

Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas

Júlio César Batista Santana ¹, Andréa Vaz dos Santos ², Bruna Reis da Silva ³, Denísia Cristiane dos Anjos Oliveira ⁴, Eberth Mesquita Caminha ⁵, Flávia Soares Peres ⁶, Cynthia Carolina Duarte Andrade ⁷, Maria Bernadete de Oliveira Viana ⁸

Resumo

Este estudo teve como objetivo compreender o significado atribuído por um grupo de docentes enfermeiros sobre o fenômeno da ortotanásia. Trata-se de pesquisa qualitativa, com inspiração fenomenológica. Do estudo participaram cinco enfermeiros de uma universidade privada do Estado de Minas Gerais e emergiram quatro categorias: despreparo da equipe em situações que remetem à finitude humana; enfrentamento dos familiares no processo da finitude; prolongamento do sofrimento humano nas unidades de tratamento intensivo; perspectiva dos cuidados paliativos nas unidades de tratamento intensivo. Conclui que a reflexão acerca da terminalidade vem aumentando, mas ainda é insuficiente no tocante à prática dos profissionais da enfermagem. Percebe-se que a dificuldade em lidar com a morte é um problema comum aos profissionais de saúde. Novas pesquisas são necessárias à exploração das dificuldades e do conhecimento dos enfermeiros, englobando a ortotanásia e a assistência humanizada na terminalidade.

Palavras-chave: Doente terminal. Cuidados paliativos. Direito a morrer. Cuidados de enfermagem. Pesquisa.

Resumem

Docentes de enfermería y terminalidad en condiciones dignas

Este estudio tuvo como objetivo comprender el significado asignado por un grupo de profesores enfermeros sobre el fenómeno de la ortotanasia. Se trata de un estudio cualitativo con la inspiración fenomenológica. Asistieron a este estudio cinco enfermeros de una universidad privada en el Estado de Minas Gerais. Emergieron cuatro categorías: falta de preparación del equipo en situaciones que hacen referencia a la finitud humana; enfrentamiento de la familia en el proceso de la finitud; prolongación del sufrimiento humano en las unidades de cuidados intensivos; perspectiva de los cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos. Se llega a la conclusión de que la reflexión acerca de la terminalidad es creciente, pero siguen siendo insuficientes en lo que considera la práctica de los profesionales de enfermería. Se observa que la dificultad de tratar con la muerte es un problema común para los profesionales de la salud. Se necesitan más investigaciones para explorar las dificultades y los conocimientos de los enfermeros, que abarca la ortotanasia y la atención humanizada en la fase terminal.

Palabras-clave: Enfermo terminal. Cuidados paliativos. Derecho a morir. Atención de enfermería. Investigación.

Abstract

Nursing professors and the terminality in conditions of dignity

This study aimed to understand the meaning assigned by a group of nursing professors on orthotanasia. This is a qualitative study with a phenomenological perspective. The study included five nurses from a private university of Minas Gerais State. Four categories emerged: Unpreparedness team in situations that refer to human finitude; Confronting the family in the process of finitude; Extension of human suffering in intensive care units; the perspective of palliative care in intensive care units. It may be concluded that reflections on the finality has been increasing but are still insufficient in contemplating the practice of professional nursing. It is observed that the difficulty in dealing with death is a common problem for health professionals. Further research is necessary to explore the difficulties and knowledge of nurses, encompassing orthotanasia and humanized in terminality.

Key words: Terminally ill. Palliative care. Right to die. Nursing care. Research.

Aprovação CAAE nº 0201.0.213.000-11

1. **Doutorando** julio.santana@terra.com.br – Centro Universitário São Camilo, São Paulo 2. **Graduada** avsbh1@hotmail.com 3. **Graduada** reis.brunas@yahoo.com.br 4. **Graduada** denisia_cristiane@hotmail.com 5. **Graduada** eberthcaminha@gmail.com 6. **Graduada** flaviasoaresperes@gmail.com 7. **Especialista** cynthiaenf@yahoo.com.br 8. **Mestre** mariabernadete@yahoo.com.br – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil.

Correspondência

Escola de Enfermagem – Av. Dom José Gaspar, 500, Prédio 25 Coração Eucarístico CEP 30535-610. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Em tempos mais remotos, a morte era encarada como um processo natural: o final da vida ocorria em ambiente domiciliar, assistido por familiares, e não existia a interdição do processo – como hoje acontece mundialmente¹. Na atualidade, este quadro se alterou radicalmente e o cenário rotineiro da morte é o ambiente hospitalar, no qual se morre longe dos familiares em local que abriga fios, máquinas, aparelhos e pessoas desconhecidas². Assim, o avanço científico tecnológico vem proporcionando o aumento da sobrevivência de pacientes em terminalidade, mas este fato nem sempre está associado à qualidade de vida¹.

Nestas circunstâncias, é primordial oportunizar à família e ao paciente meios para que expressem suas necessidades psicossociais e espirituais, ante o processo do morrer. Além da assistência médica integral (curativa e preventiva), são relevantes as intervenções que potencializam o processo de morrer, como, por exemplo, proporcionar um ambiente tranquilo, longe do barulho e alarmes dos aparelhos e maquinário invasivos².

Estudos evidenciam que para os profissionais a situação também é delicada. Frequentemente, se sentem frustrados ante a morte do paciente, pois sua formação é focada para salvar vidas a qualquer custo. Quando isso não é possível, ou seja, quando o paciente evolui para óbito, os profissionais sentem-se despreparados em lidar com o fato, vivenciando um turbilhão de sentimentos que pode chegar até a associação entre a morte do paciente e a sua própria ou a de entes queridos³. Portanto, a morte do paciente pode remetê-los à finitude da vida, comum a todos.

Analisando a situação por perspectiva exclusivamente profissional, o enfermeiro, muitas vezes, encara a morte do paciente na instituição como frustração do seu plano de cuidados. Entretanto, a doença no hospital deve ser vista como qualquer outra experiência humana, dimensionada e avaliada com maturidade. Nesta etapa, profissionais, pacientes e familiares devem adaptar seus comportamentos e expectativas a fim de amenizar as dores e angústias do processo de finitude, alcançando o que se denomina morte digna².

Mas é na formação de cuidadores para lidar com o paciente terminal que se percebe mais nitidamente o impacto do despreparo diante da temática. Destaca-se, assim, a necessidade de promover mudanças e desconstruir o ciclo vicioso que consolida o tabu acerca da matéria: por se crer que não há preparo para falar e refletir sobre a morte, o tema não é discutido nem entendido. Tal mudança acon-

tecerá mediante questionamento do ensino/aprendizagem, reformulação de currículos e desfragmentação de conteúdos, de forma a auxiliar os docentes a analisar a existência humana em sua singularidade e pluralidade³.

Ortotanásia e cuidados paliativos: definições

O morrer com dignidade é reflexão diretamente ligada à bioética; em vista de ser um processo que envolve o direito e o respeito ao paciente, acatando sua autonomia quando possível, isto é, perante o paciente consciente⁴.

Na perspectiva de realizar cuidados e tratamento ao paciente terminal torna-se necessário definir neste estudo a aceção dada aos termos eutanásia, distanásia e ortotanásia. Eutanásia é compreendida como a ação que visa abreviar a vida do ser humano.⁵ Praticar a eutanásia é ilegal no Brasil e proibido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme dispõe o artigo 29: *Promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente*⁶. O termo distanásia significa tratamento doloroso, fútil ou inútil, que não beneficia o paciente terminal. São procedimentos que prolongam o processo de morrer e não a vida em si. Conseqüentemente, os pacientes têm morte lenta e prolongada, muitas vezes acompanhada de dor, sofrimento e angústia⁷. O termo ortotanásia refere-se à busca terapêutica para promover maior conforto ao paciente sem perspectiva de cura, para quem é necessário aceitar a finitude sem recursos extraordinários⁴.

O Código de Ética Médica (CEM) em vigor ressalta no Capítulo I, inciso XXII dos Princípios Fundamentais, que *nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados*⁸. Baseando-se nestas ideias pode-se dizer que a ortotanásia é compreendida como o conjunto de cuidados, fundamentados na bioética, que estipula limites para as condutas biomédicas em respeito à finitude humana. Nesta perspectiva, os cuidados paliativos tornam-se a melhor opção para o exercício da ortotanásia.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidado paliativo é *uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce,*

avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual⁹. Os cuidados paliativos valorizam o nível ótimo de controle da dor e administração de sintomas; afirmam a vida e encaram o morrer como um processo normal; não apressam e nem adiam a morte; integram aspectos psicológicos e espirituais aos cuidados do paciente; oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte; ajudam a família a lidar com a doença do paciente e no luto; exigem abordagem em equipe; buscam aprimorar a qualidade de vida¹⁰.

Bellato, Araújo, Ferreira e Rodrigues ressaltam que durante a graduação em Enfermagem há grande ênfase nas disciplinas que instrumentalizam o profissional no cuidado para a manutenção da saúde e cura de doenças, mas pouco ou nenhum respaldo é oferecido para que o enfermeiro aprenda a cuidar da pessoa que morre¹¹. Tal contradição no processo de formação dos enfermeiros, associada ao crescimento das doenças crônico-degenerativas, decorrente do aumento da sobrevida humana fomentada, dentre outros fatores, pelo advento de tecnologias cada vez mais avançadas no campo da saúde¹², leva ao questionamento contundente: qual a contribuição do enfermeiro docente na difusão do conhecimento aos futuros profissionais, em relação à ortotanásia, a fim de garantir a dignidade do paciente em terminalidade?

Esta questão orienta o presente estudo, que se justifica pela relevância do tema finitude na formação do enfermeiro, considerando, especialmente, o despreparo e desconhecimento acerca da temática dos profissionais já inseridos no mercado de trabalho, mas também buscando estender a discussão à formação profissional. Assim, esta pesquisa visa compreender o significado atribuído por um grupo de docentes enfermeiros sobre o fenômeno da ortotanásia, procurando contribuir para a prática da ortotanásia e dos cuidados paliativos aos pacientes terminais.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa realizada com professores do curso de graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG). O objetivo foi investigar as interpretações dos docentes acerca do morrer com dignidade nas unidades de internação intensiva na instituição. A técnica empregada foi a pesquisa fenomenológica,

que partindo da subjetividade orienta-se para o levantamento e interpretação particular do fenômeno em si¹³. O recurso fenomenológico busca interpretar o fenômeno a partir da subjetividade de cada um¹⁴.

Para que alcance êxito, um estudo fenomenológico exige três etapas fundamentais: descrição fenomenológica, redução e compreensão. Coltro¹³ defende que durante o processo de *descrição* o sujeito pesquisado elabora seu discurso e relata como se percebe diante de tal situação no mundo. A partir dessa subjetividade, o pesquisador pretende alcançar a objetividade descritiva¹³. Vale ressaltar que nos discursos pode-se encontrar a intersubjetividade, ou seja, a intercessão de experiências. A *redução* é a etapa na qual o pesquisador procura nas falas de seus entrevistados a significação para suas perguntas norteadoras.

As ideias do sujeito irão sustentar seu discurso e, muitas vezes, a reflexão dos pesquisados alcança novas possibilidades, não pensadas ou não estudadas a princípio. Por fim, a redução tem finalidade de elucidar o fenômeno, mas não nega ou limita o mundo de experiências do ser pesquisado. A *compreensão* aborda como entender a maneira de ser de outra pessoa, algo repleto de novas possibilidades. Trata-se de entender o outro para que se possa interpretá-lo. Para alcançar a compreensão, é necessário aceitar a etapa da redução, buscando a essência do sujeito investigado. Assim, as três etapas estão interligadas e são reversíveis¹⁴.

Torna-se claro compreender que a inspiração fenomenológica não resultará em resposta concreta, mas sim na reflexão acerca do morrer com dignidade. A pesquisa foi realizada com cinco docentes do curso de graduação em Enfermagem da PUC/MG. Os sujeitos foram convidados a participar deste estudo que tem como critério de exclusão os professores que não prestaram assistência de enfermagem a pacientes em situações de terminalidade, ou que por motivos próprios se recusaram a dele participar.

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro a março de 2012, mediante entrevista gravada e semiestruturada contemplando as seguintes questões norteadoras:

- Qual o significado atribuído do processo de morrer com dignidade (ortotanásia) aos pacientes terminais?
- Como você considera que sejam realizados os cuidados prestados aos pacientes terminais na atualidade?
- Quais mudanças no ensino de enfermagem você considera importantes no que corresponde à im-

plementação do cuidado humanizado ao paciente em processo de morte?

Apresentou-se o termo de consentimento livre e esclarecido aos entrevistados, com o objetivo de explicar o motivo da pesquisa e sua relevância no contexto do cuidar em situações de terminalidade de vida. Após a anuência dos sujeitos, as entrevistas foram gravadas em MP3 e transcritas para a análise do discurso. As entrevistas serão guardadas em local sigiloso por cinco anos, para futuras avaliações, e posteriormente destruídas. Para manter o anonimato dos sujeitos, as falas foram identificadas por pseudônimos em homenagem aos profissionais cuidadores: Florence Nightingale, Anna Nery, Callista Roy, Wanda Horta, São Francisco de Assis.

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais em respeito às diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos. A partir das falas foram construídas as seguintes categorias analíticas: despreparo da equipe em situações que remetem à finitude humana; enfrentamento dos familiares no processo da finitude; prolongamento do sofrimento humano nas unidades de tratamento intensivo; perspectiva dos cuidados paliativos nas unidades de tratamento intensivo.

Resultados e discussão

Despreparo da equipe em situações que remetem à finitude humana

Durante a academia o futuro enfermeiro necessita encontrar subsídios para o enfrentamento da morte, aprendendo, por exemplo, como lidar com pacientes terminais. Como enfermeiros, somos formados para o cuidado em todas as etapas da vida, das quais a morte é a última delas. Percebe-se o desafio em lidar com a morte e a necessidade de discussões do processo de morrer nos cursos de graduação e no cotidiano laboral, conforme pode ser observado nos relatos a seguir:

“Eu não aprendi isso na faculdade. Eu aprendi isso na vida, na hora em que eu fui trabalhar, né?” (enfermeira Florence Nightingale);

“A gente não discute sobre o medo daquele profissional. O profissional também tem que ser preparado” (enfermeira Florence Nightingale);

“Falta de um Norte, de uma capacitação adequada. A capacitação no sentido primeiro de discutir, né?” (enfermeira Wanda Horta).

Como se pode perceber, a morte é temida e pouco discutida pelos profissionais de saúde. Apesar dos avanços curriculares das academias e do desenvolvimento do serviço de educação permanente profissional, ainda são insuficientes os conhecimentos dos enfermeiros a respeito dos cuidados paliativos a serem adotados para cada paciente. Enfermeiros têm dificuldades de gerir não só os sinais e sintomas, mas também de retirar ou reter os cuidados, conforme a necessidade dos pacientes que enfrentam o fim da vida¹⁵.

A formação ocorre sob um modelo de saúde curativista que torna difícil agir diante do processo de morte. Luta-se para impedir o sofrimento alheio e para minimizar a frustração e a sensação de fracasso da não cura:

“Então existe um tabu com a própria palavra morte. A gente fala que é uma certeza que a gente tem, mas, de uma forma geral, evita-se pensar nesta certeza” (enfermeira Callista Roy);

“É um tanto quanto complicado. Então é em função disso, porque eu acho que a gente tem que ter até uma certa neutralidade enquanto profissional” (enfermeiro São Francisco de Assis).

Estudantes de medicina e de enfermagem são treinados para o tratamento técnico, não para lidar com o paradoxo existente entre a vida e a morte. O profissional de saúde persegue a cura e se angustia com a morte dos pacientes sob seus cuidados¹⁶.

O despreparo profissional frente à morte e a formação voltada para salvar vidas são os principais responsáveis pelas frustrações e sofrimento dos enfermeiros ante o paciente no processo de morte^{3,17}. Para alterar esse quadro faz-se necessário que os profissionais de enfermagem comecem, desde o início de sua formação, a desconstruir paulatinamente o tabu em torno da finitude. A frustração deve dar lugar a uma nova maneira de pensar e agir, para que enfermeiros possam planejar e prestar o melhor cuidado humanizado possível ao paciente. Essa postura trará grande diferencial ao processo, haja vista serem os enfermeiros os profissionais aptos a preservar cuidados.

“Essa concepção de humanização, que vai desde o nascimento até o processo de finitude desse sujeito” (enfermeira Callista Roy);

“É cuidar dele cada minuto, cada dia é o seu dia. A morte como uma etapa da vida” (enfermeira Wanda Horta);

“E eu não falo tratado, né? Mas, assim, acho que isso precisa ser cuidado porque não quer dizer que ele vai... ele não tem prognóstico que eu não vou cuidar da maneira que tem que cuidar” (enfermeira Anna Nery);

“Por saber que aquele paciente vai morrer, ele é banalizado. Então a gente deixa de prestar os cuidados pra ele. É... o que ele merecia” (enfermeira Florence Nightingale).

A fala da enfermeira Florence Nightingale traz, inclusive, a perspectiva do cuidado humanizado a pacientes terminais: *“Tem lugar que as pessoas têm pensado muito no lado humano de tratar o ser humano que é a grande dualidade que a gente sempre questiona, né? Humanizar o ser humano, isso é uma redundância”*. Como refletir a morte é proposta pedagógica relativamente atual, os enfermeiros docentes graduados há mais tempo pouco discutiram sobre o processo de finitude durante sua formação acadêmica, sentindo, em alguma fase da prática profissional, sofrimento e frustração. Percebe-se nas falas que os enfermeiros sofrem junto com os pacientes terminais e seus familiares e vivenciam sentimentos de tristeza, fracasso e angústia perante a situação:

“Eu sofri tanto... arrepio só de lembrar (...) porque é uma cena muito triste, ver a pessoa morrendo, não poder ‘fazer nada’, entender o sofrimento daquela pessoa...” (enfermeira Florence Nightingale);

“E eu tive algumas experiências que, toda vez que eu deixava de ser esse facilitador, era muito mais um sofrimento meu do que daquela família, né?” (enfermeira Wanda Horta).

As falas demonstram que para cuidar de quem cuida é essencial discutir o processo de morrer com os profissionais de saúde. É fundamental assegurar que haja espaços institucionais para expor os medos, angústias e frustrações dos profissionais ante o processo de morrer. São necessários ambientes especializados nos quais os profissionais possam elaborar seus lutos diários e minimizar as dores e perdas, considerando, inclusive, apoio psicológico nas próprias instituições de saúde. Deve-se considerar, ademais, que preparar e valorizar esses profissionais resulta, ainda, na queda do índice da síndrome de burnout, reação final do indivíduo frente às experiências estressantes acumuladas em sua atividade profissional³.

Tendo como perspectiva o cuidado humanizado ao paciente em processo de finitude, torna-se evidente a importância de estender a discussão e re-

flexão à dimensão acadêmica, para que, futuramente, os profissionais compreendam o morrer em sua subjetividade, respeitando, assim, o momento do paciente e seus familiares. Se já é possível perceber tal mudança na formação profissional, que começa a contemplar o ensino das práticas relacionadas à morte e ao morrer, os achados do estudo permitem afirmar que tal processo deve ser construído, ampliado e estendido a todas as universidades, para contemplar-se a prática assistencial ao paciente terminal¹⁸ em consonância com as necessidades e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS):

“A gente precisa se preparar porque não é fácil lidar com a situação” (enfermeira Florence Nightingale);

“Eu acho que é sensibilizar, é trazer para os alunos a realidade é (...) nas instituições e fazer com que ele (...) sintam né? Esse desconforto!” (enfermeira Anna Nery);

“Eu espero que daqui a um tempo o trabalho da enfermagem melhore, a gente está num processo de mudança...” (enfermeira Florence Nightingale).

Por fim, cabe ressaltar que para promover em proveito próprio uma transformação em sua percepção acerca do fenômeno da morte e do morrer é importante para o profissional de enfermagem agregar conhecimentos sobre a essência do cuidado paliativo, cujo objetivo é eliminar o sofrimento gerado pela dor física, psíquica e espiritual. Além disso, é proveitoso que o profissional busque superar as limitações impostas pelos padrões culturais hodiernos sobre a finitude humana para, sem banalizar a morte, passar a encará-la como consequência natural da vida de todas as pessoas.

Enfrentamento dos familiares no processo da finitude

Nas falas dos docentes percebe-se que o sofrimento dos familiares de um indivíduo sem perspectiva de vida é, muitas vezes, subestimado e esquecido pelas equipes multidisciplinares:

“Muitas vezes, a gente pensa só no paciente e esquece a família que está sofrendo por ter um ente querido que está partindo” (enfermeira Florence Nightingale);

“Eles entendem que o indivíduo não tem prognóstico, não tem condições para dar continuidade ao tratamento, mas, ainda existe uma limitação, acho que é do ser humano mesmo, em aceitar isso, né?” (enfermeira Anna Nery);

“Eles também enfrentam esse medo e procuram alguém de suporte, ou alguma coisa e, muitas das vezes, somos nós da enfermagem. Estamos ali, na linha de frente” (enfermeira Callista Roy);

“Bom, isso é uma situação muito pessoal, muito particular de cada um dos... dos envolvidos” (enfermeiro São Francisco de Assis).

A realidade encontrada nas unidades em que os pacientes terminais estão internados se modifica conforme os familiares. Muitos aceitam o processo de morrer e alguns insistem em exigir o investimento da equipe, prolongando o sofrimento do paciente. Como enfermeiros provedores de cuidados holísticos, não se deve esquecer a dimensão espiritual dos familiares e pacientes, que pode auxiliá-los neste momento. Espiritualidade é um conceito amplo, relativo à esfera suprassensível, que busca o sentido da vida pela transcendência em Deus ou em uma força superior. Pessini e Bertachini consideram-na necessária à aceitação do processo de finitude¹⁹.

Outro ponto a ser considerado é a comunicação profissional-paciente, que no processo de terminalidade deve reduzir as incertezas e direcionar o paciente para a realidade situacional²⁰. Pautada em informações claras e pertinentes, a comunicação deve se estender para também alcançar a assimilação dos familiares²⁰.

“Sabe que é o melhor pra ele ir embora, mas não quer perder porque o ser humano é egoísta” (enfermeira Florence Nightingale);

“Você conversa tudo isso com eles e ainda eles falam assim: eu quero que faça tudo com meu filho, tudo que esteja ao alcance de vocês” (enfermeira Anna Nery).

Os familiares têm participação essencial no momento de decisão acerca de cessar os investimentos e tratamentos fúteis para a execução da ortotanásia e cuidados paliativos²¹. Para que haja conduta baseada nos princípios bioéticos, respeitando a beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, é indispensável inserir os familiares do paciente terminal no processo de cuidado até o último momento de sua vida. Em contrapartida, para Gracia²² o princípio de autonomia coloca o paciente como única autoridade moral sobre seu próprio corpo; portanto, a princípio, ninguém tem direito a decidir por ele ou por limites à sua decisão.

Com relação à ortotanásia e limitação terapêutica em pacientes terminais, não há no Brasil lei específica, mas a recusa a tratamento médico

é resguardada juridicamente²³. O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e a Lei 10.245/99 permitem que pacientes terminais recusem terapia médica^{23,24}. Além disso, a Resolução 41/95 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) garante ao paciente jovem ou infante o direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotadas todas as possibilidades terapêuticas^{23,25}.

Apesar de pouco conhecida no Brasil, a declaração prévia de vontade do paciente terminal é o documento no qual o paciente informa à família e aos profissionais os tratamentos aos quais gostaria ou não de ser submetido, em caso de terminalidade^{8,26}. Em 2012, a Resolução 1.995 do Conselho Federal de Medicina (CFM) considera como dever do médico registrar, no prontuário, a vontade prévia do paciente – a qual, por sua vez, deve prevalecer sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre o desejo dos familiares^{8,23}. Essa resolução também dispõe que deverão ser consideradas as informações de representantes legais previamente designados pelo paciente^{8,23}.

Em consonância com as legislações aqui colocadas, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem ressalta – no Capítulo I, Seção I, artigo 18 – que o profissional tem como responsabilidade e dever *respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar*⁶.

Prolongamento do sofrimento humano nas unidades de tratamento intensivo

Na retrospectiva da história da saúde, compreende-se a realidade mediante aparatos tecnológicos e profissionais altamente capacitados para lidar com o processo saúde-doença. Contudo, os docentes entrevistados afirmam que há necessidade de mudanças na qualificação de um profissional apto a lidar com a aceitação da não continuidade de investimentos em paciente com prognóstico reservado:

“Às vezes esse sofrimento não é só físico, ele é psíquico também; às vezes, por falta da ortotanásia em si, né?” (enfermeira Callista Roy);

“Por mais que a equipe de saúde veja ‘ah é melhor se eu for dando só a medicação, pra não sentir dor, e sei que é melhor pra ele’. Mas, ele tem sede de vida, você consegue identificar isso no paciente. E aí, fica a dualidade” (enfermeira Florence Nightingale).

Vale ressaltar que os profissionais de saúde se tornam vulneráveis ao serem tomados pela angústia da perda e do fracasso no processo do morrer, quando se esgotam as intervenções terapêuticas e as respostas dos aparatos tecnológicos²⁷. Associado à dificuldade de promover a ortotanásia há também o respeito à decisão do paciente, que interfere no processo de aceitação da finitude humana. Portanto, é necessário ser um facilitador da aceitação da morte como término do sofrimento do paciente e seus familiares; saber respeitar sua individualidade, direitos e sentimentos.

Para a enfermeira Callista Roy, insistir no tratamento com os pacientes terminais é ir contra os princípios da ortotanásia: *“A gente tem também a distanásia, né? O sofrimento diante aquele processo de morte”*. Paralelamente, o paciente terminal não pode ter o desfecho de sua vida antecipado, sob pena de se proceder a eutanásia. Então, ao paciente terminal devem ser proporcionados os cuidados essenciais, como a nutrição e hidratação adequadas, a sedação da dor e os cuidados gerais de higiene, no intuito de promover uma morte em seu curso natural e com dignidade.

O aperfeiçoamento tecnológico, além de aumentar a expectativa de vida, pode prolongar o processo de morrer. Por isso, as condutas de limite de esforço terapêutico (LET) e suas implicações ético-legais têm sido amplamente discutidas²⁸. A promoção de cuidados aos pacientes com LET depende, primordialmente, da aceitação da finitude do ser humano e do reconhecimento da incapacidade de cura pelo profissional²⁹. Para esses pacientes é imprescindível a adoção de planos terapêuticos paliativistas que lhes priorizem o controle da dor e do desconforto, e a promoção do seu bem-estar²⁹.

Perspectiva dos cuidados paliativos nas unidades de tratamento intensivo

O cuidado prestado de maneira adequada ao paciente terminal respeita a subjetividade do sujeito. Nesse sentido, surgem os cuidados paliativos como a melhor forma de assistência ao paciente terminal:

“Entendo que a morte com dignidade, a um paciente em terminalidade, é proporcionar o conforto pra esse paciente” (enfermeira Florence Nightingale);

“A morte digna é... eu vejo como um fim de vida com o paciente bem cuidado” (enfermeira Anna Nery).

Saber que o paciente se encontra em fase terminal não significa menosprezá-lo e negar cuidados, afirma a enfermeira Callista Roy: *“A gente não pode diferenciar o tipo de cuidado que vai fornecer a esse paciente, né? Ouvir o paciente, ouvir a família, orientar a família, ajudar a família”*.

O modo como cada paciente vive a sua terminalidade tem a ver com as circunstâncias em que está sendo cuidado, na dinâmica da ética das relações que se criam entre ele e os profissionais que o assistem¹⁷. Portanto, o enfoque terapêutico é voltado para a qualidade de vida, o controle dos sintomas do doente e o alívio do sofrimento humano apoiado no caráter trans, multi e interdisciplinar dos cuidados paliativos³⁰. A terapêutica paliativa é voltada ao controle sintomático e preservação da qualidade de vida para o paciente, sem função curativa, de prolongamento ou de abreviação da sobrevida³⁰.

O trabalho profissional com pacientes em processo de finitude exige formação especial, incluindo capacitação e atualização contínua sobre o assunto, pois é por meio da convivência com esse tema que os profissionais se tornaram cada vez mais habilitados e confiantes na assistência prestada aos pacientes sob seus cuidados. Desta forma, é de suma importância que o tema morte seja tratado de maneira contínua, inclusive após a formação acadêmica, haja vista que com a convivência, a observação, as intervenções e as constantes atualizações o enfermeiro se tornará cada vez mais confiante na realização de sua prática:

“É uma palavra amiga, é ‘tá’ do lado, é ouvir o que esse paciente ‘tá’ sentindo, é prestar o melhor cuidado de enfermagem que eu puder prestar” (enfermeira Florence Nightingale);

“A gente sabe que tem se falado muito sobre cuidados com os pacientes terminais, mas, ainda não é, na experiência que eu vivi e que eu vivo, ainda não é o melhor” (enfermeira Florence Nightingale).

Além disso, percebe-se nas falas que algumas instituições não dão o aparato adequado para a prestação do melhor atendimento, muitas vezes restringindo materiais que dificultam o processo de morrer. Como exemplifica a enfermeira Anna Nery: *“E aí é um paciente acamado, que tem demanda de cobertura de curativo e o convênio não libera porque não tem prognóstico mais. Eu vejo as instituições particulares nesse sentido, de uma maneira desumanizada! O SUS eu já vejo que existe uma flexibilidade, né?! Se está prescrito, se o enfermeiro avaliou, prescreveu, ou o médico, essa cobertura é*

liberada independente do prognóstico". Desta fala ilustrativa se depreende que o ideal de "*justiça como equidade*" sempre irá debater-se no conflito entre as "*políticas de universalização*" responsáveis pela distribuição dos bens para todos, e as "*políticas de focalização*" responsáveis pela eleição das pessoas e os bens que devem ser distribuídos¹⁷.

Os cuidados paliativos são um complemento humanizado das práticas de tratar e cuidar do outro, além de proporcionar ao cuidador mais conforto no desempenho de suas tarefas, evitando frustrações, respondendo ao clamor do outro sem ir além do que pode ser feito, respeitando o direito de morrer com dignidade.

Considerações finais

As discussões acerca da terminalidade vêm aumentando, mas ainda são insuficientes no que contempla a prática dos profissionais de enfermagem. Para haver progresso em relação a essas discussões, torna-se necessário inserir transversalmente o tema em todas as disciplinas de graduação, não se tratando apenas de um tópico isolado e distante das ações de enfermagem.

Nota-se que os enfermeiros docentes influenciam no pensar acadêmico e são essenciais para difundir a importância do morrer com dignidade no cenário hospitalar. A justificativa é que os enfermeiros que vivenciam as experiências da morte na prática profissional se mostram, na maioria das vezes, despreparados ao deixarem de efetuar o cuidado paliativo, isto é, humanizado e holístico para o paciente terminal.

No tocante aos cuidados paliativos, as falas dos entrevistados admitem considerar que há um nicho para atuação da enfermagem que não deve ser desprezado ou desconhecido pelos profissionais responsáveis. Considerando-se que estes profissionais são os principais responsáveis pelo cuidado ao paciente, são eles que também colocarão em práti-

ca a ortotanásia: a morte digna, respeitosa e humanizada ao doente terminal.

Percebe-se que a ortotanásia está fundamentada nos princípios bioéticos, não abrevia nem prolonga a vida da pessoa fora de perspectivas terapêuticas. Em contrapartida, também se percebe que os profissionais de saúde reconhecem a ortotanásia, mas demonstram dificuldades em praticá-la, seja por despreparo emocional ou por não perceberem de fato as necessidades do paciente. Existe a possibilidade de profissionais praticarem a distanásia por sentirem que devem investir, uma vez mais, no paciente a quem conferiu tantos cuidados. Nesse sentido, esta pesquisa demonstra a necessidade, desde a formação profissional, de se rever questões relacionadas ao morrer com dignidade. A sugestão é conduzir questões referentes à terminalidade de maneira mais objetiva e menos artificial.

É interessante ressaltar que pesquisar, estudar, discutir ou refletir sobre a morte é sempre muito importante, pois é uma forma de tratá-la como parte da realidade do cuidado, bem como propiciar melhorias na qualidade do processo de morrer dos pacientes terminais. Diante deste fenômeno, torna-se essencial que a ética do cuidado seja cada vez mais difundida nas instituições de ensino, com o intuito de formar profissionais capacitados a cuidar da vida daquele que morre e não apenas prolongar o tempo de morrer.

Fomentar a dignidade em processo de finitude é atitude indispensável em nossos dias. Assim, há que se investigar as impressões e considerações de docentes a respeito da ortotanásia e da finitude humana, tanto por sua experiência profissional quanto por serem os que irão ocupar um lugar de referência no processo de formação dos novos profissionais, que, espera-se, garantirão o cuidado humanizado para a finitude digna. Finalizando, considera-se que outras pesquisas sejam necessárias à exploração das dificuldades acerca da heterogeneidade das ações e do conhecimento dos enfermeiros, englobando a ortotanásia e a assistência humanizada na terminalidade.

Referências

1. Marquis AI. Sufrimiento y cuidados paliativos al final de la vida: hacia una muerte digna. Rev Argent Cancerol. 2007;35(2):87-9.
2. Gutierrez BAO. O processo de morrer no cotidiano dos trabalhos dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva [tese]. São Paulo: USP; 2003.
3. Santos JL, Bueno SMV. A questão da morte e os profissionais de enfermagem. Rev Enferm Uerj. 2010;18(3):484-7.
4. Balla A, Haas RE. Percepção do enfermeiro em relação à ortotanásia. Revista Bioethikos. 2008;2(2):204-13.

5. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2005.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. [Internet]. 8 fev. 2007 [acesso 20 abr. 2011]. Disponível: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>
7. Biondo CA, Silva MJP, Secco LMD. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev Latinoam Enferm*. [Internet]. out. 2009 [acesso 6 set. 2012];17(5):613-9. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_03.pdf
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 24 de setembro de 2009. [Internet]. Aprova o Código de Ética Médica. 2010 [acesso 20 abr. 2011]. Disponível: <https://www.mar.mil.br/dsm/Download/CodigoEticaMedica.html>
9. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. [Internet]. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [acesso 28 set. 2011]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html
11. Bellato R, Araújo AP, Ferreira HF, Rodrigues PF. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2007 [acesso 8 set. 2012]; 20(3):255-63. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a03v20n3.pdf>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
13. Coltro A. A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. *Caderno de Pesquisa em Administração*. 2000;1(11):37-45.
14. Graças EM. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. *Reme Rev Min Enferm*. 2000;1(4):28-33.
15. Hansen BL, Goodell TT, DeHaven J, Smith M. Nurses' perceptions of end-of-life care after multiple interventions for improvement. *Am J Crit Care*. [Internet]. 2009 [acesso 2 maio 2013];18(3):263-71. Disponível: <http://www.aacn.org/WD/CETests/Media/A0918033.pdf>
16. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética*. [Internet]. 2005 [acesso 2 maio 2013];13(2):51-63. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/107/112
17. Py L. A não ressuscitação, do ponto de vista dos pacientes, em uma unidade de cuidados paliativos oncológicos. *Rev Bras Cancerol (Impr.)*. 2007;53(2):237-40.
18. Oliveira JR, Amaral CFS, Ferreira AC, Grossi YS, Rezende NA. Percepção bioética sobre a dignidade no processo de morrer. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2009;17(1):77-94.
19. Pessini L, Bertachini L. O que entender por cuidados paliativos. 2ª ed. São Paulo: Paulus; 2006. (Coleção Questões Fundamentais da Saúde).
20. Burlá C, Py L. Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos. *Bioética*. [Internet]. 2005 [acesso 2 maio 2013];13(2):51-63. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/111/115
21. Santana JCB, Dutra BS, Paula LB, Freitas RHF, Martins TCO, Moura IC. Ortotanásia: significado do morrer com dignidade na percepção dos enfermeiros do curso de especialização em unidade de terapia intensiva. *Revista Bioethikos*. 2010;4(3):324-31.
22. Gracia D. *Bioética clínica*. Santa Fé de Bogotá: El Buzo; 1988.
23. Rocha AR, Buonicore JP, Silva AC, Pithan LH, Feijó AGS. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. *Rev. bioét. (Impr.)*. [Internet]. 2013 [acesso abr. 2013];21(1):84-95. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/790/859
24. São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 18 mar. 1999;Seção 1:1.
25. Brasil. Ministério da Justiça. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. *Diário Oficial da União*. 17 out. 1995;Seção 1:163-9.
26. Penalva LD. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. *Rev. bioét. (Impr.)*. [Internet]. 2009 [acesso 2 maio 2013];17(3):523-43. Disponível: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/515/516
27. Oliveira Júnior JO. Cuidando do cuidador. *Prática Hospitalar*. 2009;11(65):117-9.
28. Moritz RD, Deicas A, Rossini JP, Silva NB, Lago PM, Machado FO. Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai. *Rev Bras Ter Intensiva*. [Internet]. 2010 [acesso 2 jun. 2013]; 22(2):125-32. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2010000200005>
29. Moritz RD, Machado FO, Heerd M, Rosso B, Beduschi G. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. *Rev Bras Ter Intensiva*. [Internet]. 2009 [acesso 2 jun. 2013];21(2):141-47. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2009000200005>

30. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

Participação dos autores

Júlio César Batista Santana foi responsável pela estruturação do projeto, análise das entrevistas e estruturação do artigo. Bruna Reis da Silva, Denísia Cristiane dos Anjos Oliveira, Eberth Mesquita Caminha e Flávia Soares Peres, pela estruturação do projeto, coleta de dados e estruturação do artigo. Cynthia Carolina Duarte Andrade, pela análise dos resultados e Maria Bernadete de Oliveira Viana, pela estruturação do projeto.

Recebido: 8. 9.2012

Revisto: 8. 5.2013

Aprovado: 11. 6.2013

