

Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros^a

Dysthanasia: reflections about to how long to extend life in an Intensive Therapy Unit in the perception of nurses

Distanasia: reflexiones sobre hasta cuando prolongar la vida en una Unidad de Terapia Intensiva en la percepción de los enfermeros

Júlio César Batista Santana*
Ana Cláudia de Melo Rigueira**
Bianca Santana Dutra***

RESUMO: O objetivo deste estudo é refletir sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção de um grupo de enfermeiros. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na inspiração fenomenológica. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UINFENAS. Participaram deste estudo cinco enfermeiros de um hospital de grande porte do estado de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a junho de 2009 por meio de uma entrevista não-estruturada contemplando a seguinte questão norteadora: *Qual a sua percepção sobre até quando prolongar a vida na Unidade de Terapia Intensiva?* Emergiram cinco categorias: 1) Percebendo a distanásia no cenário das unidades de terapia intensiva; 2) Conflitos no poder de decisão: influência dos aspectos religiosos, profissionais, éticos e legais; 3) Dificuldades dos familiares em aceitar a morte; 4) Respeito à dignidade e autonomia do paciente no momento final de vida; 5) A importância dos cuidados paliativos no processo da humanização quando não mais existe perspectiva de cura. Conclui-se que as reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma UTI encontra-se muito distante ainda de trazer respostas prontas; necessita de novas discussões por parte da equipe, família, paciente e sociedade, no que tange as questões culturais, sociais, éticas, legais e espirituais. É necessário um cuidar integral, de forma humanizada, sem sofrimento, voltando o olhar para os cuidados paliativos, como uma possibilidade para os pacientes terminais.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia Intensiva - doente terminal. Bioética - prolongamento da vida. Enfermagem.

ABSTRACT: The objective of this study is to discuss how long to extend life in an Intensive Therapy Unity in the perception of a group of nurses. It is a qualitative study with a phenomenological inspiration. The project was approved by the committee of ethics in research of UINFENAS. Subjects of this study were five nurses of a large hospital of State Minas Gerais. Data collection was carried out from April to June 2009 through a non structured interview contemplating the following ground question: *Which is your perception on how long to extend life in Intensive Therapy Unit?* Five categories surfaced: 1) Practicing dysthanasia in intensive therapy unities; 2) Conflicts in decision power: influence of the religious, professional, ethical and legal aspects; 3) Difficulties of relatives in accepting death; 4) Respect to the dignity and autonomy of a patient in the final moments of life; 5) The importance of palliative cares in the process of humanization when there is no perspectives of cure. We conclude that the reflections on how long to extend the life in an ICU is still very distant from producing ready answers, and requires needs new discussions by the team, families, patients and society as regards cultural, social, ethical, legal and spiritual questions. It is necessary to offer integral care, in a humane way, without suffering, turning the glance for palliative cares as a possibility for terminal patients.

KEYWORDS: Intensive Therapy Units - terminal patients. Bioethics - extending life. Nursing.

RESUMEN: El objetivo de este estudio es reflexionar sobre hasta cuando prolongar la vida en una Unidad de Terapia Intensiva en la percepción de un grupo de enfermeros. Hablamos de un estudio cualitativo, fundamentado en la inspiración fenomenológica. El proyecto ha sido aprobado por el comité de ética en investigación de la UINFENAS, teniendo participado de ese estudio cinco enfermeros de un hospital de gran porte del estado de Minas Gerais. La recolección de datos ha sido hecha en el período de abril a junio de 2009 por medio de una entrevista no estructurada que tenía como enfoque la siguiente cuestión de base: *¿Cuál es su percepción sobre hasta cuando prolongar la vida en la Unidad de Terapia Intensiva?* Han emergido cinco categorías: 1) La percepción de la distanasia en el escenario de las unidades de terapia intensiva; 2) Conflictos en el poder de decisión: influencia de los aspectos religiosos, profesionales, éticos y legales; 3) Dificultades de los familiares en aceptar la muerte; 4) Respeto a la dignidad y autonomía del paciente en el momento final de vida; 5) La importancia de los cuidados paliativos en el proceso de humanización cuando ya no existe ninguna perspectiva de cura. La conclusión es la siguiente: las reflexiones sobre hasta cuando prolongar la vida en una UTI se halla todavía muy distante de ofrecer respuestas prontas, necesitando de nuevas discusiones por parte del equipo, familia, paciente y sociedad en cuanto a las cuestiones culturales, sociales, éticas, legales y espirituales. Es preciso un cuidar integral, de manera humanizada, sin sufrimiento, dirigiéndose la mirada a los cuidados paliativos como una posibilidad para los pacientes terminales.

PALABRAS-LLAVE: Unidades de Terapia Intensiva - enfermo terminal. Bioética - prolongación de la vida. Enfermería.

a. Projeto de pesquisa contemplado com uma bolsa de Iniciação Científica do Programa da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG.

* Doutorando e Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo. São Paulo. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem PUC-MG – Unidade Coração Eucarístico. E-mail: julio.santana@terra.com.br

** Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS – Belo Horizonte, MG. E-mail: cacaubrotiaz@hotmial.com

*** Graduanda do curso de Enfermagem Faculdade Ciências da Vida – FCV – Sete Lagoas, MG. E-mail: bianca27santana@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No decorrer das atividades práticas de enfermagem no cotidiano laboral das instituições de saúde, presenciemos algumas situações conflitantes, que muitas vezes transcendem o saber técnico-científico e necessitam de reflexões por parte dos sujeitos envolvidos. São temas frequentemente abordados aqueles que contemplam a bioética referente aos limites de intervenções nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), nas situações que remetem à dignidade do processo de morrer.

A UTI é uma unidade de alta complexidade, caracterizada pelo atendimento de pacientes graves que possuem características comuns, como instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória, e/ou que necessitam de monitorização e acompanhamento como uma medida preventiva. Culturalmente, a UTI é um ambiente desconhecido e incerto, que traz aos pacientes e familiares uma ideia de gravidade associada à perda que, muitas vezes, não é real¹.

Ao se falar em distanásia, percebe-se que é um termo ainda desconhecido e pouco utilizado no âmbito da saúde. Entretanto, é notório que a eutanásia é mais frequentemente discutida polemizadas, ainda que no contexto prático das instituições hospitalares, mais precisamente nas UTIs, do que a distanásia².

A distanásia trata-se de um neologismo de origem grega: o prefixo *dys* significa ato defeituoso, afastamento e o sufixo *thanatos* designa morte³.

Na sua origem semântica, distanásia significa morte lenta, com muita dor ou prolongamento exagerado da agonia, do sofrimento e da morte de um paciente, não respeitando a dignidade do morrente⁴.

Toda vida humana tem inevitavelmente um fim, e é de fundamental importância que o processo final de vida ocorra respeitando-se a dignidade do morrente. Nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente correto. Perceber o momento de interromper um tratamento, com o objetivo de não prolongar o sofrimento gera muitas dúvidas nas Unidades de Terapia Intensiva.

A utilização de todo um arsenal tecnológico disponível traduz-se em obstinação terapêutica, que ao negar o processo de morte, submete o paciente a uma morte dolorosa.

Nesse contexto, um dos grandes desafios é resgatar a dignidade do ser humano no processo da finitude. Surge a

ortotanásia contemplando a arte de ajudar a morrer bem, de forma humana, sem ser vitimado pela distanásia, por outro, e sem abreviar a vida, ou seja, recorrer à eutanásia, com o compromisso de promover o bem-estar da pessoa em fase da terminalidade^{5,6}.

A partir dessa realidade, percebeu-se a necessidade de fomentar novas reflexões sobre o processo de morrer com dignidade, respeitando os limites de intervenções, em especial nas UTIs. Nessas Unidades, faz-se importante a mediação do afeto, da troca, da criatividade, do contato humano, a fim de preservar a dignidade e integridade da pessoa humana, pautando-se na ética da vida.

A distanásia, terapia prolongada, e, em alguns casos, a luta incessante contra a morte, coloca o morrer como algo temível, que deve ser afastado a todo momento. Ao refletir sobre essas questões, faz-se necessária uma discussão por parte de todos os sujeitos envolvidos, em um enfoque que contemple a bioética em todas as suas dimensões.

A bioética, nas últimas décadas, vem discutindo sobre quais devem ser os limites de intervenção necessários e prudentes sobre a conduta humana para se evitar a distanásia, lembrando-se que o avanço tecnológico e científico na medicina e nas ciências da saúde possibilitou o aumento do poder de intervenção sobre o ser humano e o adiamento da morte, à custa, muitas vezes, de prolongado e desnecessário sofrimento para os pacientes e seus familiares⁷.

Considerando a relevância social e representatividade deste estudo, que contribuirá para refletir sobre o processo assistencial nas Unidades de Terapia Intensiva de forma ética em consonância com nossa realidade, o mesmo visa à melhoria da qualidade de assistência e pretende abrir espaço para novas reflexões acerca do processo de morrer com dignidade, respeitando os limites de cada ser humano.

Este estudo tem como objetivo refletir sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção de um grupo de enfermeiros.

Como pesquisadores, mergulhamos no mundo dos enfermeiros que vivenciam essas experiências frente aos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva, sabendo-se que em alguns momentos o morrer nessas unidades pode vir acompanhado de sofrimento, não respeitando a dignidade do morrente e de seus familiares, aspectos fundamentais na reflexão sobre a distanásia nas UTIs.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com inspiração fenomenológica, como caminho mais coerente para compreender os significados atribuídos ao lidar com as questões que esbarram na dignidade humana, no que se refere ao processo de morrer nas UTIs.

O estudo qualitativo é ideal quando se quer entender como um fenômeno varia em diferentes circunstâncias e como compreender esses significados^{8,9}.

Tendo em vista esse referencial, o pesquisador busca a essência do contexto vivenciado pelo sujeito da pesquisa, preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, correspondendo a um espaço profundo de aspectos subjetivos¹⁰.

A abordagem fenomenológica vem recentemente despertando a atenção e suscitando popularidade entre pesquisadores e teóricos de enfermagem como um método alternativo de investigação em substituição aos tradicionais utilizados pelas ciências naturais. Ao buscar a compreensão do significado da experiência vivida dos seres humanos, tem trazido contribuições valiosas para o conhecimento das múltiplas dimensões que envolvem o cuidado no processo de viver humano, até então inexploradas¹¹.

A enfermagem, por lidar com questões existenciais dos seres humanos de que cotidianamente cuida, tem na fenomenologia uma importante contribuição para o seu pensar e o seu fazer, pois, para compreender a realidade do dia a dia no qual estamos imersos, é preciso que saibamos mergulhar na subjetividade e sua essência, sem nos esquecermos da objetividade que o permeia¹¹.

O estudo foi realizado em um Hospital público de grande porte de Minas Gerais, localizado em Belo Horizonte com a participação de cinco enfermeiros de uma Unidade, de Terapia Intensiva, todos eles com atuação mínima de 11 anos em UTIs. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a julho de 2009 utilizando-se uma entrevista não-estruturada, contemplando a seguinte questão norteadora: *Qual a sua percepção sobre até quando prolongar a vida na Unidade de Terapia Intensiva?*

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifenas conforme o parecer de aprovação número: 202/2008, de acordo com as diretrizes da Resolução 196/96, respeitando os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos¹².

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando as diretrizes da pesquisa e o objetivo deste estudo. A anuência em participar do estudo foi de forma voluntária. Mediante a aprovação, deu-se início à coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas em ambiente adequado, garantindo o sigilo das informações prestadas. Para o registro das informações foi utilizado um gravador. As transcrições das falas se deram na íntegra, e as fitas foram guardadas em local seguro. Os enfermeiros foram identificados com os seguintes pseudônimos: ENF. 01, ENF. 02, ENF. 03, ENF. 04, ENF. 05.

A partir dos depoimentos dos sujeitos, foram identificadas cinco unidades temáticas: Percebendo a distanásia no cenário das unidades da terapia intensiva; conflitos no poder de decisão: influência dos aspectos religiosos, profissionais, éticos e legais; dificuldades dos familiares em aceitar a morte; respeito à dignidade e autonomia do paciente no momento final de vida; e a importância dos cuidados paliativos no processo da humanização quando não mais existe perspectiva de cura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebendo a distanásia no cenário das unidades de terapia intensiva

Com o avanço da medicina, tem sido possível manter a sobrevivência de pacientes graves por longo período nas UTIs, com a ajuda das medidas de suporte de vida e do aparato tecnológico. Sendo assim, o limite terapêutico se torna difícil de ser identificado. Quando não mais existem possibilidades de cura, manter todas as intervenções sem perceber os limites traduz em obstinação terapêutica e gera o prolongamento da agonia, do sofrimento e da morte do paciente, que é a distanásia^{13,14}.

As UTIs passaram, então, a serem vistas como um cenário gerador de dilemas éticos, no que se refere à excessiva utilização de tecnologias como terapêutica em pacientes fora de possibilidades, em que a morte é inevitável¹⁵. Evidencia-se pelas falas dos enfermeiros a presença da distanásia no cenário das UTIs:

[...] durante os 11 anos de terapia intensiva, o que eu presenciei em relação a esses pacientes fora de possibilidades terapêuticas do ponto de vista médico foi a distanásia, então eu via o prolongamento do sofrimento

mesmo... Em muitos lugares e em muitos profissionais... Haviam locais onde os profissionais entendiam a morte, que era o momento de parar, mas no plantão seguinte o outro profissional não acreditava nisso, ou tinha o ego muito aguçado, ou tinha uma vaidade muito pouco trabalhada e que fazia exatamente o que não tinha sido feito anteriormente [...] (ENF. 1)

[...] muitas vezes já escutei as pessoas dizendo e questionava... Mas por que você vai implantar de novo um catéter de Swan Ganz, a gente acabou de retirar, a gente sabe de todos os parâmetros, para que você vai fazer? e aí eu escutava assim, ele está aqui e tem que ser tratado [...] (ENF. 1)

[...] porque na UTI os pacientes quando são graves eles apodrecem na nossa frente... A pessoa se desfigura... Fica muito infiltrada... Não é mais o pai daquela pessoa, não é mais o filho daquela pessoa... A gente vê todo mundo sofrendo e sendo mantida aquela vida artificialmente [...] (ENF. 2)

[...] já trabalhei em hospitais que são extremamente invasivos... O que é que acontece... Acho isso desumano... Do meu ponto de vista humano... Acho que a gente tem que entender que existe um fim para a vida... Temos que entender a nossa impotência às vezes diante de determinadas coisas [...] (ENF. 5)

[...] a gente presencia o investimento a qualquer preço, mesmo que não existam possibilidades para aquele paciente [...] (ENF. 3)

[...] já vivi várias fases... Trabalhei em várias UTIs que o paciente apodrecia em vida, de a gente ficar com vergonha na hora da chegada da família, porque o paciente tinha um odor tão fétido que a família já não tolerava ficar perto dele mais [...] (ENF. 3)

Percebe-se na fala dos enfermeiros os conflitos vivenciados nas UTIs referente ao prolongamento da vida dos pacientes. Discute-se até quando é lícito manter um paciente ligado por aparelhos, com diversas intervenções invasivas, quando não mais existe perspectiva de cura.

Segundo^{3,15,16} sabe-se que a tese médica clássica pauta-se na ideia de que o médico não pode nunca abandonar o tratamento de um paciente, pois enquanto há vida, há esperança.

Porém, negar a utilização de todo um arsenal tecnológico traduzido em obstinação terapêutica não significa omissão do tratamento¹⁷.

Conflitos no poder de decisão: influência dos aspectos religiosos, profissionais, éticos e legais

Os cuidados com o fim da vida dos pacientes críticos das Unidades de Terapia Intensiva vêm sendo muito discutidos na literatura, e é possível encontrar diferentes condutas terapêuticas adotadas por profissionais que assistem esses pacientes, em países distintos e até no mesmo país¹⁴.

A partir de estudos, percebe-se como varia a atitude dos profissionais médicos em todo o mundo. As grandes diferenças culturais, econômicas, religiosas, sociais e legais podem justificar as dificuldades encontradas por profissionais, pacientes e familiares ao lidar com esse tipo de decisão^{14,18}.

Identificam-se nas falas dos enfermeiros os conflitos no poder de decisão:

[...] como profissional de saúde o que impera mesmo não pode ser o meu lado emocional e nem o meu lado espiritual completamente... Tenho que perceber que o paciente da terapia intensiva tem que ter um morrer tranquilizado, apesar de achar que também ele está na terapia intensiva para ser tratado... é muito controverso... Cheio de dúvidas para mim [...] (ENF. 1)

Ao se falar em vida, deve-se considerar que a medicina não tem como único objetivo manter parâmetros fisiológicos, mas cuidar do indivíduo como um todo, com olhar holístico. Alguns profissionais da saúde só entendem que há tratamento quando se utiliza de tecnologias, que hoje estão sendo amplamente difundidas, na tentativa de efetivamente fazer alguma coisa pelo paciente, quando, na verdade, estão tranquilizando a própria consciência¹⁹.

[...] “então na enfermagem eu também já vi isso... procedimentos desnecessários... acho que para tentar minimizar os efeitos da nossa própria consciência mesmo [...] (ENF. 1)

[...] o plantonista se viu encurralado, porque o paciente era terminal... Entrou em franca insuficiência respiratória e ele não teve outro jeito, a não ser intubar... Gerou uma contradição... Acredito que é o medo de não fazer nada... Eu não vou contribuir ou eu posso ser omissor diante de uma situação... Acho que o mais certo seria aceitarmos os nossos limites... Aceitarmos que existe um limite das nossas funções, um limite do corpo do paciente, mas isso é muito difícil [...] (ENF. 1)

Do ponto de vista religioso, suscita a seguinte hipótese: a Distanásia não seria, então, considerada uma “trans-

gressão à vontade divina, na medida em que se mantém vivo alguém que está praticamente morto?¹⁴.

[...] como pessoa, eu acredito que por convicções religiosas, até o último momento você deve tentar de tudo para salvar a pessoa... só que aí, o que eu percebo, pessoalmente, é que não há possibilidade de salvar alguém que já está morto [...] (ENF 1)

[...] e a nossa profissão tem uma questão de falar assim... Ah, eu sou bom quando eu salvo alguém, quando eu ajudo no processo... Vamos dizer assim... Então a gente se sente impotente quando perde um paciente, só que nós temos que trabalhar isso também na gente, entender que não somos só nós que decidimos essas coisas... Tem algo maior que a gente... Uma força maior... Que está em Deus... No poder da fé [...] (ENF 5)

A despeito de muitos enfermeiros desejarem participar da discussão dos dilemas éticos que surgem na sua prática, não há, em geral, espaço para uma atuação efetiva nas tomadas de decisões, o que acaba gerando insatisfação profissional^{15,20,21}.

[...] mas não temos autonomia legal para ter algum tipo de comportamento... O que é feito hoje é o que a gente fala: poupa-se qualquer tipo de esforço terapêutico com a autorização da família, poupa-se, não se retira nada [...] (ENF 2)

[...] quando vi minha avó naquele estado e como enfermeira da UTI... Senti na pele o que os familiares sentiam... Nunca fui uma enfermeira que promovia s intervenções invasivas a todo o custo para os meus pacientes... Sempre tive o meu olhar do morrer como profissional de saúde, como limite... Mas, enfim, aconteceu... vi a minha avó sendo ressuscitada... Fico pensando até quando investir, sabendo que pode ter a possibilidade de reverter o quadro... por isso o lado pessoal briga com o lado profissional [...] (ENF 1)

[...] entra em conflito o nosso lado religioso, entra em conflito o nosso lado profissional e entra em conflito toda a questão ética, daquilo que se acha que é certo e que é errado, é muito confuso... Então, acredito que nós deveríamos ter mais discussões diante da Distanásia [...] (ENF 1)

Percebe-se uma necessidade emergente de discutir e refletir sobre o prolongamento da vida nas UTIs, em uma perspectiva que envolva o lado religioso, profissional, legal e ético.

DIFICULDADES DOS FAMILIARES EM ACEITAR A MORTE

Nas UTIs, o distanciamento dos valores humanos, onde os pacientes encontram-se afastados de seus familiares e são tratados por profissionais desconhecidos, desperdiça neles sentimentos como a angústia e a ansiedade. Os familiares se encontram desinformados e sem amparo^{15,22}.

Percebe-se nas falas dos enfermeiros que muitas vezes a opinião dos profissionais de saúde diverge da opinião dos familiares:

[...] lógico que a gente tem uma visão e às vezes a família tem outra... Por exemplo, já me deparei em várias situações em que a família implora para que seja feito tudo, é preferível perder duas pernas, dois braços, não ficar nada, em cima de uma cama, apodrecendo, mas eles querem o paciente ali junto, a gente vive essa situação [...] (ENF 3)

A comunicação adequada entre a equipe de saúde, os pacientes e seus familiares torna-se cada vez mais um fator primordial no que concerne à discussão sobre a futilidade de um tratamento²³.

[...] também entra outra parte que a gente tem que entender que tem que conscientizar a família... até que ponto isso pra aquele indivíduo é bom, né? Ou se é egoísmo da gente... Porque a gente é muito egoísta [...] (ENF 3)

Neste cenário, percebe-se a importância das discussões acerca da tomada de decisões, no estágio terminal de vida do paciente, entre os médicos e toda a equipe multidisciplinar. É sabido que o ser humano tem direito à autonomia e a uma “morte digna”, devendo ser respeitadas também a visão do paciente e de sua família no que se refere ao tratamento a ser adotado²³.

[...] só que a família não dá conta de ficar com o paciente, de sofrer, de ver a pessoa morrendo... Então é o que eu canso de orientar as pessoas... O CTI não é para as pessoas morrerem, o CTI é para as pessoas que têm oportunidade de estarem vivas... Só que a sociedade não entende isso [...] (ENF 2)

[...] é muito sofrido manter a pessoa a todo custo... e você sabe que tem famílias que nos cobram isso... Eu quero que vocês façam tudo o que for possível... Só que o

impossível a gente não tem como fazer, que é retornar a vida [...] (ENF. 5)

Apesar de ser de grande importância a participação dos enfermeiros no processo decisório no que se refere aos dilemas éticos, percebe-se que essa interferência ainda se mostra muito tímida. Defendendo a autonomia do paciente e familiares, os enfermeiros estão contribuindo efetivamente com a tomada de decisões, mas, ao darem prioridade ao desejo do paciente e da família, os enfermeiros enfrentam dilemas, muitas vezes executando uma terapêutica que não concordam. Isso ocorre de forma diferente com os médicos, os quais assumem, em geral, as decisões bioéticas e decidem sobre o tratamento¹⁵.

Muitos pacientes terminais que se encontram nas UTIs não estão aptos a decidir sobre a terapêutica a ser adotada no fim de sua vida. Dessa forma, a participação da família é de extrema importância. Eles ainda afirmam que a presença de outros profissionais de saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos, religiosos e Comissões de Ética, também pode auxiliar no tratamento, segurança e conforto do paciente^{14,24}.

Estabelecer uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde intensivistas, o paciente e a família seria um passo importante, objetivando aprimorar a qualidade do tratamento recebido pelos pacientes terminais. Sabendo-se da relevância da terapêutica no fim de vida para avaliar a qualidade da medicina intensivista, deveria-se considerar a comunicação junto à família da mesma forma e cuidado com que se realiza os demais procedimentos nas UTIs^{14,25}.

Os familiares necessitam de um apoio por parte dos profissionais que atuam nas UTIs. A comunicação entre a equipe e os familiares é um fator primordial para o enfrentamento dessa difícil situação de ter um ente querido internado. É importante esclarecer as suas dúvidas, colocá-los informados da real situação do paciente e permitir que os familiares participem do processo do tratamento e dos momentos das decisões acerca dos limites de intervenções.

RESPEITO À DIGNIDADE E AUTONOMIA DO PACIENTE NO MOMENTO FINAL DE VIDA

Há 2500 anos, Hipócrates já afirmava que um dos papéis da Medicina é recusar-se a tratar daqueles que fo-

ram vencidos pela doença, entendendo que, diante de tais casos, a medicina torna-se impotente ou perante os casos que não existem perspectivas de cura^{14,23}.

Continuar um tratamento considerado fútil e doloroso é contra todos os princípios fundamentais da ética médica: contra a beneficência, pois não provê nenhum benefício ao paciente; contra a não-maleficência, pois pode causar sofrimento e prejuízo ao paciente; contra a justiça, pois exige custos, tempo e energia que poderiam ser mais bem usadas em outros pacientes; e até mesmo contra a autonomia, pois ninguém quer receber uma terapia fútil que simplesmente prolonga por horas ou dias a morte (inevitável) em estado vegetativo irreversível, sem acrescentar qualidade de vida^{14,24}.

A partir desses dados, constata-se mais uma vez a necessidade de discutir sobre temas que se relacionam à terapêutica no fim da vida para pacientes terminais das Unidades de Terapia Intensiva¹⁴.

Percebe-se nas falas dos enfermeiros a necessidade de manter a dignidade do paciente no processo do morrer nas UTIs:

[...] acho que a morte tem que ser igual à vida... Tem que se chegar e ir embora com dignidade, sem sofrimento [...] (ENF. 2)

[...] sou favorável ao cuidado para que o paciente fora de possibilidades terapêuticas tenha uma morte digna [...] (ENF. 4)

[...] como profissional de saúde, eu penso que é imprescindível que haja uma morte com dignidade... Que é uma morte com dignidade? É o morrer sem procedimentos invasivos exagerados, é o morrer sem manipulações excessivas, é o morrer com a família, é o morrer utilizando a medicação para a dor de forma adequada, é o morrer com o aparato emocional do psicólogo, é o morrer com o tratamento não de forma exagerada do fisioterapeuta, do terapeuta ocupacional, do nutricionista, é o morrer com o suporte que não seja de forma exagerada [...] (ENF. 1)

Só há exercício da autonomia se houver o compartilhamento de conhecimento e informação da equipe de saúde para o paciente, oferecendo dados importantes, em linguagem acessível, para que qualquer decisão possa ser tomada, garantindo-se a competência de todos os membros envolvidos na situação²⁶.

A autonomia é respeitada quando se dá ao paciente o direito de governar a si mesmo, de realizar a sua vontade, participando ativamente do processo decisório no que se refere aos cuidados que receber¹⁹.

Manter o respeito à dignidade do paciente no processo do morrer nas UTIs perpassa por um diálogo entre a equipe e familiares, procurando buscar um elo entre a solidariedade eficaz e a sensibilidade humana, ética e científica a favor do paciente.

[...] o cuidado é você tentar o máximo possível zelar por aquele indivíduo, trazer ele de novo a um estado digno de sobrevivência e não só a custo de tudo que se tem em termos de tecnologia, manter a vida a qualquer preço [...] (ENF 3)

[...] acho que a gente tem que entender que tem a hora de parar. Por exemplo, no meu caso que trabalho com emergência, a gente tem muito aquela visão agressiva do tratamento né, de querer a todo custo manobrar uma parada horas a fio, e às vezes você encontra um paciente muito jovem e tal. Só que a gente tem que saber avaliar o contexto como um todo. Quem tem condição de sobreviver, quem não tem condição de sobreviver e até quando aquele ato dito heroico por nós, de fazer manobras exaustivas, vai repercutir na vida daquele paciente. (ENF 3)

É possível encontrar na literatura relatos de respeito à autonomia do paciente no fim de vida, escolhendo deixar-se morrer, não optando pela Distanásia. Um caso famoso é o do Papa João Paulo II, que, tendo sido internado por duas vezes no fim de sua vida, abdicou-se de uma terceira internação por não aceitar medidas extraordinárias dos avanços tecnológicos que o manteria ainda “vivo” por um longo período de tempo. Preferiu morrer em seus aposentos, ao lado dos amigos, sem a interferência da parafernália de equipamentos que pouco ou quase nada acrescentariam às agruras do sofrimento estampadas no semblante nos dias que precederam o momento da morte²⁷.

Na fala de um dos enfermeiros, foi possível perceber situação semelhante:

[...] já vivi uma situação que foi muito triste e chocante, mas foi uma situação muito bonita, de um senhor de 85 anos, médico e que estava em fase de um câncer terminal com metastase... aí ele entra dentro da terapia intensiva e enquanto ele está lúcido diz ao médico que não quer que seja feito nada por ele; que a família o levou até

ali, mas ele não queria e que ele achava que seria bom morrer na terapia intensiva mesmo... Porque pra família não ver e não sofrer, mas que ele não queria e ele estava proibindo a equipe... Que como médico, o colega devia respeitá-lo, que ele queria morrer... Sem sofrimento... e assim foi feito [...] (ENF 1)

Ou situações distintas, em que a distanásia esteve muito presente:

[...] uma vez a família pediu para que o paciente não fosse intubado... Era um paciente idoso com câncer terminal, e ele pediu também para não ser intubado... só que o plantonista que chegou... acho que ele se viu encurrulado, porque o paciente entrou em franca insuficiência respiratória, e ele não teve outro jeito a não ser intubar... Quando o filho chegou... Disse assim... mas por quê é que intubaram o meu pai, eu pedi para não intubar [...] (ENF 3)

[...] então, a gente vê velhinhos noventa e poucos anos arrastando o modo de viver extremamente indigno, sendo que naqueles últimos momentos ele poderia estar com a família, simplesmente retirando a dor [...] (ENF 2)

[...] vai muito com a ética... Não tem jeito, é desumano fazer com que as pessoas sejam mantidas a todo custo respirando, fazendo todas as funções fisiológicas por aparelho... à custa de muito sofrimento tanto para a família quanto para o paciente [...] (ENF 5)

Percebem-se os conflitos nos limites de intervenções aos pacientes em fase terminal. É necessário a equipe respeitar e reconhecer o direito do paciente decidir sobre sua pessoa e seu tratamento frente a uma situação distanásica, exercitando a sua autonomia.

A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO PROCESSO DA HUMANIZAÇÃO QUANDO NÃO MAIS EXISTE PERSPECTIVA DE CURA

Os enfermeiros ressaltam a importância do emprego dos cuidados paliativos nas UTIs, discutem a necessidade da presença dos familiares, das medidas de conforto e higiene, do respeito à autonomia do paciente e da presença humana do cuidar, conforme as falas abaixo:

[...] já trabalhei em hospitais que são extremamente invasivos e em locais onde os cuidados paliativos na

verdade são mais importantes às vezes do que invadir o paciente muito previamente et al [...] (ENF: 3)

[...] para mim, em situações em que não mais existe perspectiva de cura... Devemos manter os cuidados de conforto com o paciente... Deixar mais os familiares junto ao paciente... evitar procedimentos invasivos sem necessidade [...] (ENF: 5)

[...] na UTI quando o paciente está no final... Devemos respeitar a sua autonomia, oferecer um cuidado digno, acrescentar qualidade de vida nos poucos dias e não acrescentar dias de vida sem qualidade... acho que a equipe deve procurar sempre o emprego dos cuidados paliativos... toda a equipe... não apenas a enfermagem [...] (ENF: 2)

Pode-se dizer que a “medicina paliativa” vem adquirindo grande importância no contexto de saúde em nível mundial. Ela apregeia um novo conceito de cuidar, em que o paciente é visto como um ser que sofre nos âmbitos físico, psicológico, social e espiritual. O tratamento paliativo não visa à cura e busca obter uma melhor qualidade de vida, com recursos que promovam o controle da dor, o alívio de quaisquer sintomas, o contato com os familiares, sob o olhar de uma equipe multidisciplinar^{28,29}.

Percebem-se nas falas dos enfermeiros grandes avanços nas questões que lidam com os cuidados paliativos nas UTIs:

[...] hoje eu vivo numa realidade um pouco imediatista demais, eu trabalho em um hospital de alta complexidade que visa investir em pacientes muito graves, mas o investimento é até certo ponto restrito... Nós temos uma experiência de realmente avaliar o paciente e se ele estiver fora de possibilidades a gente não investe tanto mais, né, então a gente vai pensar, vai repensar em parar o tratamento e manter os cuidados de conforto para os pacientes e seus familiares [...] (ENF: 3)

[...] acho que muitos profissionais amadureceram... Preocupam com o paciente e seus familiares e sabem distinguir os limites de intervenções, sem prolongar o sofrimento do paciente... Mas não são todos [...] (ENF: 4)

O processo do morrer passou a ser discutido entre todos os envolvidos: profissionais, doentes e seus familiares, gerando assim uma forma diferente de administração no período final de vida do paciente terminal. Surgem novos profissionais, com visão mais

ampla do significado da vida. Os cuidados paliativos, seus ideólogos e instituições buscam criar uma nova representação social do morrer, viabilizada pela construção de modalidades inovadoras de relação entre profissionais de saúde, doente e seus familiares³⁰.

Os cuidados paliativos visam a cuidar do ser humano de forma global, percebendo o sujeito enquanto pessoa, tratando a dor, o sofrimento e a espiritualidade no fim da vida³¹.

Segundo os disseminadores dos cuidados paliativos, o alívio de promover o cuidar, o alívio do sofrimento, veio substituir a assistência curativa, que se utiliza excessivamente de tecnologias, em que o paciente não participa do processo decisório no que concerne às questões de sua vida e até da própria morte³⁰.

Sabendo que a distanásia é o prolongamento exagerado e fútil da morte e a eutanásia a abreviação da vida, os cuidados paliativos surgem como uma forma de não realizar nenhuma das duas opções, surgindo, então, a ortotanásia, que seria a “boa morte”, oferecendo cuidados no fim de vida ao paciente de forma digna, respeitando a sua autonomia e promovendo a humanização³¹.

[...] investir num paciente, eu não falo assim deixar de investir, né, exatamente, mas é aquela questão de você saber que naquele paciente, na verdade você está prolongando só a dor dele, o sofrimento dele, eu acho isso desumano. Isso desvincula do que é o cuidado mesmo [...] (ENF: 5)

[...] quando chega a um certo ponto... Onde já tentou de tudo... Acho que temos que preocupar com a qualidade de vida do doente. Devemos pensar no significado da vida, na dignidade do paciente e oferecer o conforto físico, emocional e espiritual... Precisamos evitar essa terapia dolorosa e inútil a distanásia e recorreremos a terapia do cuidar humano, da humanização, do ajudar a morrer com dignidade, ou seja, a ortotanásia [...] (ENF: 2)

Os cuidados paliativos representam uma grande evolução no que se refere aos cuidados recebidos no fim da vida, restituindo o bem-estar global e a dignidade ao paciente gravemente enfermo, favorecendo à possibilidade de viver sua própria morte, um respeito por sua autonomia e não o abandonando à própria sorte¹⁹.

É fundamental unir os cuidados paliativos a uma proposta de cuidados mais humanizados, proporcionando ações que envolvam o respeito à autonomia do paciente,

a solidariedade e a proximidade dos familiares no contato com o paciente e a equipe³².

Os cuidados paliativos apresentam-se, então, como uma possibilidade de terapêutica digna, trazendo a humanização para o processo de morte:

[...] não sou a favor da distanásia sabendo que o paciente pode ser cuidado de forma paliativa... porém acredito que algumas Unidades de Terapia Intensiva não estão preparadas para esses cuidados... acredito que os cuidados paliativos são menos agressivos, são cuidados para oferecer conforto ao paciente, oferecer melhor qualidade de vida, favorecer a humanização [...] (ENF 1)

[...] na UTI o ambiente é muito frio, mecânico... mas se quisermos podemos transformá-la em um ambiente mais humano, com emprego de um cuidar menos agressivo... de um cuidar que atenda as necessidades humanas do paciente, dos familiares e da equipe... (ENF 4)

Os cuidados paliativos devem ser considerados de responsabilidade da equipe multidisciplinar e não apenas de um único profissional. A equipe deve estar preparada para enfrentar os sofrimentos, angústias e medos do paciente e de sua família, respeitando o momento final de vida e proporcionando todos os cuidados que forem necessários nesse momento. É um preparo que deve ser baseado nas reflexões bioéticas, visando sempre ao melhor para o bem de maior valor: a vida!³¹.

Os profissionais que lidam nas UTIs necessitam refletir sobre o emprego dos avanços tecnológicos em consonância com os limites da vida. Essa discussão perpassa o repensar sobre a prática mecanicista do cotidiano laboral nessas unidades, e buscar acrescentar as premissas dos cuidados paliativos: conforto, paz e dignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro intensivista lida com a distanásia de acordo com sua percepção individual do morrer, orien-

tado pelos aspectos religiosos, pessoais, profissionais, em que nem sempre a equipe multiprofissional e a família são inseridas nesse contexto, não havendo uniformidade no processo de tomada de decisões, gerando conflitos éticos na assistência do paciente quando não mais existe perspectiva de cura.

Enfrentar essas situações e se ocultar perante o processo tecnológico do cuidar que impera nas UTIs, dizendo que tudo está sendo feito em benefício do paciente, pode ser algo obscuro, visto na dimensão daqueles que estão no processo do cuidar. Faz-se necessário uma discussão entre a equipe multiprofissional, familiares e paciente, e não apenas restringir-se às concepções daqueles que estão no cenário assistencial dessas unidades.

Nesse cenário, surgem os cuidados paliativos, como uma esperança de humanização do processo de morte, especialmente nas UTIs. Implementar os cuidados paliativos como tratamento para os pacientes tidos como fora de possibilidades terapêuticas é propor uma nova cultura de respeito e dignidade ao ser humano nesse momento tão difícil, em que encara a própria morte.

No contexto de saúde, identifica-se a necessidade de ampliar os estudos sobre a distanásia, e quem sabe abrir espaço para estudos mais apurados, que proponham protocolos com medidas dignas a serem empregadas no momento final de vida.

As reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma UTI na percepção dos enfermeiros, pautada na bioética, encontra-se muito distante ainda de trazer respostas prontas. Necessita de novas discussões por parte da equipe, família, paciente e sociedade, no que tange as questões culturais, sociais, éticas, legais e espirituais.

Com este estudo, espera-se contribuir com os profissionais que lidam com as questões de vida e de morte e fomentar a vontade de cuidar integralmente, de forma humanizada, voltando o olhar para os cuidados paliativos, como uma possibilidade para os pacientes terminais, tratando-os de forma digna, respeitando sua autonomia e integrando a família nesse cenário.

REFERÊNCIAS

1. Silva MJP. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004.
2. Pessini L. Distanásia: Até quando investir sem agredir? Bioética. 1996;4:31-43.
3. Pessini L. Distanásia: Até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo / Loyola; 2001.

4. Holanda AB. Dicionário Aurélio. 4a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
5. Pessini L, Barchifontaine CP. Eutanásia: por que abreviar a vida? In: Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 7a ed. São Paulo: Loyola; 2005. p. 371-406.
6. Biondo CA, Silva MJP, Secco LMD. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2009;17(5):613-9.
7. Fortes PAC. A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(3):195-7.
8. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
9. Queiróz ES. Atenção em Saúde: a construção cotidiana da integralidade no Município de Catas Altas [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
10. Heidegger M. Ser e tempo. 9a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000.
11. Terra MG, et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):672-8.
12. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2):15-25.
13. Fisher M. Ethical issues in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*. 2004;10:292-8.
14. Bitencourt AGV, et al. Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2007;19(2):137-43. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000200001
15. Toffoletto MC, et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2005;18(3):307-12.
16. Siqueira JE. Evolução científica e tecnologia, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. *Rev Bioética*. 1997;5(1):41-8.
17. Piva JP, Carvalho PRA. Consideração ética nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética*. 1993;1(2):129-38.
18. Miccinesi G, et al. Physicians attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. *Soc Sci Med*. 2005;60:1961-74.
19. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*. 2003;14(2).
20. Sherman DA, Branum K. Critical care nurses perceptions of appropriate care of the patient with orders not to resuscitate. *Heart Lung*. 1995;24(4):321-9.
21. Tucker DML, Friedson J. Resolving moral conflict: the critical care nurses role. *Crit Care Nurse*. 1997;17(2):55-63.
22. Parada MI, Pérez C, Dempaire G. El servicio apoyo psicosocial en UCI: un tema de bioética aplicada, en la búsqueda de una mejor atención al paciente crítico. *Clín Med HCC*. 1997;2(2):127-35.
23. Moritz RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
24. Vincent JL. Ethical principles in end-of-life decisions in different European countries. *Swiss Med Wkly*. 2004;134:65-8.
25. Curtis JR, et al. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Crit Care Med*. 2001;29(Suppl2):N26-N33.
26. Fabbro L. Limitações jurídicas à autonomia do paciente. *Bioética*. 1999;7(1):7-12.
27. Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. Distanásia: qual o significado? Iniciação à Bioética. *Rev Cons Fed Medicina*. 1998:308-9.
28. Mello AGC. Os cuidados paliativos: uma nova abordagem no Brasil. *Boletim Informativo do Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde (ICAPS)* 2001;(189):3-4.
29. Pessini L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. *Bioética*. 2004;12(1):39-60.
30. Menezes RA. Em busca da "boa morte": uma investigação socioantropológica sobre cuidados paliativos [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
31. Machado KDG, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em Unidade de Terapia Intensiva: um olhar da bioética. *Rev Bioethikos*. 2007;1(1):34-42.
32. Santana JC, et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Bioethikos*. 2009;3(1):77-86.

Recebido em: 11 de agosto de 2010.
Versão atualizada em: 10 de setembro de 2010.
Aprovado em: 27 de setembro de 2010.