é outro fator que interfere na privacidade do cliente. Os itens V e VII do artigo 8º do Código de Deontologia cabem aqui: “respeitar os valores culturais” e “respeitar o natural pudor e a intimidade do cliente”. CIOSAK⁷ cita em seu livro *A Enfermagem em UTI – um momento de reflexão* que, em geral, as unidades são pequenas cabines isoladas por divisórias ou cortinas que não chegam até o teto ou até o chão, podendo o paciente participar, principalmente do ponto de



vista auditivo, do que está acontecendo ao lado. Muitas UTIs sequer possuem divisórias, ficando o cliente exposto aos demais pacientes que ali se encontram, independentemente de divisão por sexo e idade.

Os conceitos de normalidade, moral, pudor, diferem de indivíduo para indivíduo, de acordo com seus valores culturais. Para alguns, o fato de terem suas partes pudendas expostas poderá não ser causa de constrangimento, entretanto, para outros, este fato poderá ser mais agressivo que um procedimento técnico como ser aspirado, por exemplo.

Independentemente do fator cultural, cabe a nós enfermeiros evitar que o paciente passe por essas situações embaraçosas. Podemos utilizar biombo em UTIs abertas, pelo menos para separar os pacientes por sexo ou idade; cobrir o paciente durante o banho no leito; caso seja necessário deixá-lo exposto, cobrir o essencial com compressas, enfim, tomar medidas simples e práticas que quase sempre nos “esquecemos” de utilizar.

A separação da família e do mundo exterior também atingem frontalmente a privacidade do paciente. Somos estranhos, num ambiente estranho e com linguagem e procedimentos estranhos ao paciente. Nos hospitais norte-americanos e europeus é comum se deixar junto ao leito do paciente da UTI, fotos, cartões, etc., para não romper totalmente o vínculo com a família. O momento da visita deve ser preservado, pois é o momento de maior privacidade do doente. Atuamos aí, orientando previamente o familiar das limitações do cliente como por exemplo, somente fazer perguntas cuja resposta possa ser sim ou não a pacientes entubados.

Ainda como implicação ética ligada à privacidade, não podemos nos esquecer que devemos “respeitar os valores religiosos do paciente” (item V, art. 8º – Código de Deontologia) permitindo a entrada na UTI do padre, pastor, pai de santo, espiritualista, etc., a fim de satisfazer necessidades religiosas afetadas do cliente, desde que estes respeitem o ambiente da UTI, evitando rituais que extrapolem o regimento interno da unidade.

Podemos, após estas considerações, concluir que a privacidade é e *deve ser* um direito do cliente. Somente nos custará respeitá-lo utilizando a empatia, o bom senso e o Código de Deontologia de Enfermagem sendo “gente que cuida de gente” e não máquinas que controlam uma coisa sem vontades e desejos chamada paciente.

A ATITUDE DA ENFERMEIRA PERANTE O PACIENTE TERMINAL

A enfermeira freqüentemente representa o elemento chave no tratamento de um paciente que está morrendo. Tanto o paciente como sua família nela procuram, com freqüência, apoio e assistência. Para que possa prestar os cuidados necessários de forma eficiente, é preciso que a enfermeira reformule alguns dos seus próprios sentimentos no que diz respeito à morte, pois a sociedade bem como antecedentes educacionais, são intensamente enfocados para a saúde e vida; a proximidade da ocorrência da morte, entretanto, constitui uma situação difícil.

Há necessidade de manejo e reflexões sobre pontos de vista éticos sobre meios artificiais de manutenção da vida, eutanásia, privacidade; pois constitui a maneira mais eficiente de compreender melhor, e de aprender a controlar emoções pessoais. Em contrapartida, os profissionais que negligenciam a abordagem de seus sentimentos com referência à vida, ao processo de morte e à morte em si, não desenvolvem a capacidade de analisar e encarar as necessidades dos pacientes que se defrontam com a morte e, conseqüentemente, o paciente e seus familiares enfrentam sozinhos uma situação que, por suas próprias características, é muito desoladora.

Os profissionais da saúde atualmente estão sendo melhor conscientizados em relação aos sentimentos decorrentes da morte. A enfermeira deverá utilizar todas as medidas de que dispõe, a fim de que o paciente possa viver seus últimos dias dentro do máximo conforto e dignidade possíveis, livre de

ansiedade e dor, sem perder sua identidade, seu sentimento de valor pessoal é sua sensação de posse. A atuação da enfermeira é, até certo ponto, responsável por essa maneira de viver essa última experiência humana, zelando pela paz e dignidade com que o paciente enfrentará a morte.

“A hora da morte é o momento em que devemos ser enfermeiras no sentido pleno, pois, é a hora da solidão, do abandono, onde toda a segurança na vida desaparece. Um aperto de mão, uma palavra de conforto, uma oração ao lado de quem agoniza é o que podemos dar de mais belo e precioso”.

“Para nós é *mais um caso*, mas para o paciente é a única vez que acontece e não se repete”. (MARK)²².

EUTANÁSIA; MANUTENÇÃO ARTIFICIAL DA VIDA; REANIMAÇÃO CÁRDIO-RESPIRATÓRIA

Sob o ponto de vista pluridimensional da vida humana, deve-se considerar que o processo de morte não ocorre num só momento, mas em diversas fases, como a parada cardíaca, introduzindo a morte clínica; a parada neurológica, introduzindo a perda da sensibilidade e reflexos; a parada dos centros bulbares, introduzindo a morte real e a autólise dos tecidos, consumando a morte biológica.

Apesar das divergências entre os cientistas se a morte ocorre com parada cárdio-respiratória ou parada cerebral, a tarefa de precisar o momento da morte cabe ao médico. Então, dentro da ética, a vida deve ser respeitada, até que aconteçam as duas paradas: a cardíaca e a cerebral.

Os critérios utilizados para uma constatação de perda irreversível da totalidade funcional do cérebro, a partir de uma parada cerebral são os seguintes:

- dilatação completa das pupilas sem nenhuma resposta reflexa à luz;
- ausência total da respiração espontânea depois que o respirador mecânico cessou por cinco minutos;
- queda contínua da pressão sangüínea, apesar das doses maciças de drogas vaso-ativas;
- traçado do eletroencefalograma (EEG) com onda isoeétrica durante vários minutos. Esse conceito vem mudando as formas de conduta frente decisões de reanimação cárdio-respiratória, manutenção de respiração mecânica e eutanásia, além de outras.

O sentido etimológico da palavra *eutanásia* é *morte boa ou honrada*. Atualmente, o significado prático é “abreviação da vida ou antecipação da morte, por algum dos seguintes motivos: inutilidade, sofrimento atroz, economia, incurabilidade, consentimento do doente”.

Hoje em dia, a eutanásia vem sendo estudada sob três aspectos diferentes: a *eutanásia positiva*, uma ação prática, visando tornar presente a morte antes do que seria esperada; a *eutanásia negativa*, que seria a omissão de socorro ou cuidados que provavelmente prolongariam a vida do doente e a *distanásia*, que é traduzida como a prática que procura afastar o máximo possível a morte, através de métodos extraordinários para manter a vida de um enfermo, sem esperança humana de recuperação.

Diante desse problema tão sério, um conceito deve ser entendido e deve estar presente em nossas mentes: todo homem tem direito a uma morte humana. Ninguém pode privar-se da morte, mas antes, deve ser ajudado nesse momento, o que significa, antes de tudo, o alívio do sofrimento dos doentes, de forma que eles possam superar humanamente a última fase de suas vidas. Isso significa, dar-lhes a melhor assistência possível, incluindo a administração de drogas que acalmem a dor ou ansiedade, mesmo com o conhecimento que esse tipo de terapia possa levar à inconsciência e abreviar a vida.

É lícito também, frente à eminência de uma morte inevitável, apesar dos meios empregados, tomar a decisão de renunciar a alguns tratamentos que poderiam apenas proporcionar um prolongamento precário e muitas vezes penoso da existência, porém, sem interromper as curas normais dispensadas ao doente, como por exemplo um paciente que esteja sendo mantido por respirador artificial e apresente uma parada cardíaca, pode não ser atendido, com manobras de reanimação, visto ser irreversível seu estado de enfermidade.

Legal e deontologicamente, cabe ao enfermeiro rejeitar a eutanásia sempre que houver a necessidade de aplicação de métodos que agridam a vida do paciente. Não cabe ao enfermeiro a decisão de aplicar uma ou outra forma de eutanásia, mas isso não impede que ele sendo participante da equipe de saúde, dê sua colaboração com sugestões e idéias próprias, e nada pode obrigá-lo também a participar em métodos que vão de encontro a sua concepção de certo ou errado, ou firam a sua consciência moral.

A EXPERIMENTAÇÃO EM SERES VIVOS

Uma das características mais marcantes da Medicina Moderna é a de ela não se preocupar apenas com o restabelecimento dos doentes, mas de dar sempre uma maior atenção às várias doenças.

De medicina meramente terapêutica, ela passa a ser também preventiva (profilática), sendo para isso necessário lançar mão da experimentação.

É ponto pacífico que a toda experimentação em seres vivos, devem preceder a competência profissional, a consciência profissional, pesquisas em laboratório e testes feitos em animais, sendo imperativo para prevenir doenças que um dia se chegue ao próprio homem, entrando aí o *problema moral*.

Devem ser distinguidos os vários tipos ou níveis de experimentação:

- aplicação de qualquer medicamento ou intervenção cirúrgica: há sempre uma reação diversificada para cada organismo, sendo impossível de prevê-la, pois há a originalidade de cada indivíduo;
- terapia combinada com pesquisa clínica: ao lado do medicamento e/ou tratamento conhecido mas não totalmente eficaz, tenta-se aplicar outro medicamento e/ou tratamento, visando ampliar a margem de segurança;
- pesquisa clínica em pessoas sadias: o risco desse tipo de experimentação fazia com que a moral tradicional mantivesse-se bastante intransigente diante da pesquisa puramente clínica, sem fins terapêuticos. Esse tipo de pesquisa deve visar o “bem total da pessoa humana” e não por mera curiosidade ou utilidade técnico-científica.

E esse “bem total da pessoa humana” deve ser bem compreendido, pois nada impede que uma pessoa se disponha livremente a assumir, em favor dos outros, riscos proporcionais ao bem visado.

E o problema se coloca no “assumir livremente um risco”, pois o indivíduo deve estar bem esclarecido sobre os objetivos e riscos do empreendimento (incluindo efeitos diretos e esperados, bem como efeitos colaterais não de todo previstos). E esse assumir livremente o risco exclui com certeza todo tipo de pressão, exibicionismo, ambição, remuneração, condição de prisioneiro, dependente ou mesmo um doente desenganado.

Normas éticas: considerando que para o progresso da Medicina é necessária a experiência, in-

clusive a pesquisa puramente clínica, foi aprovada pela Assembléia Médica Mundial a Declaração de Helsinki, efetuada em julho de 1964.

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Os órgãos e tecidos do corpo são muitas vezes utilizados para transplantes, bem como para pesquisa médica e estudos. É necessária uma permissão legal para a remoção de partes do corpo tais como: o coração, o fígado, os olhos, os rins, a pele, o cérebro e os ossos.

A enfermeira deverá familiarizar-se com as leis locais que regem a permissão de transplantes, principalmente se ela trabalha em locais onde se encontram pacientes em tais condições, isto é, críticos, como nas UTIs, a fim de evitar o aborrecimento de uma possível ação legal.

Aspectos legais nos transplantes de órgãos: a lei que regulamenta os transplantes de órgãos é a Lei Federal 5.479 de 10 de agosto de 1968.

No Brasil, essa é a única lei de que temos conhecimento e que se relaciona à extirpação de órgãos e transplantes. Sua interpretação é a seguinte:

– Pode a pessoa dispor sobre a extirpação de determinado órgão ou tecido, após sua morte, a ser transplantado em outrem com finalidade terapêutica, a bem da ciência e da saúde daqueles que careçam de tal providência.

Entretanto, não assiste à família do morto o direito de contrapor-se ao cumprimento dessa vontade, desde que, por ato causa-mortis, a autorização poderá constar de testamento, codicilo, declaração de última vontade ou qualquer outro ato autêntico.

– Na falta de manifestação da vontade do disponente, a permissão poderá ser autorizada pelo cônjuge não-separado, e sucessivamente por descendentes, ascendentes e colaterais, ou por corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos.

Para o transplante de cadáver é de responsabilidade médica a assinatura do “termo de autorização” para a doação do órgão, cabendo à Enfermeira o controle do termo de doação. Deve-se ter também a assinatura do responsável pela doação inteiramente qualificado por documentação pessoal.

O paciente doador deve ter o EEG com inatividade cerebral (isoelétrico), e mesmo assim ele deve ser confortado pela enfermeira até que ocorra o transplante.

Cabe também à enfermeira conversar com a família do paciente doador, mantendo-se na posição de neutralidade e abordando o aspecto de doação de determinado órgão ou tecido, sem colocar em jogo sua opinião pessoal sobre o assunto.

CONCLUSÃO

Como se pode inferir do texto acima, concluímos que há uma série de implicações éticas que envolvem a atuação do enfermeiro e equipe, no que tange à assistência ao paciente crítico. Ética é um assunto amplo que gera opiniões conflitantes na vida profissional. O "agir eticamente" do enfermeiro irá depender muito de sua formação moral, profissional e sua sensibilidade, lançando mão do Código de Deontologia, desde que o interprete, tendo em mente como objetivo primário, o bem-estar do próprio profissional e, principalmente, do paciente que está sob seu cuidado.

O objetivo deste trabalho foi o de analisar as situações que envolvem a Ética no seu lado prático e comum ao nosso dia-a-dia dentro das UTIs. Esperamos que os colegas enfermeiros utilizem este estudo como início para uma discussão mais ampla dos tópicos abordados e, a partir de então, reflitam sobre sua atuação até aqui e o que se poderá fazer para melhorar a assistência ao paciente crítico dentro dos preceitos éticos.

NORONHA, D. C. V. et alii. Ethical implications in the nursing care to the critical patient. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4): 349-354, July/Dec. 1985.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVAREZ, F. et alii. *Morir con dignidad*. Madrid, Marova, 1976.
2. BALY, M. Professionalism: based on trust. *Nurs. Mirror*, London, 156(12):33-4, mar. 1983.
3. BENOLIEL, J. Q. Ethics in nursing practice and education. *Nurs. Outlook*, New York, 31(4):210-5, jul./aug. 1983.
4. BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D. S. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 4. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1984.
5. CAMARGO, L. T. A enfermagem e o transplante de rim. Considerações gerais em transplantes renais. *Rev. Paul. Hosp.*, São Paulo, 22(2):52-62, fev. 1974.
6. CAMARGO, M. *Ética, vida e saúde*. Petrópolis, Vozes, 1975.
7. CIOSAK, S. I. *A enfermagem em U.T.I.; um momento de reflexão*. São Paulo, Littera, 1983.
8. CISTTO, L. Comunicações sobre pacientes-aspectos éticos e legais. *Rev. Paul. Hosp.*, São Paulo, 24(12):580-5, dez. 1976.
9. COLLINS, V. J. Ethical considerations in therapy for the comatose and dying patient. *Heart & Lung*, St. Louis, 8(6):1084-8, nov./dec. 1979.
10. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Código de deontologia de enfermagem*. Rio de Janeiro, 1975.
11. DAVIS, A. Patient's right to decide is new value in health care. *Am. J. Nurs*, New York, 16(4):5-6, apr. 1984.
12. DORA, P. C. & DONOSO, M. B. Valores religiosos y morales como factores en el desenvolvimiento de enfermería. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 29(3):26-33, jul./set. 1976.
13. DURAULT, M. Helping patients and families make life - sustaining treatment decision. *AORN J.*, Denver, 39(7):1128-33, jun. 1984.
14. FUERST, E. V. et alii. *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977.
15. GALTON M. Emergency resuscitation ethics and legalisms. *Aust. Nurses J.*, West Perth, 10(3):44-5, sep. 1980.
16. GELAIN, I. *Deontologia e enfermagem*. São Paulo, EPU, 1983.
17. GOMES, D. C. S. As implicações de valor ético nas ações de saúde. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 3(1): 9-11, jan./fev. 1983.
18. HENRY, C. Matters of conscience: the ethics of ethics. *Nurs. Mirror*, London, 156(24):30, jun. 1983.
19. HOMER, M. B. Dilemmas in practice; selective treatment. *Am. J. Nurs.*, New York, 84(3):309-12, mar. 1984.
20. LEPARGHEUR, H. Ética e responsabilidade. *B. ICAPS*, São Paulo, abr. 1985.
21. MARCINIK, M. A. The right to die: in support of passive euthanasia. *Nurs. Forum*, New Jersey, 20(2):129-37, 1981.
22. MARX, L. C. Assistência ao paciente em fase final. In: JORNADA DE ENFERMAGEM EM CANCEROLOGIA, 1. São Paulo, maio, 1981
23. MOSER, A. *Questões de medicina e moral*. São Paulo, UCS, 1978.
24. PADIM, N. Aspectos éticos de exercício profissional. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 25(4):79-89, jul./set. 1972.
25. PAYTON, R. J. Technology changing relationship create modern dilemmas. *AORN J.*, Denver, 39(1):101, 104-5, jan. 1984.
26. _____. Nurses share ethical responsibility for informed consent. *AORN J.*, Denver, 39(5): 755-6, 758, apr. 1984.
27. ROJAS, S. P. et alii. Aspectos humanos, éticos y religiosos de la investigación científica. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 29(3):34-45, jul./set. 1976.
28. WHITE, A. Matters of conscience. Resuscitation: moral preserving life? *Nurs. Mirror.*, London, 157(23):40-1, dec. 1983.
29. WILLIAMS, C. A. Deciding to forego life - sustaining treatment: recommendations of ethics. *Nurs. Outlook*, New York, 31(6):294-5, Nov./Dec. 1983.
30. WITTE, M. L. Variables present in patients who are either resuscitated or not resuscitated in a medical intensive care unit. *Heart & Lung*, St. Louis, 13(2):159-61, mar. 1984.