

O Profissional de Saúde frente à distanásia: uma revisão integrativa^a

The health professional before distanasia: an integrative survey
El profesional de salud delante la distanasia: un examen integrante

Ana Paula de Jesus Ferreira*
Luciene Jacinto de Souza*
Adriana Aparecida de Faria Lima**

RESUMO: A morte e o morrer são vistos e refletidos de forma diferente, dependendo da cultura em que o indivíduo está inserido. Na cultura ocidental, a morte foi reconhecida como natural até se tornar um tema proibido, interdito. Na prática assistencial os profissionais vivenciam muito conflitos éticos ao ter que tomar a decisão de manter ou retirar o suporte de vida. Teve-se por objetivo identificar qual é a problemática vivenciada pelos profissionais de saúde com relação à manutenção do suporte de vida oferecido ao paciente sem possibilidade de cura, conhecido como distanásia. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no Banco de dados PubMed, por meio dos descritores: “Life support care” and “Attitude health personnel” and “Attitude of death”, em 2009. Foi selecionado o total de 69 artigos, sendo 52,17% provenientes dos Estados Unidos e 55% publicados na última década. A partir da similaridade das ideias foram identificados nos artigos 5 temas, sendo eles: 1) Dilemas referentes à retirada ou manutenção da terapêutica; 2) Desafios na comunicação do diagnóstico; 3) Eutanásia passiva: um caminho possível; 4) Barreiras e estratégias para a “boa morte”; e 5) Reações dos profissionais de saúde frente à morte e ao morrer. Concluiu-se que não há consenso na literatura com relação aos critérios para a retirada ou manutenção do suporte terapêutico frente ao paciente que está em processo de morte. Assim, destacou-se que a bioética pode ser uma ferramenta eficaz na busca pela decisão mais prudente frente aos conflitos éticos decorrentes da terminalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados para Prolongar a Vida. Atitude Frente a Morte. Pessoal de Saúde.

ABSTRACT: Death and dying are seen and reflected in different ways depending on the culture where each individual is inserted. In Western culture, death was recognized as natural until it became a forbidden subject, an interdict. In assistance practice, professionals deeply experience many ethical conflicts when having to make the decision as to keep or to remove life support devices. The aimed of this research was to identify which problems are deeply experienced by health professionals as regards the maintenance of life support devices offered to patients with no possibility of cure, known as distanasia. This is an integrative survey carried through in PubMed database, by means of the describers: “Life support care”; “Attitude health personnel” and “Attitude of death” in the year 2009. We selected a total of 69 articles, being 52.17% proceeding from the United States of America and 55% published in the last decade. On the basis of similarity of ideas 5 subjects were identified in articles, namely: 1) Dilemmas concerning the withdrawal or maintenance of life support devices, 2) Challenges in the communication of the diagnosis, 3) Passive Euthanasia: a possible way, 4) Barriers and strategies for a “good death”, and 5) Reactions health professionals have before death and dying. One concludes that there is no consensus in the literature regarding criteria for withdrawal or maintenance of life support devices offered to patients in the dying process. Thus, we emphasize that bioethics may be an efficient tool in the search for the most advisable decision regarding ethical conflicts stemming from terminality.

KEYWORDS: Life Support Care. Attitude to Death. Health Personnel.

RESUMEN: La muerte y el morir se consideran y se reflejan en maneras diferentes dependiendo de la cultura en donde cada individuo se inserta. En la cultura occidental, la muerte fue reconocida como natural hasta que se convirtió en un tema prohibido, un entredicho. En la práctica de la ayuda, los profesionales experimentan profundamente muchos conflictos éticos al tener que tomar la decisión en cuanto a mantener conectados o quitar los dispositivos de mantenimiento de vida. La meta de esta investigación fue identificar qué problemas son experimentados profundamente por los profesionales de salud respecto a la decisión de desconectar los dispositivos de mantenimiento de la vida ofrecidos a pacientes sin posibilidad de curación, conocida como distanasia. Este es un examen integrante ejecutado en la base de datos de PubMed, por medio de los descriptores: “Life support care”; “Attitude health personnel” and “Attitude of death” en el año 2009. Seleccionamos un total de 69 artículos, siendo 52,17% procedentes de los Estados Unidos de América y 55% publicados en la década pasada. En base de la semejanza de ideas 5 temas fueron identificados en artículos, a saber: 1) Dilemas referentes a la suspensión de la utilización de los dispositivos de mantenimiento de la vida; 2) Desafíos en la comunicación del diagnóstico; 3) Eutanasia pasiva: una manera posible, 4) Barreras y estrategias para una “buena muerte”, y 5) Reacciones que los profesionales de salud tienen delante la muerte y el morir. Uno concluye que no hay consenso en la literatura respecto a los criterios para la suspensión o el mantenimiento de los dispositivos de mantenimiento de la vida ofrecidos los pacientes en el proceso de muerte. Así, acentuamos que la bioética puede ser una herramienta eficiente en la búsqueda de la decisión más recomendable respecto a los conflictos éticos que provienen de la condición terminal.

PALABRAS-LLAVE: Cuidados para Prolongación de la Vida. Actitud Frente a la muerte. Personal de Salud.

* Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo. E-mail: anapaulojf@terra.com.br; luciene.jacinto@yahoo.com.br

** Doutoranda em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo e docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo. E-mail: alima@saocamilo-sp.br

a. Trabalho de Iniciação Científica vinculado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo-SP.

INTRODUÇÃO

A morte e o morrer são vistos e refletidos de forma diferente, dependendo da cultura em que o indivíduo está inserido. Na cultura ocidental, a morte foi reconhecida como natural até se tornar um tema proibido¹.

Nas últimas cinco décadas, observa-se um fenômeno curioso na sociedade industrial capitalista, pois na medida em que a interdição em torno do sexo foi relaxando, a morte foi se tornando um tema proibido, interdito².

A compreensão da morte como interdita é percebida nos discursos dos profissionais de saúde que, ao assistirem à morte dos pacientes, percebem-se frustrados e sentem tristeza³.

Pesquisas evidenciam que o profissional de saúde ao vivenciar o processo de morte dos pacientes reconhece uma sensação de impotência, causando frustração e insatisfação no seu fazer^{3,4,5,6}.

Nesse cenário, os pacientes terminais, os fora de possibilidades terapêuticas ou de cura são os protagonistas. Paciente terminal pode ser definido como aquele que em um determinado momento na evolução de sua doença não é mais salvável, mesmo que se disponha de todos os recursos terapêuticos, e portanto está em processo de morte inevitável⁷.

Os profissionais na tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, concentram-se nas máquinas e procedimentos, oferecendo um cuidado robotizado e despersonalizado, travando uma luta contra a morte^{8,9}. Com isso, propõem um cuidado terapêutico excessivo, abusivo e desproporcional, conhecido como distanásia.

Na tentativa de negar a existência da finitude humana e movido pelo princípio moral de preservar a vida, o profissional de saúde determina-se a utilizar um arsenal terapêutico para prolongar o tempo de morte, configurando a distanásia.

Distanásia é, portanto, um termo que pode ser sinônimo de obstinação ou futilidade terapêutica, onde a tecnologia médica é usada para prolongar penosa e inutilmente o processo de morte. Dedicar-se a prolongar ao máximo a quantidade de tempo de vida, combatendo a morte como o grande e último inimigo. A tecnologia sofisticada permite um suporte avançado desse tempo, entretanto, frente ao paciente fora de possibilidades de cura,

suscitam-se questões relativas ao início ou o momento de interromper esses recursos terapêuticos^{10,11}.

O tratamento é fútil quando a sua adoção apenas prolonga o processo de morte, não sendo efetivo para melhorar ou corrigir as condições que ameaçam a vida da pessoa. Se antecipadamente, os esforços para restaurar e manter a vida já forem considerados inúteis, não podem ser efetivados, obedecendo principalmente ao princípio da não-maleficência⁷.

Pode-se vislumbrar o futuro e ver que as pessoas são cada vez mais “mantidas vivas” tanto com máquinas que substituem órgãos vitais, como com computadores que as controlam periodicamente para ver se alguma função fisiológica merece ser substituída por equipamento eletrônico ou ainda que uma luz se acenda, avisando que a pessoa morreu, para que o equipamento se desligue automaticamente⁸. Dilemas éticos e morais permanecem no dia a dia dos profissionais que vivenciam a morte do outro, sendo de grande relevância identificar quais atitudes esses profissionais estão tendo frente à distanásia.

Neste trabalho teve-se por objetivo identificar a problemática vivenciada pelos profissionais de saúde com relação à manutenção do suporte de vida oferecido ao paciente em processo de morte.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, que tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado tema, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para aprofundar o conhecimento, subsidiando a tomada de decisão. Dentre os métodos de revisão, a revisão integrativa tem uma abordagem metodológica mais ampla, que permite a inclusão simultânea de pesquisas experimentais, quase-experimentais e não-experimentais, proporcionando uma compreensão mais ampla do fenômeno analisado^{12,13}.

Para execução da revisão, percorreram-se seis etapas que compõem a revisão integrativa: definição da pergunta norteadora e o objetivo, elaboração dos critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da síntese da revisão^{12,13}.

Esse estudo foi realizado no ano de 2009, no Banco de dados PubMed (mantido pela *National Library of Medicine*), sem restrição de tempo e teve como pergunta norteadora: Qual é a problemática vivenciada pelos profissionais de saúde com relação à manutenção do suporte de vida oferecido ao paciente em processo de morte?

Estabeleceu-se como critério de inclusão para a seleção da amostra: trabalhos científicos no formato de artigo e no idioma inglês. Foram excluídos todos os artigos que tratavam de experiências com animais, teses, dissertações e textos não classificados no formato de artigo. Realizou-se uma busca booleana com os seguintes descritores no *Medical Subject Headings* (MESH): “Life support care” and “Attitude health personnel” and “Attitude of death”. Foram identificados 69 artigos e todos foram inclusos neste estudo.

Em seguida, efetivou-se a leitura e tradução dos artigos selecionados, sendo transcritos os dados em uma tabela com as seguintes variáveis: numeração dos artigos, título, autor, local de publicação, ano de publicação, sujeito de pesquisa, tipo de pesquisa e síntese dos principais resultados que respondiam a pergunta de pesquisa.

Os dados foram tratados por meio de estatística simples, apresentados em tabelas. Os principais resultados das pesquisas foram agrupados por meio do método de análise temática, o que possibilitou interpretar, analisar e agrupar os dados semelhantes¹⁴.

RESULTADOS

Caracterização dos artigos selecionados

Do total de 69 artigos, 52,17% das pesquisas foram provenientes dos Estados Unidos, seguido por 12% do Canadá, 9% Japão, 6% da Inglaterra, 4,5% da França, 3% da Austrália e 1% do Brasil.

Tabela 1. Caracterização dos artigos selecionados, segundo o ano de publicação, 2009

ANO DE PUBLICAÇÃO	NÚMERO DE ARTIGOS	
1981 - 1990	6	9%
1991 - 2000	25	36%
2001 - 2009	38	55%
Total	69	100%

As pesquisas tiveram, em sua maioria, com público alvo os médicos e equipe de saúde, seguidos por pacientes, familiares e população em geral.

Tabela 2. Caracterização dos artigos selecionados, segundo tipo de pesquisa, 2009

TIPO DE PESQUISA	NÚMERO DE ARTIGOS	
Revisão/ reflexão	8	11,59%
Pesquisa de campo	61	88,41%
Total	69	100,00%

Caracterização das temáticas identificadas nos artigos selecionados

A partir da análise dos 69 artigos, realizou-se uma síntese da discussão dos artigos sobre a problemática vivenciada pelos profissionais de saúde, com relação à manutenção do suporte de vida oferecido ao paciente em processo de morte. Evidenciaram-se as seguintes temáticas: Temática 1 – Dilemas referentes à retirada ou manutenção da terapêutica; Temática 2 – Desafios na comunicação do diagnóstico; Temática 3 – Eutanásia passiva: um caminho possível; Temática 4 – Barreiras e estratégias para a “boa morte” e Temática 5 – Reações dos profissionais de saúde frente à morte e o morrer.

A seguir serão apresentadas as temáticas identificadas por meio da análise dos artigos.

TEMÁTICA 1

Dilemas referentes à retirada ou manutenção da terapêutica

Essa temática é a síntese dos achados nos artigos analisados, o que evidencia que existe uma grande discussão, com muitas nuances e ausência de consenso, frente à discussão relacionada à interrupção ou continuação da terapêutica, referente ao paciente fora de possibilidades de cura.

Discute-se que a retenção do tratamento, a partir da visão jurídica, tende a considerar que a retirada de cuidados é insustentável e deve ser evitada. Porém, do ponto de do profissional, no aspecto psicológico, é preciso que se faça distinção entre reter ou retirar um tratamento. A retirada do tratamento pode ser vista como uma ação que leva o paciente à morte, enquanto a restrição pode possibilitar uma morte em condições naturais. Evidencia-se que os médicos

acreditam que não é moralmente justificado interromper ou continuar o tratamento a partir de um acordo judicial.

Discute-se a possibilidade de interromper ou retirar o tratamento de paciente considerado como fora de possibilidades de cura; contudo, a prática clínica tende a ofertar excessiva e onerosa terapêutica, mesmo nesses casos. Os estudos apontam que a obstinação terapêutica está relacionada ao conceito de qualidade de vida, já outros consideram que o medo de processos referente à omissão de socorro faz com que o profissional mantenha o tratamento.

Um dos estudos aponta para a influência da religiosidade, considerando que médicos mais religiosos acreditam que devem prolongar a vida e são menos propensos a aprovar a eutanásia; já outro estudo não foi conclusivo em relação à religiosidade interferindo no processo de decisão.

A discussão em torno da Ordem de Não-Reanimar (ONR) deve ser determinada pelo médico, por escrito, próximo à morte do paciente sem prognóstico, mas, mesmo assim, ainda há manobras de ressuscitação cardiopulmonar, e essas, por sua vez, são influenciadas pelas solicitações advindas da família. A maioria dos médicos relata que discutem mais com as famílias do que com o próprio paciente sobre a ONR.

Em relação à retirada do tratamento, o aspecto mais polêmico está em torno da retirada da alimentação e hidratação artificial, sendo mais aceita a retirada de antibióticos, drogas vasoativas e diálise. Observa-se que é reforçada a ideia da análise de riscos e benefícios, podendo ser interpretado que a continuidade da alimentação artificial prolongue um sofrimento, sendo classificada como obstinação terapêutica. A realização da gastrostomia é citada por poucos artigos. Já a descontinuidade da ventilação mecânica, para alguns profissionais, é considerada como eutanásia. Considerando-se o uso de morfina e tranquilizantes, tanto o público em geral, como os médicos são favoráveis ao uso, objetivando manter o paciente livre de sintomas, embora possa apressar a morte.

Os argumentos que favorecem a continuidade do tratamento, para o público em geral, está em torno da tarefa primordial de garantir os cuidados em saúde e de salvar a vida; em contrapartida, os médicos são favoráveis a descontinuidade do tratamento devido à falta de qualidade de vida. Os médicos e a população em geral não consideraram a idade do paciente e o custo-benefício como fatores determinantes para manter ou não o tratamento.

Os pacientes em coma vegetativo persistente desencadeiam uma grande discussão, posto que poucos médicos acreditam que esses pacientes sentem dor, sede e fome, sendo favoráveis à interrupção da manutenção da vida. Outro estudo evidencia que retirariam a hidratação e nutrição, caso os familiares fossem favoráveis a estes procedimentos.

Não há evidências do melhor local para se morrer, no hospital ou em casa. Ainda é citado que a pressão da família em investir no tratamento, a crença de se fazer de tudo e a falta de um consultor para determinar a vaga na UTI, determinam que o paciente fora de possibilidade de cura ainda seja encaminhado para a UTI.

Enfatiza-se que o médico não pode tomar nenhuma decisão a partir do seu conceito de futilidade terapêutica, e sim, a partir de uma concepção multidisciplinar, mesmo tendo-se ciência que essa prática não esteja institucionalizada.

TEMÁTICA 2

Desafios na comunicação do diagnóstico

Essa temática compõe os achados referentes à dificuldade dos médicos em se comunicar com o paciente e sua família sobre a gravidade da doença, inexistência de tratamento curativo e a possibilidade da morte iminente.

Os estudos evidenciam que os médicos evitam comunicar ao paciente a gravidade da doença e a possibilidade iminente da morte. Já médicos oncologistas são menos propensos a se sentirem desconfortáveis frente aos pacientes sem possibilidade de cura e enfermeiros são mais favoráveis em falar com a família sobre a possibilidade de morte do paciente. Na visão dos médicos, a responsabilidade por ter que traçar o prognóstico é estressante e difícil, acreditando que os pacientes esperam certezas e, em havendo erros, ocorrerá a perda de confiança.

A maioria dos profissionais acredita que a família deve ser sempre informada sobre a terapêutica empregada no processo de morte, contudo, há contradição nos achados, pois alguns estudos reconhecem que os procedimentos são executados sem o conhecimento da família, reforçando uma postura paternalista, onde a família não participa do processo de decisão.

Destaca-se que estabelecer um relacionamento interpessoal entre profissional saúde e paciente promove uma melhor comunicação, sendo mais fácil identificar o quê e

como devem ser transmitidas as informações. Havendo uma comunicação efetiva entre médicos e enfermeiros, em relação aos objetivos de cuidados, notar-se-ia um benefício significativo no processo de morte do paciente.

Familiares referem que ao saber sobre o diagnóstico desfavorável expressaram raiva, descrença, choque, dor-mência e fúria, o que afeta a capacidade de ouvir e raciocinar, necessitando de um tempo para que assimilem e analisem a realidade. Os familiares de pacientes com doenças avançadas, que não têm capacidade de tomada de decisão, recebem mais informações, mas necessitam de orientação sobre como manejar sinais e sintomas.

As famílias que ficaram satisfeitas ao se comunicarem com os médicos relatam que tiveram abertura, franqueza e simpatia durante a orientação. Valorizam a comunicação não-verbal, observam se o médico olhou no olho do paciente, o chamou pelo nome, gerando sentimento de confiança e respeito.

Os pacientes, por sua vez, gostariam de falar “sobre quanto tempo se tem para viver”, com seus entes queridos sobre “como poderia ser quando morrer” “sobre sua crença religiosa ou espiritual” e serem ouvidos pelo seu médico.

TEMÁTICA 3

Eutanásia passiva: um caminho possível

Essa temática apresenta a ideia de que aceitar a morte é permitido diante da inexorabilidade do fato e, apesar de não haver consenso, os médicos tendem a aceitar a eutanásia passiva (não investir mais na terapêutica).

Os pacientes que solicitaram a eutanásia eram portadores do câncer, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite e Acidente Vascular Cerebral.

Acredita-se que o paciente tem o direito de recusar o apoio à vida, sendo permitido que os pacientes morram por renúncia ou interrupção do tratamento, sendo eticamente diferente de ajudar no seu suicídio. Dessa forma a eutanásia passiva é considerada ética e moralmente aceitável.

Um estudo evidenciou que os médicos são favoráveis em utilizar a sedação, sendo considerada eticamente adequada sua utilização para aliviar a dor, mesmo que possa apressar a morte (não intencional). Já parte dos pacientes não gostaria de receber a sedação que os levassem à morte.

Alguns médicos afirmaram ter ignorado o pedido do paciente, outros disseram ter praticado a eutanásia passiva, outros ainda afirmaram terem em interrompido os fluidos, antibióticos, medicações e terem realizado intervenções mínimas.

Os enfermeiros estavam mais propensos a acreditar que os pacientes desejavam a reanimação. Entretanto, nem médicos nem enfermeiros conseguiram prever com precisão as preferências do paciente.

Na percepção dos profissionais, o paciente solicita a eutanásia por considerar que perdeu a dignidade, por se ver como um fardo para os outros, pela dor, pela dependência física e mental, pela perda do controle, pelo cansaço, pelo sentimento de desespero, medo e exaustão. Devido também ao desejo de controlar as circunstâncias da morte, ao desejo de morrer em casa, e ainda pela perda da independência e da dignidade.

TEMÁTICA 4

Barreiras e estratégias para a “boa morte”

Essa temática descreve os fatores que inviabilizam a qualidade no processo de morte e as estratégias para proporcionar uma boa morte ao paciente.

Foram apontadas como barreiras para a garantia da qualidade no processo de morrer: a educação médica inadequada sobre cuidados paliativos; a incerteza sobre a diferença entre a renúncia de suporte de vida e eutanásia ativa; a dificuldade dos profissionais em reconhecerem quando os pacientes estão morrendo; a associação da morte ao fracasso profissional; as restrições fiscais sobre a duração da estadia do paciente; o número de enfermeiros insuficientes para cuidar dos pacientes terminais; os entraves legais para a obtenção de prescrições de opioides e a filosofia dos cuidados paliativos sem vinculação com o sistema de saúde.

O desejo de proporcionar uma boa morte aos pacientes foi um assunto recorrente nos artigos analisados; a maioria das sugestões de melhoria incluía o desejo de garantir dignidade e paz aos indivíduos durante o processo de morte.

Foram citadas estratégias que possibilitam uma boa morte, tais como: não permitir que o paciente fique sozinho no momento de sua morte; controlar a dor; comunicar-se com o paciente com o reconhecimento dos

desejos de cuidados em fim de vida; promover a cessação de tratamento agressivo e comunicar eficazmente entre a equipe de cuidados de saúde. Além disso, foram sugeridas iniciativas educacionais para o público em geral e para profissionais, a fim de que o paciente não enfrente sozinho o processo de morte.

TEMÁTICA 5

Reações dos profissionais de saúde frente à morte e o morrer

Essa temática evidencia os sentimentos e reações dos profissionais da saúde frente à morte. O profissional entende a morte como um fracasso, o que desencadeia a sensação de impotência.

Muitos estudos evidenciam que os profissionais encaram a morte como um fracasso pessoal, provocado pela sensação de impotência, por não poder curar o paciente. O profissional sofre frente a impossibilidade de salvar a vida e também, em contra-partida por manter um tratamento hostil e agressivo.

Um dos temas mais abordados foi o luto vivido pelos profissionais frente a morte dos pacientes sob seus cuidados. Inúmeras reações e sensações foram descritas, tais como: perda de energia, fadiga, alterações psíquicas e físicas ou a combinação delas, respostas negativas para a atividade laboral, depressão, baixa autoestima, retração pessoal, queda na produtividade e incapacidade de suportar pressões. A manifestação do sentimento de perda estava relacionada com a existência do vínculo afetivo estando, muitas vezes, associado ao tempo de internação do paciente.

Menciona-se ser necessário que os profissionais tenham um suporte que os capacitem a lidar com o processo da morte e do morrer, sendo importante uma formação continuada sobre o tema e a formação de grupos terapêuticos nos setores de trabalho, para que tenham um espaço para compartilhar sentimentos e percepções com todos da equipe.

DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados descritos neste trabalho, pode-se verificar que a estrutura dos serviços e as práticas de cuidado da saúde parecem não responder adequa-

damente às necessidades da sociedade, exigindo iniciativas que uma garantam tomada de decisão adequada, além da criação e implantação de políticas inovadoras e criativas, evidenciando que somente os parâmetros jurídicos não bastam para auxiliá-los¹⁵.

O profissional precisa saber trabalhar com sua impotência e buscar o sentido do que faz frente ao paciente fora de possibilidade de cura. Outro aspecto importante é ter consciência dos conceitos, crenças e sentimentos que tem frente à terminalidade, pois caso não tenha uma elaboração clara sobre esses aspectos, terá dificuldade em conduzir uma morte digna de um paciente.

A comunicação sobre o diagnóstico e prognóstico desfavoráveis é um tópico bastante relevante, devendo o paciente receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados, ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconveniências das medidas propostas, bem como sobre a previsão de duração do tratamento¹⁶. A Lei No. 10.241/99, que normatiza os direitos do pacientes do Estado de São Paulo, reafirma a importância da comunicação entre equipe de saúde, paciente e família¹⁷.

A inadequada comunicação com a família e com o paciente traz insegurança e incompreensão, gerando desde a sensação de que “não se está fazendo de tudo para o paciente” até “estão exagerando” ou “forçando a barra”¹⁸. O estabelecimento de uma relação fundamentada na confiança e cumplicidade permitirá que o profissional, o paciente e a sua família possam conversar sobre aspectos técnicos sem desvincular os sentimentos e emoções.

Observa-se, pelos resultados desta pesquisa, que ao investigar sobre a distanásia, o tema eutanásia entra em pauta, indicando que os dois conceitos caminham lado a lado. O profissional, por temer a um processo legal ou por negligência, opta por continuar a obstinação terapêutica. Nota-se, também que, muitos profissionais são mais sensíveis à suspensão do tratamento, por vivenciarem o sofrimento humano daquele que está morrendo, ao mesmo tempo em que esses dilemas vivenciados pelos profissionais leva-os a buscarem uma boa morte ao paciente.

A “boa morte”, amplamente divulgada e debatida desde o início do movimento dos Cuidados Paliativos, aponta alguns aspectos importantes, entre eles¹⁹:

1. Saber quando a morte está chegando e compreender o que deve ser esperado;
2. Estar em condições de manter controle sobre o que ocorre;
3. Poder ter dignidade e privacidade;
4. Ter controle sobre o alívio da dor e demais sintomas;
5. Ter possibilidade de escolha e controle sobre o local da morte (na residência ou em outro local);
6. Ter acesso à informação e aos cuidados especializados de qualquer tipo que se façam necessários;
7. Ter acesso a todo tipo de suporte espiritual ou emocional, se solicitado;
8. Ter acesso a cuidados paliativos em qualquer local, não somente no hospital;
9. Ter controle sobre quem está presente e quem compartilha o final da vida;
10. Estar apto a decidir as diretivas que assegurem que seus direitos sejam respeitados;
11. Ter tempo para dizer adeus e para ter controle sobre outros aspectos;
12. Estar apto quando for o momento, de modo que a vida não seja prolongada indefinidamente.

CONCLUSÃO

Os profissionais vivenciam a prática da obstinação terapêutica devido à influência de vários fatores, tais como a falta de clareza conceitual sobre quando deixar de investir ou suspender à terapêutica; medo de processos jurídicos e a pressão da família. Destaca-se entre esses fatores a imaturidade emocional do profissional, quando não conhece seus sentimentos e emoções frente à terminalidade. Uma das estratégias para reverter esse quadro está na reflexão que o profissional precisa fazer em relação ao significado da morte para si, e a reformulação dos sentimentos desfavoráveis que possam existir nesse processo de autoconhecimento.

Não há consenso sobre a retirada ou sua suspensão do tratamento, ainda que existam regulamentações, leis e códigos. O melhor caminho para a tomada de decisão será definido a partir do diálogo, pois a comunicação, consequente de uma relação vincular e resultante de um processo comunicativo eficaz entre profissional, paciente e família, colocam a verdade e o respeito pela escolha do paciente como norteadores da decisão dos profissionais, diante do paciente sem possibilidade de cura.

REFERÊNCIAS

1. Ariès P. História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Alves; 1977.
2. Santos AL. Direitos e dúvidas postos pelas decisões de tratar e de não tratar. In: Bem da pessoa e bem comum: um desafio à bioética. Centro de Estudo de Bioética (C.E.B). Gráfica de Coimbra; 1998.
3. Spíndola T, Macedo MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. Rev Bras Enferm. 1994;47(2):108-17.
4. Cheida MLC, Christófolli DAS. A equipe de enfermagem frente à problemática da assistência individualizada ao paciente terminal. Rev Bras Enferm. Jul/Dez 1984;37(3/4):165-73.
5. Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. São Paulo: ETR; 1999.
6. Pereira de Melo CCC. Vivência de enfermeiras diante da dor, sofrimento e morte no seu cotidiano de trabalho [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000.
7. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Rev Bioét. 1993;1(2):129-38.
8. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. 8a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
9. Silva KS, Ribeiro RG, Kruse MHL. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? Rev Bras Enferm. Maio/Jun 2009;62(3):451-6.
10. Martins EL, et al. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. Rev Bras Enferm. Jan/Mar 1999;52(1):105-17.
11. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2000.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. Out/Dez 2008;17(4):758-64.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? Einstein. São Paulo 2010; 8(1Pt1):102-6.
14. Martinato MCNB, Severo DF, Marchand EAA, Siqueira HCH. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. Mar 2010;31(1):160-6.

15. Padilha MICS, et al. Significados das práticas de não cuidados na visão dos clientes hospitalares. Rev Bras Enferm. Dez 2004;57(6).
 16. Malagutti W. Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Rubio; 2007. 213p.
 17. Brasil. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde [acessado 28 Set 2008]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>
 18. Pessini, L. Eutanásia: por que abreviar a vida? São Paulo: Edições Loyola; 2004. 376p.
 19. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ; 2004.
-

Recebido em: 9 de julho de 2011.
Versão atualizada em: 26 de julho de 2011.
Aprovado em: 19 de agosto de 2011.