

Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros

Júlio César Batista Santana¹, Bianca Santana Dutra², Janaina Maria Machado Carlos³, Jenniffer Kelly Assis de Barros⁴

Resumo

Este artigo tem como objetivo compreender o significado do processo de morrer com dignidade em unidade de terapia intensiva na percepção dos enfermeiros. Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa envolvendo entrevista com 12 enfermeiros do curso de especialização *lato sensu* de enfermagem em UTI adulto, pediátrica e neonatal da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, por meio do método de análise do discurso proposto por Laurence Bardin. Após a análise do discurso surgiram cinco categorias, discutidas ao longo do artigo. Conclui-se que, na percepção dos enfermeiros, a ortotanásia é prática que visa respeito à dignidade humana por meio de morte digna, além de estar envolta em princípios bioéticos que permitem suspender medidas curativas, dando espaço para o paliativismo como mecanismo de diminuição do sofrimento e da dor dos pacientes em fase terminal.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Morte. Doente terminal. Enfermagem. Unidades de terapia intensiva.

Resumen

Ortotanasia en las unidades de cuidados intensivos: percepciones de los enfermos

Este artículo tiene como objetivo comprender el significado del proceso de morir con dignidad en una unidad de cuidados intensivos en la percepción de los enfermeros. Se trata de investigación cualitativa con 12 enfermeros, de la especialización *lato sensu* del curso de enfermería en la UCI de adultos, pediátricos y neonatales, de la Pontificia Universidad Católica de Minas Gerais, Brasil, a través del análisis del discurso de entrevistas tal como propuesto por Laurence Bardin. Después del análisis del discurso, surgieron cinco categorías discutidas a lo largo del artículo. Llegamos a la conclusión de que, en la percepción de los enfermeros, la ortotanasia es una práctica que busca el respeto de la dignidad humana a través de una muerte digna, además de estar rodeado de los principios bioéticos que proporcionan la suspensión de las medidas curativas, dando espacio para los cuidados paliativos, como mecanismo de reducción del sufrimiento y el dolor de los pacientes con enfermedades terminales.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Muerte. Enfermo terminal. Enfermería. Unidades de cuidados intensivos.

Abstract

Orthothanasia in intensive care units: perception of nurses

This article aims to understand the meaning of the process of dying with dignity in an intensive care unit from the perception of nurses. A qualitative study was performed with 12 nurses of the *lato sensu* nursing specialization course in adult, pediatric and neonatal ICUs of the Pontifical Catholic University of Minas Gerais, Brazil, through the discourse analysis approach proposed by Laurence Bardin. An interview was used as the research instrument. Following discourse analysis, five categories emerged as discussed throughout the article. It was concluded that, in the perception of the nurses, orthothanasia is a practice that respects human dignity through a dignified death. Additionally, it is surrounded by bioethical principles that allow the suspension of curative measures, providing space for palliative care as a mechanism for reducing the suffering and pain of patients in the terminal phase.

Keywords: Palliative care. Death. Terminally ill. Nursing. Intensive care units.

Aprovação CEP-PUC Minas CAAE 07663912.9.0000.5137

1. **Doutor** julio.santana@terra.com.br – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) 2. **Mestre** bianca27santana@yahoo.com.br – Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas, Sete Lagoas/MG 3. **Graduada** enf.jmmc@hotmail.com – PUC Minas 4. **Graduada** jennifer.kelly@gmail.com – PUC Minas, Belo Horizonte/MG, Brasil.

Correspondência

Júlio César Batista Santana – R. Dom José Gáspar, 500 - Coração Eucarístico CEP 30535-610 Belo Horizonte/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

No decorrer do século XX, os avanços técnicos e científicos ampliaram o conhecimento da fisiologia humana e foram, portanto, determinantes para o prolongamento da vida. No entanto, nem sempre esse prolongamento acontece com qualidade, evidenciado pelas dificuldades de tratamento de pacientes terminais em ambiente doméstico, o que favoreceu a morte institucionalizada, em unidades de terapia intensiva (UTI)^{1,2}. Nas instituições hospitalares, as UTI são espaços que apresentam recursos tecnológicos e humanos destinados ao atendimento de pacientes graves ou com risco de morte que dependem de assistência de enfermagem e médica contínua³.

Essas unidades de cuidado ininterrupto contam com sistema de plantões, que funcionam com rodízio de equipe. Isso interfere na criação de vínculo entre profissional e paciente, além de gerar grande mecanização do cuidado². Por isso, pela ampla “capacidade tecnológica” forma-se percepção equivocada das UTI, o que estigmatiza os profissionais que nela atuam como frios e indiferentes na relação profissional-paciente-família, como se os cuidados da área fossem direcionados às máquinas, não aos doentes⁴.

Incontestavelmente, as máquinas compõem o cuidado em terapia intensiva, uma vez que garantem o suporte avançado de vida que pacientes em estado crítico necessitam, sendo impossível pensar nessa estrutura sem os devidos recursos tecnológicos⁵. Porém, o que define se uma tecnologia desumaniza o cuidado não é a tecnologia propriamente dita, mas sua influência sobre os indivíduos e a significação do que é humano em cada cultura⁶. É necessário compreender que recursos tecnológicos representam em vários momentos a comunicação entre paciente crítico e equipe multidisciplinar, pois identificam situações de risco e evolução do paciente pelo monitoramento contínuo de seus sinais vitais⁶.

*A tecnologia por si só pode ser um fator que humaniza, mesmo nas arenas mais tecnologicamente intensas de cuidado em saúde*⁷. Exemplo claro disso é o cuidado oferecido ao paciente crítico ou terminal. Nesses casos, as tecnologias (infusão venosa com bomba de infusão, monitoramento de funções vitais etc.), aliadas ao cuidado prestado pelos profissionais, proporcionam conforto e bem-estar, colaborando para recuperação da saúde ou morte digna e tranquila⁸.

Permitir que o paciente morra digna e tranquilamente é uma das principais preocupações da terapia intensiva, que traz questões polêmicas

do ponto de vista bioético. Entre elas destaca-se a limitação de esforços terapêuticos (LET), muito frequente em UTI devido ao perfil dos pacientes da área¹. Essa limitação pode ser entendida como conduta que restringe ações médicas devido a doenças ou traumas. Ou seja, trata-se da suspensão do investimento terapêutico diante da impossibilidade de recuperação do doente e da iminência da morte. São vários os fatores considerados para definir o paciente em LET, destacando-se três pontos: o prognóstico da doença, suas comorbidades e a futilidade terapêutica.

Após a definição da conduta de LET, entre as terapias mais comumente suspensas ou recusadas estão ressuscitação cardiopulmonar, administração de drogas vasoativas, métodos dialíticos e nutrição parenteral, procedimentos muito invasivos, não justificáveis em situações como essa¹. No atual panorama, a equipe multidisciplinar deve se organizar e oferecer a esse tipo de paciente cuidados paliativos que proporcionem alívio do sofrimento e dignidade durante o processo^{1,9,10}. É importante salientar que, quando o paciente é considerado em LET, as limitações terapêuticas são relacionadas à função curativa, e não a ações que gerem conforto e alívio da dor, preservando a integridade do paciente.

Para que a equipe multidisciplinar aceite essa limitação é preciso que entenda a finitude humana como processo natural e cronológico da vida, além de compreender as questões legais dessa ação. Porém, esse entendimento não é simples, pois *a morte coloca o profissional enfermeiro diante de sua própria finitude, gerando conflito interno, dúvidas sobre a eficácia, os objetivos e a relevância de seus cuidados*¹¹. Adicionalmente, muitos médicos insistem em continuar o tratamento curativo devido ao receio quanto a consequências legais, mesmo havendo orientações claras a respeito do assunto, tanto provenientes da Associação Médica Americana¹² quanto do Conselho Federal de Medicina¹³.

Em decorrência dessas dificuldades de aceitação da limitação dos esforços curativos, a *distânásia* é praticada^{14,15}. Considerada obstinação ou futilidade terapêutica, constitui assunto polêmico no campo da bioética, sendo descrita no dicionário da bioética como *morte difícil ou penosa*¹⁶, visto que sua prática prolonga o sofrimento do paciente terminal e não acarreta qualquer benefício terapêutico^{14,17}. Essa conduta fere os direitos humanos, leva a tratamento degradante e desrespeitoso, protela a vida biológica e prejudica a qualidade na vida e no morrer^{10,15}. Diante da impossibilidade de recuperação, a adoção persistente de tratamentos invasivos

que prolongam a vida resulta da negação da mortalidade¹⁸, que desconsidera que a morte é parte da vida e que o tratamento deve ser sempre digno e humano^{18,19}.

Nesse contexto, o tratamento passa a ser considerado em muitos casos desproporcional, especialmente quando apenas prolonga o sofrimento físico e psicológico do paciente²⁰. Siqueira-Batista²⁰ questiona quando se deve passar dos cuidados curativos para os paliativos, uma vez que o doente terminal merece sempre benignidade e respeito. Os cuidados paliativos estão em contraste com o sofrimento causado pela distanásia. Consistem na assistência proporcionada por equipe multidisciplinar, objetivando melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família perante doenças que ameacem a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento e identificação e tratamento precoce da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais^{10,21}.

Os cuidados paliativos nas UTI são classificados em três fases. A primeira delas diz respeito aos cuidados para alívio do desconforto causado pela doença e tratamento intensivo e visa a recuperação total do paciente. Nesse caso, a morte é pouco provável. A segunda enfatiza cuidados para promover conforto físico e psicoemocional, empregando, quando necessário, recursos que modifiquem a doença, diante de previsão de morte em dias, semanas ou meses. Por fim, na terceira fase há o reconhecimento de que todas as propostas terapêuticas e curativas não dão resultado. A morte é aceita como fato e dessa forma os cuidados paliativos enfatizam a qualidade de vida e conforto do paciente e da família¹.

A partir do conhecimento dessas fases, é fundamental que cuidados paliativos baseados nas noções de respeito e dignidade humana sejam prestados no ambiente de terapia intensiva. Isso objetiva humanizar a assistência, contribuir para o verdadeiro sentido do cuidar e provocar empatia no profissional²². A humanização em terapia intensiva propõe resgatar as características humanas como parte constitutiva do funcionamento hospitalar e busca a valorizar o paciente e sua família²³. O cuidado humanizado enfatiza a visão holística do paciente pela equipe multidisciplinar, visto que contempla todas as suas necessidades e contribui na medida do possível para melhorar sua qualidade de vida.

A humanização em unidades de terapia intensiva deve condicionar a atuação da equipe. Nesse contexto, a ortotanásia surge como complemento dessa assistência “humanizadora”. Por significação

etimológica, ortotanásia deriva do grego *orthos*, que significa “correto”, e *thanatos*, que significa “morte”. Ou seja, morte no momento apropriado com o devido respeito aos limites da vida²⁴⁻²⁶. A ortotanásia também pode ser considerada morte natural, favorecendo a aceitação da circunstância humana perante a morte, sem abreviar nem prolongar o sofrimento, apenas proporcionando, na medida do possível, qualidade de vida e alívio do sofrimento de modo geral.

Essa conduta permite ao paciente sem possibilidade de cura entender a finitude humana e morrer em paz, uma vez que garante dignidade no processo da morte²⁷. Contribui igualmente para que todos os envolvidos nesse processo – paciente, equipe, família, amigos – aceitem a morte mais tranquilamente. Isso porque, nessa visão, a morte não configura doença a ser curada, mas o fim do ciclo da vida. Nessa perspectiva, destaca-se que, quando em assistência a indivíduo em condições clínicas irreversíveis ou terminais, a equipe médica deve evitar procedimentos desnecessários e medidas terapêuticas fúteis.

Deve igualmente pôr em prática todos os cuidados paliativos necessários e respeitar a vontade do paciente ou, na impossibilidade de este expressar sua preferência, as decisões dos familiares. Cumpre, assim, o princípio ético mais importante da medicina – a não maleficência¹³. Desse modo, questiona-se: qual a percepção dos enfermeiros a respeito da prática da ortotanásia nas unidades de terapia intensiva? O que esses profissionais, que vivenciam essa realidade cotidianamente, entendem dessa prática? Como essa realidade é enfrentada?

Diante de tal questionamento, ressalta-se que este artigo tem como objetivo compreender o significado do processo de morrer com dignidade em unidade de terapia intensiva na percepção dos enfermeiros, considerando o perfil dos pacientes dessa área e a incidência de situações em que ortotanásia se aplica. Visto que a ortotanásia é tema que apenas recentemente passou a ser questionado pela bioética, acredita-se que esta pesquisa contribuirá para melhor compreender a percepção dos enfermeiros que atuam nas UTI e, conseqüentemente, favorecer a qualidade de vida do paciente no processo da morte e do morrer.

Método

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa por meio da análise do

discurso proposta por Laurence Bardin²⁸. Foi realizada entrevista não estruturada com duração de aproximadamente 30 minutos, contemplando as seguintes questões norteadoras: Qual o significado do processo de morrer com dignidade (ortotanásia) em relação a pacientes internados na unidade de terapia intensiva? Como você percebe o prolongamento do sofrimento na unidade de terapia intensiva?

A coleta de dados foi realizada entre agosto e setembro de 2012 no Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), *campus* Praça da Liberdade, em Belo Horizonte. Participaram 12 enfermeiros do curso de especialização *latu sensu* de enfermagem em UTI adulto, pediátrica e neonatal. As normas estabelecidas na Resolução CNS 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitadas²⁹.

A análise do discurso utiliza-se de métodos de descrição do conteúdo das mensagens para obter indicadores que permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens. Ou seja, pretende ir além dos significados da leitura simples do real. A pré-análise, é realizada para organizar a pesquisa sistematicamente e, em seguida, explora-se o material e seleciona-se os resultados. Por fim, a inferência e interpretação dos dados conclui a análise²⁸.

Como instrumento de pesquisa foi realizada entrevista não estruturada. Para garantir o anonimato, os entrevistados foram identificados como Enfermeiro 1, Enfermeiro 2, Enfermeiro 3, sucessivamente. Após transcrição das falas, as fitas em que se registraram as entrevistas foram guardadas em local sigiloso. Para atender aos critérios de inclusão, os participantes da pesquisa deveriam ter três anos de experiência em terapia intensiva e ser discente ou docente do curso de especialização da PUC Minas. Os enfermeiros que consentiram em participar do estudo receberam informações detalhadas sobre objetivos e, posteriormente, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e discussão

O prolongamento do sofrimento na UTI

A morte é algo que fascina e aterroriza a humanidade. O aspecto mais crítico é sua inacessibilidade aos vivos, e a seu respeito filósofos e religiosos refletem incessantemente na tentativa de compreender e explicar seu objetivo. Cada cultura a interpreta de forma diversa, perpetuando suas interpretações de geração em geração. Na cultura ocidental, no

decorrer das últimas décadas a conotação negativa da morte se acentuou devido à percepção da população a respeito da eficiência dos inúmeros recursos para prolongar a vida. Nessa perspectiva, a morte é vista cada vez mais como perda, separação, motivo de desespero, vazio, interrupção abrupta da vida, enfim, algo não natural.

O avanço da medicina permitiu a descoberta da cura ou tratamento de várias doenças. Considerando-se apenas a maximização dos esforços para prolongar a vida, esse avanço é visto como vitória contra moléstias há pouco desconhecidas. Contudo, tal *desenvolvimento pode levar a um impasse quando se trata de buscar a cura e salvar uma vida, com todo o empenho possível, num contexto de missão impossível: manter uma vida na qual a morte já está presente*³⁰. Nesse contexto, percebe-se nas falas que os enfermeiros insistem em medidas curativas e resistem em limitar procedimentos invasivos, acusando incompreensão e desumanização do processo de morrer do paciente:

“Vejo um cuidado muito fragmentado na UTI, com muitos procedimentos invasivos. O paciente tem hora que deforma na UTI, e continuamos insistindo para mantê-lo vivo ligado pelos aparelhos.” (Enfermeiro 5);

“Percebo o prolongamento do sofrimento na unidade de terapia intensiva quando a equipe multiprofissional se empenha exclusivamente para manter o paciente vivo” (Enfermeiro 6).

A tentativa de prolongar a vida a qualquer custo provoca cada vez mais sofrimento nos pacientes, visto que continuam em UTI com prognóstico sequer razoável. Essa prática no cenário das unidades é evidenciada no discurso dos sujeitos:

“Vejo muitas intervenções que vão além dos limites de cada ser humano. Acho um abuso de poder, acho que é feita muita distanásia na UTI” (Enfermeiro 2);

“Ainda vejo muito sofrimento sim, muito prolongamento da dor, do sofrimento do paciente” (Enfermeiro 5).

Sendo a distanásia questão extremamente polêmica, considera-se a necessidade de aprofundar a reflexão e discussão entre profissionais de saúde, especialmente aqueles que trabalham em UTI. Esse processo reflexivo, que pode ser estimulado em cursos de especialização para profissionais de diversas áreas da saúde, deve contemplar a bioética em todas as suas vertentes. Isso visa fomentar o respeito aos limites de intervenção e a conduta

prudente e humana, visto que tais práticas influenciam o bem-estar do paciente, dos familiares e da equipe multidisciplinar que os assiste.

Além da capacitação profissional, a existência do testamento vital deve ser discutida. Também chamado de testamento biológico³¹, o testamento vital é o documento em que o paciente expressa suas vontades em relação aos tratamentos que serão administrados caso se torne terminal ou incapaz de expressar sua vontade^{32,33}. Trata-se de dispositivo pouco conhecido por profissionais, instituições e familiares – neste estudo, nenhum dos 12 entrevistados o citou. Esse documento tem como função garantir morte digna e a autonomia do paciente, excetuando-se a eutanásia, que não é legalmente permitida no país.

Em outras palavras: *É, pois, um documento escrito (forma que dá mais segurança tanto ao declarante quanto àqueles ao qual é destinado) no qual há determinações do paciente, feitas enquanto ainda lúcido e capaz, projetadas ao futuro – para quando vier a perder sua capacidade de expressar sua vontade – e continentes de orientações sobre quais tratamentos e terapias deseja ou não ser submetido*³⁴. No Brasil não há legislação específica para o estabelecimento do testamento vital, mas a prática tem se consolidado devido ao desejo das pessoas de que suas vontades sejam respeitadas também em casos de incapacidade. Além disso, essa prática não fere legislações vigentes.

Segundo Ferreira³⁵, pode-se considerar como fundamentos legais para o estabelecimento do testamento vital o direito à dignidade (art. 1º, III, da CF), à vida (art. 5º, *caput*, da CF), à liberdade de ação (art. 5º, III, da CF), à integridade física (art. 5º, III, da CF) e à liberdade de crença ou religião (art. 5º, VI, da CF). Ademais, independentemente de constar ou não nas leis, a instituição do testamento vital deve ser reconhecida em cartório e constar no prontuário do paciente. Objetiva resguardar a vontade do paciente perante médicos, instituição de saúde, família e amigos, garantindo que seu anseio seja cumprido de fato, desde que esteja de acordo com fundamentos éticos e não desrespeite a legislação vigente³⁶.

Ortotanásia: percepção no tratamento de pacientes

A morte digna não é somente discussão bioética, mas também faz parte das preocupações dos profissionais entrevistados:

“Acredito que morrer com dignidade envolva vários aspectos: prevenir iatrogênicas e danos que possam

interferir na imagem da pessoa. Os profissionais de enfermagem devem se preocupar com a aparência da pessoa e com o impacto que ela causa no paciente e familiares. Respeitar crenças religiosas do paciente – quantas vezes uma oração, prece, energização trouxeram tranquilidade naquele momento tão difícil... Proporcionar atendimento psicoterapêutico para o paciente e os familiares; ter sensibilidade para entender o momento que o paciente e sua família enfrentam, escutando de maneira diferenciada, visando o conforto de todos” (Enfermeiro 1);

“Proporcionar o melhor possível para o paciente naquele momento implica tranquilidade, respeito e dignidade não só para o paciente, mas também para sua família e os profissionais da UTI” (Enfermeiro 3).

Os pacientes em estado terminal necessitam de cuidados tanto quanto qualquer outro paciente, mas com foco paliativo, não curativo. Esses cuidados objetivam proporcionar a melhor qualidade de vida possível para eles e suas famílias³⁷. Em decorrência, as condutas de limitação de esforço terapêutico têm sido prática necessária no dia a dia do enfermeiro na UTI, o que aponta a importância de priorizar ampla discussão sobre os procedimentos a serem tomados:

“Eu acho que falta muito nas instituições hospitalares, um trabalho com o psicológico dessas famílias, tanto para receber a notícia do que eles chamam de... não é LET... é PNR, paciente não reanimável, e acho que para a família receber isso tinha que ter um acompanhamento psicológico muito grande, para ela ver que prolongar o sofrimento do paciente é pior pra ele. Muitas vezes o paciente está lá todo edemaciado, cheio de drogas invasivas, ele está sofrendo muito, mas a família quer porque quer que ele viva, nem que seja um segundo, dois, mas quer que continue investindo, sabe, e não deixa a pessoa descansar em paz” (Enfermeiro 12).

Assim, percebe-se que os enfermeiros defendem a existência da limitação nas condutas terapêuticas e acreditam que o prolongamento mecânico da vida causa sofrimento enorme para o paciente. Entretanto, deve-se preparar a família, pois a notícia da impossibilidade curativa é demasiadamente complicada, visto que a proximidade da morte de um ente querido é momento de modificações psicossociais e afetivas no grupo familiar. A aceitação da família é imprescindível, pois somente após compreender a ortotanásia, a distanásia, o paliativismo e seus efeitos para seu parente consentirá com a cessação das medidas curativas e o estabelecimento dos cuidados paliativos adequados.

Impactos das dificuldades da equipe diante do processo de morte e morrer

Percebe-se o cuidar como principal objetivo da enfermagem em todas as etapas da vida, do nascer ao processo de morte e morrer. Porém, o momento da morte ainda não é bem aceito pela maioria dos profissionais da saúde devido à sensação de fracasso e à grande resistência em aceitar a própria finitude e a terminalidade da vida como última fase do processo natural de existir. Essas limitações e dificuldades dos profissionais de saúde diante da morte e do morrer são enfatizadas nos relatos:

“Já vi pacientes sofrendo muito na UTI, e os médicos prolongando o sofrimento, aumentando a nora, [noradrenalina] não deixando o paciente evoluir no processo da morte. Não estamos preparados para encarar a morte como parte da vida” (Enfermeiro 2);

“É que os profissionais não aceitam a morte, eles fazem de tudo, de tudo mesmo” (Enfermeiro 5);

“[Os médicos] (...) acham quem têm que mostrar que estão fazendo o máximo, achando que até a enfermagem e a equipe multiprofissional vão achar que ele está, entre aspas, ‘matando o paciente antes da hora’” (Enfermeiro 11).

Esses relatos confirmam as percepções divulgadas por Kübler-Ross³⁸ ao longo de seus seminários, nos quais constatou a dificuldade de aceitar a morte por parte dos profissionais. Relata que, de 12 enfermeiras, apenas uma achava que os pacientes “moribundos” (assim denominados por ela) necessitavam de seus cuidados³⁸. A tecnologia e mecanização em saúde agravam essa concepção, visto que enfatizam muitas vezes o despreparo dos profissionais diante da morte ao aumentar seu controle sobre o tempo de vida e as circunstâncias do morrer. Esse poder torna os profissionais dependentes desses recursos, aumentando ainda mais seu distanciamento em relação ao paciente terminal³⁹:

“Crescemos muito em tecnologia de ponta, mas esquecemos do cuidado humano (...) Devemos afastar este cuidado muito mecanicista, muito tecnológico, e respeitar o processo do cuidar do paciente, respeitar o seu processo do morrer também” (Enfermeiro 2);

“Todos devem perceber que às vezes o melhor para o paciente não é prolongar a vida com uma infinidade de aparatos tecnológicos, mas deixar o processo acontecer com conforto e dignidade” (Enfermeiro 3);

“Os limites de intervenções invasivas, tudo faz parte do bom senso, da humanização, de não ficar totalmente mecânico e frio na UTI” (Enfermeiro 5).

As falas dos entrevistados tornam evidente a mecanização da assistência na UTI e a necessidade de capacitar a equipe para lidar com a perda de pacientes, especialmente no contexto de doença sem possibilidades terapêuticas. Somente ao enfrentar e aceitar essa situação será possível lidar com esses sentimentos e oferecer cuidado holístico e humanizado^{25,39}. A fragmentação do cuidado, a mecanização da assistência e a não aceitação da finitude da vida dificultam o aprendizado para lidar com a morte. O estigma de morte como decorrência de acidente ou falha no tratamento deve ser o primeiro aspecto a ser enfrentado.

Muitas vezes, a condição natural da fisiopatologia do indivíduo se impõe a todos os esforços curativos, e o organismo não responde mais ao tratamento. Sem banalizar a morte, a equipe multidisciplinar precisa ter consciência de que o paciente não morre por incompetência, e que mesmo nessa situação limítrofe necessita de cuidados que garantam sua dignidade como ser humano. Por isso, o sentimento de impotência deve ceder lugar ao entendimento da morte como mais uma fase da vida. Por ser a fase derradeira é a última oportunidade de conceder ao paciente cuidado humanizado.

Aspectos legais e princípios bioéticos em situações limítrofes

A aceitação da morte, o preparo dos profissionais, a participação e autonomia da família e os cuidados paliativos são questões indispensáveis para o sucesso da prática da ortotanásia. Todavia, além da preocupação com a ética, o cumprimento de legislações é atribuição de qualquer profissional de saúde. Porém, ainda pairam muitas dúvidas em relação ao assunto, fato evidenciado nas declarações dos entrevistados:

“Eu acho que a primeira coisa é respeitar a ética, tanto da medicina quanto do Ministério da Saúde e de todas as categorias que vivem na UTI, né? Eu acho que existem legislações para a gente poder atuar hoje na terapia intensiva. Então, a primeira coisa é: nós estamos cumprindo as legislações? Isso é um princípio de respeito ao paciente, né? Se a gente estiver assistindo corretamente não tem motivos para a gente errar em algum outro processo” (Enfermeiro 10);

“Se hoje você chegar a uma terapia intensiva e perguntar sobre isso, muitos vão falar: ‘Não sei o quê

que a ética fala sobre isso, eu tenho medo'. Então eu acho que vão surgir dúvidas sobre qual é o nosso papel e o nosso posicionamento diante disso. Por isso que a sugestão necessária seria grupos de discussão cada vez maiores, multidisciplinares, envolvendo enfermeiro, médico, fisioterapeuta, psicólogo, para discutir essa situação, porque existem pensamentos diferentes sobre isso e eles precisam estar alinhados para uma conduta assertiva" (Enfermeiro 10).

Referindo-se aos aspectos éticos, o Conselho Federal de Medicina, em 13 de abril de 2010, publicou nova versão do Código de Ética Médica, cujo artigo 41 explicita que *é vedado ao médico (...) abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal*⁴⁰. O parágrafo único do mesmo artigo explicita que *nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal*⁴⁰.

O Código de Ética de Enfermagem, por sua vez, deixa claro em seus princípios fundamentais que o exercício da profissão deve considerar o respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos em todas as suas dimensões⁴¹. Associadas às resoluções dos conselhos federais de medicina e enfermagem estão as noções fundamentais da bioética principialista. São elas: *autonomia (faculdade para governar a si mesmo), beneficência (obrigação do bem-estar dos outros, sendo extremamente necessário levar em conta os desejos, as necessidades e os direitos de outrem), justiça (tratamento justo a qualquer indivíduo) e não maleficência (não acarretar danos ao indivíduo)*. Esses princípios devem reger qualquer ação que esteja relacionada à vida, isto é, do nascimento à terminalidade⁴².

Dessa forma, verifica-se que a legislação proíbe a eutanásia e incentiva a ortotanásia. Entretanto, a implementação do paliativismo nas UTI é desafiadora, considerando toda a tecnologia ali existente, o que, na percepção dos profissionais de saúde, pode prolongar a vida humana. Aliada a essa errônea interpretação está a ausência de legislação específica que causa insegurança nos profissionais, acarretando resistência e apego à distanásia⁴³. Em suma, o assunto aqui discutido traz dilema ético-profissional complexo, repleto de emoções que precisam ser moldadas, repensadas e discutidas à luz dos princípios bioéticos e legais para que os indivíduos envolvidos nesse processo tenham segurança e conhecimento na realização da ortotanásia.

A família no processo de morte e morrer e a aceitação da ortotanásia

O grupo familiar é um todo organizado. Quando um deles adoecer, há desestruturação familiar, pois os papéis de cada indivíduo terão que ser reorganizados. Isso traz um sentimento de vazio para todos e, logo, as atenções se voltam para o componente "afastado" da convivência. Surgem sentimentos de insegurança, medo, tristeza, angústia, ansiedade e estresse em relação à condição do indivíduo e ao ambiente em que ele se encontra. Essa situação demanda apoio da equipe de saúde. Na iminência da doença e/ou da morte, os profissionais da saúde se configuram como pilares para a família, sendo considerados fundamentais nesse processo, dado que os familiares do paciente nunca estão de fato preparados para a perda.

Embora a família demande tal suporte, não é sempre que os profissionais conseguem proporcioná-lo, seja por despreparo ou pelas características do próprio ambiente e das dinâmicas de trabalho. Constata-se essa situação a partir dos discursos dos entrevistados: *"Eu acho que devia ter uma interação melhor entre os familiares, com a equipe multiprofissional em relação a isso (...) Elas não participam desse processo de morrer e tem pouca interação do hospital com a família"* (Enfermeiro 11). A internação hospitalar, especialmente em UTI, ocorre, geralmente, de forma inesperada, resultando em momento de crise tanto para o paciente quanto para seus familiares. Todos eles necessitam de ajuda para enfrentar esse momento da forma menos traumática possível.

A família é envolvida por vários sentimentos, principalmente pelo medo da entrega de seu parente aos cuidados de equipe de saúde desconhecida, sem laços emocionais, envolvendo ainda unidade com estigma de ser local para pacientes graves e terminais. Aliado a isso, a condição emocional dos familiares é, de modo geral, determinante para aceitar a evolução do quadro clínico do paciente, principalmente quando se trata de mau prognóstico. Kübler-Ross³⁸ identificou em seu trabalho pioneiro três fases pelas quais passam os familiares: negação, raiva e, por fim, aceitação. Afirma ainda a necessidade de apoio a essa família e escuta qualificada em todas as fases, para que os sentimentos sejam expressos e o luto elaborado.

Para que a família aceite a morte como parte da vida, os profissionais devem atuar efetivamente na fase da terminalidade, buscando minimizar o sofrimento da família e do paciente. Cabe à equipe esclarecer dúvidas, encorajar atitudes positivas e,

sobretudo, ser sincera e acessível³⁹. Pode-se observar essa percepção nas falas dos entrevistados:

“Falta muito nas instituições hospitalares, um trabalho com o psicológico dessas famílias, tanto para receber a notícia do que eles chamam de... não é LET... é PNR, paciente não reanimável (...) para a família receber isso tinha que ter um acompanhamento psicológico muito grande, para ela ver que prolongar o sofrimento do paciente é pior para ele” (Enfermeiro 12).

Invariavelmente a distanásia ocorre devido à não aceitação na finitude pelo núcleo familiar, que não compreende nem aceita a ortotanásia. Da mesma forma que a família é fundamental para o processo de recuperação do doente, é essencial na aceitação da ortotanásia, que pode proporcionar conforto durante o processo de morte e morrer com dignidade. Em muitos casos, é a família que tem a palavra final sobre a terapêutica a ser prescrita para o paciente. Sendo assim, indiscutivelmente o grupo familiar deve ser preparado e trabalhado para decidir pelo melhor interesse do paciente. Nos casos em que a evolução da doença é irreversível e pode-se perceber sinais do iminente término da vida, é importante que os familiares compreendam a finitude, criem vínculo de confiança com a equipe, estejam seguros de que o melhor será feito pelo ente querido e recebam apoio psicoterapêutico e cuidado humanizado.

Considerações finais

Elaborar a ideia de ter entes queridos e/ou pacientes em estado terminal é processo complexo e delicado devido a diversos consensos e percepções a respeito da morte e do morrer disseminados em nossa sociedade. Familiares e profissionais têm dificuldade de aceitar a finitude da vida, prolongando a vida dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas curativas e aumentando o sofrimento e a tristeza devido às insistentes e vãs tentativas de cura. A necessidade de proporcionar dignidade ao paciente terminal e a ortotanásia surgem como processo voltado à morte e ao morrer com dignidade, no qual o cessar de medidas curativas não significa o fim do cuidado.

Ao contrário, revela o começo de uma série de cuidados voltados a abrandar o sofrimento e atuar em prol do conforto. Os cuidados paliativos evitam maior dor e sofrimento, proporcionando qualidade de vida ao paciente desde que seja sua vontade, expressa por

testamento vital, ou interpretação de sua vontade, firmada por seu representante legal. As falas selecionadas na pesquisa evidenciam a importância do enfermeiro no processo de cuidado de pacientes em fase terminal e a influência de suas atitudes sobre os familiares. Além disso, há preocupação em relação ao amplo aparato tecnológico, uma vez que esse recurso pode afastar o profissional de seu paciente e torná-lo mais mecanicista e menos humano.

Assim, o entendimento da morte por parte da equipe favorece a integração da família a esse processo, aceitação da ortotanásia, cuidado holístico e, conseqüentemente, morte digna. As falas dos enfermeiros apontam que muitos deles se sentem despreparados para atuar nessa situação por não estarem respaldados por código de ética que especifique sua atuação profissional, assim como a de outros integrantes da equipe multidisciplinar. Alguns afirmam que desconhecem as leis sobre terminalidade e outros se sentem inseguros em relação à tomada de decisão em relação à adoção da prática de ortotanásia.

Afirmam ainda que a equipe apresenta dúvidas sobre o momento certo de cessar medidas curativas, o que revela a necessidade de formação profissional à luz da legislação e da reflexão sobre os princípios éticos e bioéticos relacionados ao paliativismo. Envolve em todas as questões éticas e legais que norteiam a prática da ortotanásia encontra-se a autonomia da família, seu entendimento a respeito do processo de morte e morrer e todas as implicações do exercício da ortotanásia. De modo geral, os enfermeiros citaram de forma maciça a importância dos familiares na decisão de iniciar o paliativismo.

Ressaltaram ainda que uma família desorientada dificulta o processo, enquanto uma família consciente dos benefícios para o indivíduo se torna apoio para paciente e equipe. As falas demonstram que, para que isso ocorra, atenção especial deve ser dada por toda a equipe multidisciplinar aos familiares dos pacientes, a fim de estabelecer vínculo que torne a experiência menos traumática para todos. A partir das percepções dos enfermeiros, conclui-se que fatores que influenciam a tomada de decisão em momentos complicados, como o exercício da ortotanásia, são: esclarecimento da família e do paciente; postura coerente dos profissionais de saúde envolvidos; e observação de princípios, conceitos e atitudes pautados pela bioética, visando resguardar direitos e dignidade do paciente.

Assistir pacientes terminais exige muito mais do que conhecimentos acadêmicos. É preciso aprofundar a discussão bioética durante a especialização,

como no caso dos profissionais envolvidos nesta pesquisa. A análise de suas falas, que reproduzem aspectos de sua experiência profissional cotidiana, denota que é necessária a compreensão de que

cada paciente é único e apresenta particularidades. Dessa forma, um relacionamento interpessoal que valoriza a pessoa humana pode contribuir para humanizar o processo de morte e morrer.

Referências

1. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB *et al.* Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(4):422-8.
2. Cohen C, Gobbetti GJ. Há autonomia para o paciente na UTI? *Rev Ass Med Bras*. 2001;47(3):181-2.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria MS nº 466, de 4 de junho de 1998. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, n. 106-E, p. 9-16, 5 jun 1998, Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/2kJWKL5>
4. Santana N, Fernandes JD. O processo de capacitação profissional do enfermeiro intensivista. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(6):809-15.
5. Silva RCL, Porto IS, Figueiredo NMA. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(1):156-9.
6. Schwonke CRGB, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Santos SSC, Barlem ELD. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):189-92.
7. Martins CR, Dal Sasso GTM. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):11-2. p. 12.
8. Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(1):113-6.
9. Nunes L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Rev. Bioética*. 2008;16(1):41-50.
10. Lima CAS. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. [Internet]. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2015 [acesso 22 jun 2016];13(1):14-7. Disponível: <http://bit.ly/2kyNI7c>
11. Picanço CM, Sadigursky D. Concepções de enfermeiras sobre o prolongamento artificial da vida. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(5):668-73. p. 671.
12. Quest TE, Chan GK, Derse A, Stone S, Todd KH, Zalenski R. Palliative care in emergency medicine: past, present, and future. *J Palliat Med*. 2012;15(10):1076-81.
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 24 set 2009 [acesso 27 fev 2012]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/2cxX6S2>
14. Pessini L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016;24(1):54-63.
15. Silva FS, Pachemshy LR, Rodrigues IG. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(2):148-54.
16. Barchifontaine CP, Pessini L. Problemas atuais de bioética. 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2000.
17. Menezes MB, Selli L, Alves JS. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(4):443-8.
18. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicol USP*. 2003;14(2):115-67.
19. Souza MTM, Lemonic L. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. *Bioética*. 2003;11(1):83-100.
20. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):855-65.
21. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2ª ed. Geneva: WHO; 2002.
22. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev Latinoam Enferm*. 2002;10(2):137-44.
23. Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009;13(1 Suppl):571-80.
24. Porto G, Lustosa MA. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. *Rev SBPH*. 2010;13(1):76-93.
25. Ereno LF. A ortotanásia e medicina paliativa. [Internet]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2 jul 2014 [acesso 22 jun 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2lfsvzi>
26. Alves NL, Casagrande ML. Aspectos éticos, legais e suas interfaces sobre o morrer. [Internet]. *Rev Cient ITPAC*. 2016 [acesso 22 jun 2016];9(1). Disponível: <http://bit.ly/2jXDMfU>
27. Reiriz AB, Scatola RP, Buffon VR, Santos CMD, Fay AS, Ceron J *et al.* Cuidados paliativos, a terceira via entre eutanásia e distanásia: ortotanásia. *Prat Hosp*. 2006;6(48):77-82.
28. Bardin L. Análise de conteúdo. 6ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
29. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 13 jun 2013 [acesso 22 jun 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1mTMIS3>

30. Kovács MJ. Op. cit. p. 115.
31. Penalva LD. As contribuições da experiência estrangeira para o debate acerca da legitimidade do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. [Internet]. Anais do XVII Congresso Nacional do Conpedi; 20-22 nov 2008 [acesso 22 jun 2016]. Brasília: Conpedi; 2008. p. 516-38. Disponível: <http://bit.ly/2kmTp4j>
32. Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Silva NCS, Delgado AHA, Tabet CG, Almeida GG *et al.* Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde? Rev. bioét. (Impr.). 2015;23(3):572-82.
33. Furtado GR. Considerações sobre o testamento vital. [Internet]. Civilistica. 2013 [acesso 22 jun 2016];2(2):1-20. Disponível: <http://bit.ly/2ljnLlB>
34. Dantas EVS. Aplicação do código do direito do consumidor no exercício da medicina. In: Figueiredo AM, Lana RL, organizadores. Direito médico: implicações éticas e jurídicas na prática médica. Rio de Janeiro: Lúmen Juris; 2009. p. 203-38. p. 206.
35. Ferreira PRG. O testamento vital no Brasil: realidade e prática notarial. Anais do I Simpósio Notarial Mineiro; 15 jun 2012. Belo Horizonte: CNB-MG; 2012.
36. Salomão W, Jacob CB. Testamento vital: instrumento jurídico para resguardo da vontade pertinente a situações existenciais e de saúde. [Internet]. Colégio Notarial do Brasil; 2015 [acesso 22 jun 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2kOgJbz>
37. Marta GN, Hanna SA, Silva JLF. Cuidados paliativos e ortotanásia. Diagn Tratamento. 2010;15(2):58-60.
38. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
39. Santana JCB, Campos ACV, Barbosa BDG, Baldessari CEF, Paula KF, Rezende MAE *et al.* Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. Bioethikos. 2009;3(1):77-86.
40. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. p. 38-9.
41. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. [Internet]. Rio de Janeiro; 8 fev 2007 [acesso 15 mar 2013]. Disponível: <http://bit.ly/2mXNQs3>
42. Sousa ATO, França JRF, Santos MFO, Costa SFG, Souto CMRM. Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na bioética. Rev Cuba Enferm. 2010;26(3):123-35. p. 120.
43. Lima PMS. Aspectos éticos e legais da aplicabilidade da ortotanásia. Jus Societas. 2008;2(1):1-20.

Participação dos autores

Júlio César Batista Santana foi responsável pela estruturação do projeto de pesquisa, submissão ao CEP e análise das entrevistas. Janaína Maria Machado Carlos e Jenniffer Kelly Assis de Barros colaboraram na estruturação do projeto e coleta de dados. Todos os autores contribuíram para a estruturação do artigo.

Recebido: 26. 8.2016

Revisado: 12.11.2016

Aprovado: 23.12.2016