

ENTRE A VIDA ENFERMA E A MORTE SADIA: A ORTOTANÁSIA NA VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

BETWEEN SICK LIFE AND HEALTHY DEATH: ORTHOTANASIA IN THE EXPERIENCE OF NURSES IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ENTRE LA VIDA ENFERMA Y LA MUERTE SALUDABLE: ORTOTANÁSIA EN LA EXPERIENCIA DE ENFERMEROS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Silvana Bastos Cogo Bisogno¹
Alberto Manuel Quintana²
Valéri Pereira Camargo³

RESUMO

Considerando que a ortotanásia diz respeito a um termo por vezes controverso e com insuficientes discussões éticas e jurídicas, realizou-se uma pesquisa objetivando conhecer a percepção de profissionais enfermeiros sobre essa prática no contexto hospitalar. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, pautada na abordagem qualitativa, desenvolvido em uma UTI adulto de um Hospital público do Rio Grande do Sul, tendo sido entrevistadas cinco enfermeiras. Optou-se pela entrevista semidirigida, realizada de janeiro a março de 2008. Os cuidados relacionados aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram devidamente cumpridos. Após a análise de conteúdo, emergiram as categorias: é o médico quem decide; o paciente não é investível; a participação dos familiares; o morrer com dignidade; e a ortotanásia oculta. Tratar do assunto da ortotanásia é uma tentativa de contextualizar sua existência e atuação diante de uma rotina que tenta escondê-la ou mascará-la, justamente pelo fato de não existir amparos para sua prática, tanto da jurisdição legal como da própria medicina. A ortotanásia, dita nova, é, na verdade, uma antiga prática instalada no ambiente hospitalar e que, de acordo com os profissionais entrevistados, é uma possibilidade viável de tratar a morte como um processo irremediável e constante, de forma a contrapor-se ao prolongamento do sofrimento humano. Acredita-se que os profissionais envolvidos na assistência a UTI devem ser estimulados a participar de espaços que lhes possibilitem uma abertura aos assuntos relacionados à morte, já que falando sobre ela pode-se, aos poucos, desestigmatizá-la e passar a encará-la sob nova forma.

Palavras-chave: Enfermeiro; Morte; Direito a Morrer.

ABSTRACT

Considering that passive euthanasia is a controversial term with insufficient ethical and legal debates, a research was carried out aiming to know the perception of professional nurses about such practice in the hospital context. It is an exploratory research, based on a qualitative approach, developed in an adult ICU of a public hospital in the state of Rio Grande do Sul, through interviews with five nurses. Semi-directed interviews were conducted from January to March 2008. Ethical aspects involved in the research were appropriately observed. After content analysis, the following categories emerged: the doctor decides; patient is not worth investing the effort; the family participation; death with dignity; and hidden passive euthanasia. Dealing with such a theme as passive euthanasia is an attempt to contextualize its existence and its practice, considering a routine that tries to hide or to mask it, since there is no legal or medical support to its practice. Even though passive euthanasia is considered a new subject, it is, in fact, an ancient practice which takes place in the hospital environment. According to the professionals who were interviewed, it is a viable possibility to treat death as a constant and irremediable process opposed to the extension of human suffering. Professionals involved on ICU assistance should be encouraged to participate in discussions on themes related to death, since talking about it helps to gradually de-stigmatize it and face it in a new way.

Key words: Nurse; Death; Right to Die.

RESUMEN

Considerando que la ortatanasia es un término bastante controvertido y con no suficientes discusiones éticas y jurídicas, se realizó una investigación con el objetivo de conocer la percepción de enfermeros profesionales sobre la práctica de la ortatanasia dentro del contexto hospitalario. Se trata de una investigación exploratoria con enfoque cualitativo realizada en un Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) adulto de un hospital público del Estado de Rio Grande del Sur, habiendo sido entrevistadas cinco enfermeras. Se optó por entrevistas semiestructuradas realizadas de enero a marzo de 2008. Los aspectos éticos involucrados en la investigación fueron debidamente respetados. Después de realizar el análisis de contenido emergieron las siguientes categorías: el médico es quien decide; el paciente no merece el

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem do Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande de Sul (CESNORS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Núcleo de Pesquisas Interdisciplinares em Saúde (NEIS).

² Psicólogo. Doutor em Ciências Sociais (Antropologia Clínica). Professor Associado do Departamento de Psicologia e dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia (Mestrado) e Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) da UFSM. Coordenador do Núcleo de Pesquisas Interdisciplinares em Saúde (NEIS).

³ Psicóloga, Mestranda em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, Bolsista CAPES/REUNI. Membro do Núcleo de Pesquisas Interdisciplinares em Saúde (NEIS). Endereço para correspondência – Silvana Bastos Cogo Bisogno: Visconde de Ferreira Pinto, 434, Bairro Itararé, Santa Maria, RS. E-mail: silvanabisogno@yahoo.com.br.

esfuerzo invertido en él; la participación de los familiares; el morir con dignidad; y la ortotanasia escondida. Así, tratar del asunto ortotanasia es un intento de contextualizar su existencia y actuación frente a una rutina que trata de ocultarla y mascararla, justamente por el hecho de no existir amparos para su práctica, tanto de la jurisdicción legal como de la propia medicina. La llamada nueva ortotanasia es, en realidad, una antigua práctica instalada en el ambiente hospitalario y que, de acuerdo con los profesionales entrevistados, es una posibilidad viable de tratar la muerte como un proceso irremediable y constante, de forma contraponerse al prolongamiento del sufrimiento humano. Los profesionales involucrados en la asistencia en CTI deberían ser estimulados a participar de espacios que les permitan debatir asuntos relacionados a la muerte puesto que hablando sobre ella se la puede, poco a poco, desestigmatizar y comenzar a encarar de otra forma.

Palabras clave: Enfermero; Muerte; Derecho a Morir.

INTRODUÇÃO

As ciências biomédicas desenvolvem-se constantemente, oferecendo oportunidades para melhorias no atendimento à saúde. Isso é evidenciado em virtude do aumento da perspectiva de vida populacional e incrementos na qualidade de vida. Os benefícios foram alcançados, também, graças à erradicação de males e prevenção de doenças.¹ Entretanto, paralelamente aos benefícios, os conhecimentos ofertados pela ciência podem também corroborar com riscos à população, explicitados em excessos nos procedimentos técnicos cometidos pelos profissionais. Tais excessos podem comprometer o livre-arbítrio do paciente e sua autonomia, deixando a cargo de outrem as decisões sobre a aplicação ou suspensão de um instrumento ou método terapêutico.

Os deveres e os limites dos profissionais da saúde sobre o uso, ou não, de técnicas em seus pacientes são aspectos que apontam a necessidade de discussões éticas e jurídicas, que podem auxiliar na identificação das possíveis limitações para as intervenções. Visando contemplar tais questões, a bioética – campo de estudos entre as diferentes disciplinas vinculadas às ciências da vida – tem se dedicado às discussões éticas. Os limites jurídicos têm sido buscados nos princípios e direitos fundamentais, considerando, prioritariamente, o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. Inexistem, no momento, leis específicas à temática explicitando a insuficiência dos aportes teóricos tradicionais.²

Atualmente, dentre as muitas discussões realizadas na sociedade brasileira sobre o assunto, destaca-se a que se relaciona à atenção aos pacientes terminais. Denomina-se terminal aqueles pacientes que estão fora das possibilidades terapêuticas, em processo de morte irreversível. A principal questão em tal contexto é a possibilidade de propiciar uma morte digna ao paciente, e é esse o momento que surge a menção à ortotanásia.

A palavra "ortotanásia", construída com base em uma proliferação vocabular, suscita muitas dúvidas e equívocos. As ambiguidades surgem dos conceitos empregados, que, conforme a cronologia e mesmo a compreensão do autor que o utiliza, podem modificar seu sentido. Etimologicamente, o termo significa "morte correta" (*orto*: certo, *thanatos*: morte). Assim, nomeia-se ortotanásia "o não prolongamento artificial

do processo de morte além do que já seria o processo natural, feito, entretanto, com intervenção médica"^{3:287}

A ortotanásia serviria para evitar a distanásia, que, por sua vez, "dedica-se a prolongar, ao máximo, a quantidade de vida humana, combatendo a morte como grande e última inimiga"^{4:39}

De acordo com a Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006, do Conselho Federal de Medicina (CFM), a prática da ortotanásia é autorizada. A resolução determina que, na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente. Objetiva-se garantir os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitando a vontade do paciente ou de seu representante legal.⁵ Determina, ainda, essa resolução que o médico é obrigado a esclarecer ao doente ou ao seu representante legal os tipos de terapia apropriados a cada situação. Se houver consentimento de todos, a decisão de limitar ou suspender os procedimentos e tratamentos deve ser registrada no prontuário do paciente.

No Brasil, o conceito de ortotanásia não significa tirar a vida de um ser humano, mas assegurar-lhe o direito de morrer com dignidade – diferentemente da eutanásia. Referida, muitas vezes, pela classe médica como ato legal e livre de ilegítimo, a ortotanásia, porém, é cercada de contradições e dúvidas referentes à sua real licitude em nível jurídico, impondo aos profissionais da área da saúde temores nas decisões que envolvem os limites de suporte de vida. Cabe salientar que, apesar de a prática da ortotanásia ser específica da medicina, há uma equipe multidisciplinar, dentre os quais profissionais da enfermagem, que se encontra também próxima do paciente na iminência da morte.

Em diversas reflexões e estudos tem-se enfatizado a operacionalização da ortotanásia nos pacientes em fase terminal, mas ainda são muitas as dúvidas que imperam na prática. Esse fato acaba impossibilitando uma aplicação da prática com menos dilemas éticos, legais, religiosos, culturais ou sociais. A reflexão em torno da temática torna-se imprescindível para que se pense e atue em prol da valorização da atenção integral ao paciente, considerando a qualidade de vida e a dignidade humana, contrapostas ao prolongamento do processo da morte com a utilização da tecnologia disponível.

A garantia de um desfecho de vida com dignidade é a possibilidade diante de uma doença sem perspectiva de cura. Dessa forma, a prioridade do fazer técnico estaria centrada no cuidar, não em buscar a cura incessantemente, justamente porque as evidências de que a morte se aproxima não afastam a necessidade de cuidados especiais.

Os cuidados paliativos, que dizem respeito à minimização dos sintomas e não à busca da cura, são meios pelos quais se reúnem esforços na tentativa de atenuar o sofrimento dos sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, fatores comuns nas doenças potencialmente incuráveis. A filosofia dos cuidados paliativos tem como método operacionalizar, na prática, a visão da ortotanásia: do morrer com dignidade, em paz, cercado de amor e ternura, sem abreviação de vida ou prolongamento artificial.⁶

Dessa forma, considerando que ortotanásia diz respeito a um termo por vezes controverso, ambíguo e com insuficientes discussões éticas e jurídicas, realizou-se uma pesquisa objetivando conhecer a percepção de profissionais enfermeiros sobre essa prática no contexto hospitalar. A proposta de estudo foi realizar uma aproximação do significado atribuído por enfermeiros de um hospital público da região Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul-RS, Brasil, em relação aos limites impostos no final da vida aos pacientes considerados terminais, relacionando com a prática da ortotanásia e ainda a maneira como influencia na atuação profissional.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório pautada na abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) adulto de um Hospital público de uma cidade localizada no interior do Rio Grande do Sul. Os sujeitos da pesquisa foram definidos com base em uma amostra intencional sendo que o número de participantes foi determinada pelo critério de saturação da amostra.⁷ Foram entrevistadas cinco enfermeiras que atuam na UTI, que, voluntariamente, aceitaram participar da pesquisa. Antes do início da coleta dos dados, foram explicitados os objetivos do estudo e também assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Optou-se por realizar a coleta dos dados por meio de entrevista semidirigida, e para norteá-las foram elaboradas algumas proposições. Os eixos orientadores da investigação foram: paciente em fase terminal; o morrer com dignidade; as siglas “se parar parou” (SPP) e “sem indicação de reanimação” (SIR); a morte e o morrer; as experiências na UTI; os cuidados paliativos, a ortotanásia, a eutanásia e a morte do paciente.

O período de coleta das informações com os profissionais ocorreu durante três meses ininterruptos, de janeiro a março de 2008, sendo as entrevistas realizadas em local reservado de forma a proporcionar privacidade

aos sujeitos da pesquisa. As falas foram registradas em gravador digital e os nomes, substituídos por códigos (o código ENF para os enfermeiros, seguidos de uma numeração de 1 a 5). A duração das entrevistas foi de 50 minutos, em média.

Depois de realizadas as entrevistas, as gravações foram transcritas imediatamente, visando manter a integralidade das falas. Saliente-se que, antes da utilização definitiva da entrevista, o participante teve disponível a transcrição realizada pela pesquisadora, para certificar-se do que realmente estava sendo considerado na fala do entrevistado e para evitar equívocos.

Após a realização e transcrição das entrevistas, a fim de buscar elementos para a compreensão, os achados foram analisados qualitativamente por meio da análise de conteúdo, especificamente a análise temática.⁸ A operacionalização da análise temática organizou-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.^{8,9}

Saliente-se, ainda, que todos os cuidados relacionados aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram devidamente observados desde o primeiro momento. Com isso, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), conforme previsto pela Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, para a realização de pesquisa com seres humanos.¹⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com as informações obtidas na coleta de dados, realizou-se a análise do conteúdo temático. Com base na análise, foram definidas categorias para os conteúdos emergentes das falas dos entrevistados, sendo elas: É o médico quem decide!; O paciente não é investível; A participação dos familiares; O morrer com dignidade; e a Ortotanásia oculta.

É o médico quem decide!

A UTI é um local de trabalho complexo e intenso, tornando necessário que o enfermeiro esteja preparado para atuar em qualquer momento e circunstância. Diante do emaranhado de situações que são propiciadas nesta unidade, o enfermeiro, como principal ator no cuidado do paciente, experimenta diversas sensações que podem repercutir e influenciar diretamente nas ações de assistência. Por exemplo, a presença iminente do processo de morrer do paciente, que pode mobilizar sentimentos intensos do profissional de saúde, vinculados a medos, inseguranças e temores relacionados ao estigma social da morte. Assim, o modo como se encara a morte “traz informações importantes para compreender rituais e formas de seu enfrentamento, presentes na vida das pessoas, e que é base inicial e fundamental na lida cotidiana com a morte”.^{11:27}

Quando são mencionados os assuntos relativos às decisões da limitação de tratamentos de suporte em pacientes com doenças terminais, as incertezas para

os profissionais são inúmeras e sempre acompanhadas de dúvidas e angústias pessoais. Assim, os enfermeiros enunciam que não é possível delimitar uma sincronia de conduta perante todos os profissionais, diante das situações impostas na UTI. Nesse contexto, as ações podem se tornar isoladas e as decisões médicas, em diversos momentos, por não seguirem uma conduta unânime, contribuem para as indecisões dos enfermeiros diante das situações que envolvem o fim da vida. Ainda, é percebido certo desconforto, por parte dos enfermeiros, em virtude da não participação nos processos decisórios:

Não existe uma unanimidade de dizer que se o paciente parar não vamos investir. Na hora da parada, decidem que vamos fazer a reanimação, caso parar novamente não se reanima mais, mas se parou aquela vez reanimaram e não parou mais. (ENF 1)

Já vivenciei situações onde a enfermagem acha que não deve mais investir, mas aquele residente acha que deve investir, se parar vamos investir; mas quem está 24 horas com o paciente é a enfermagem, então pode acontecer, não vou dizer que acontece, de um paciente parar e a enfermagem fingir que não viu, pode parar e a enfermeira e o técnico fazerem um pacto de se, parou, se alguém ver, alguém viu, daí dá cinco minutos e avisa o plantão. (ENF 2)

Alguém chega e diz para suspender a medicação e outro chega e diz para investir e daí prescreve e tem que se fazer. Eu não posso dizer que não vou fazer ou que o anterior disse que estava suspenso e que não iria mais investir, e daí passa no outro dia o paciente já é investível. e então, é o tipo da coisa que é muito difícil. (ENF 4)

A tomada de decisão sobre a limitação terapêutica deveria passar por uma ampla discussão e por um processo de racionalização. Deveriam ser considerados critérios cognitivos da doença, critérios objetivos e subjetivos da homeostase do paciente, naquele momento, para aquela doença, no contexto familiar e social.¹ As decisões parecem ser permeadas por falta de critérios objetivos diante das situações-problema que se apresentam, ou seja, parecem serem realizadas em razão das concepções individuais de cada profissional. Diante disso, a enfermagem, por diversos momentos, pode consentir e não discutir a decisão tomada única e exclusivamente pelo médico ou pela equipe médica.

As ações e discussões na área da saúde não deveriam se resumir a apenas um profissional da equipe, mas, sim, envolver uma série deles. Ao contrário, torna-se difícil trabalhar em equipe, sendo necessária a integração entre os profissionais. A esse respeito, é prioritário enfatizar a importância do cuidado que deve estar presente quanto a papéis dos profissionais e também a um relacionamento de mútuo, respeito, confiança, interesse, preocupação e apoio de pessoas entre si.¹² A enfermagem, como integrante essencial da equipe de saúde, parece permanecer, por vezes, isolada do processo integral de atenção ao paciente o que repercute na assistência.

É imprescindível o alerta para a necessidade de interação de profissionais da saúde na UTI, pois o que se percebe é uma desvirtuação de condutas diante das situações-problema no ambiente de trabalho. Deve-se considerar, ainda, que a perspectiva é de mudanças nas relações, porém é necessário empenhar-se para que as alterações ocorram com o objetivo único de atender com qualidade o paciente que está na dependência desses profissionais.

O paciente não é investível

O assunto vida e morte despertam imprecisão nos indivíduos, pois não se sabe quando realmente a vida termina. Questiona-se qual é o limite que deve ser estabelecido, ou quando poderá ser propiciada uma morte tranquila, no tempo certo, sem abreviação e nem mesmo o prolongamento da vida e do sofrimento humano. O ambiente hospitalar, especificamente a UTI, suscita essa dúvida, pois o que se sabe é que, a partir de meados deste século, convencionou-se que o lugar para morrer é o hospital, mais precisamente a UTI.¹³

É necessária muita cautela na assistência prestada aos pacientes com provável diagnóstico de terminal, sendo indubitavelmente um processo lento que deve ser preparado de maneira gradativa com a equipe multiprofissional e, prioritariamente, com o paciente e os familiares. Assim, qualquer que seja o entendimento da equipe em relação a um paciente terminal, é correto que toda conduta seja discutida com a família e, quando possível, com o próprio paciente, levando em conta o que é melhor para assisti-lo e confortá-lo.¹⁴ Diante desses apontamentos, é indispensável salientar como os profissionais enfermeiros consideram e determinam o paciente terminal no seu ambiente de trabalho:

É o paciente que não é muito investível, você investe nele, a gente investe, mas só que não tem muitos resultados, ele não progride e o paciente que fica ali e nada. Só com um milagre. (ENF 3)

É aquele paciente que não se tem mais nada o que fazer, você está investindo, mas o paciente não vai mais sobreviver àquela situação, não vai sair daquela situação é muito difícil que saia, ou se sair vai se prolongar um pouquinho e vai morrer. (ENF 4)

É aquele que só vai evoluir pro óbito [...], por maior que seja cuidado não vai surtir efeito nenhum, e às vezes até se tenta durante um tempo, mas o paciente não responde. (ENF 5)

Na teoria, é possível um conceito que defina o paciente terminal, já na prática a tal definição é difícil, já que, muitas vezes, a valorização e a manutenção da vida no ambiente hospitalar sobrepõem-se à morte. Embora os profissionais da saúde reconheçam a existência da iminência da morte nos pacientes terminais, espera-se que este possa reverter o quadro clínico e recuperar-se. Na verdade, o que se espera é a recuperação plena, e, dessa forma, a vontade dos profissionais parece estar além dos limites do corpo do enfermo. Em decorrência

disso, torna-se difícil denominar quem vive e quem morre, até mesmo porque é arbitrária a própria determinação do que é terminal ou não.

O paciente terminal seria o que não é investível, ou seja, não teria chances de recuperação. No entanto, conforme as entrevistadas, embora os enfermeiros reconheçam os conceitos, a aplicação deles é pouco difundida em virtude, provavelmente, das incertezas que norteiam esta temática. Um fator determinante está embasado nas incertezas da equipe médica de como atuar diante do paciente. Em síntese, a determinação de paciente terminal necessita ser amplamente discutida em âmbito multiprofissional. Dessa maneira, poderá ser proporcionado aos pacientes, na iminência da morte, um final com dignidade e com respeito à sua autonomia, bem como à dos seus familiares, considerando-se que o paciente terminal encontra-se em processo de morte inevitável, portanto, não há meios disponíveis para salvá-lo.¹⁵

Assim, o aprofundamento da questão do trabalho interdisciplinar e a necessidade de a equipe, juntamente com a família, assumir essa decisão ajudariam, por um lado, a uma tomada de decisão mais fundamentada em preceitos éticos, legais e, por outro, a responsabilidade da decisão não recairia somente sobre uma pessoa.

A participação dos familiares

Na UTI, a consideração e o apoio aos familiares dos pacientes terminais é um fator que necessita da atenção dos profissionais da saúde. O cuidado dos familiares é uma das partes mais importantes do cuidado global dos pacientes internados nas UTIs. Considerando que diante de um paciente terminal em que as perspectivas de recuperação são muito improváveis, essa face do cuidado assume uma importância ainda maior, pois, na maioria das vezes, o paciente não estará desperto e será preciso lidar e cuidar dos seus familiares.¹⁶

Por considerar que muitos dos sentimentos da família podem ser direcionados à equipe de saúde, tais como raiva e rancor, surge a importância de a equipe estar preparada para entender essas reações. Dessa forma, a comunicação aberta, também entre familiares, e o ambiente de cuidado e as relações de cuidado na instituição favorecerão para que a família (e paciente) se sinta mais segura e confiante.¹²

É possível afirmar que, para que a família cumpra seu papel de dar suporte à situação vivenciada pelo paciente, ela também precisa de suporte nas suas necessidades físicas e emocionais.¹⁷ Quanto mais a situação for de conforto e confiança, mais a experiência pode ser positiva, não se esquecendo dos gestos de atenção e cuidado. A atuação da família nas decisões sobre as condutas de tratamento do paciente é essencial, considerando sua responsabilidade sobre ele.

O respeito ao paciente e à sua família é imprescindível, pois há situações em que, dada a evolução da doença, não há razão para causar mais desconforto ao paciente, o que

implica o conhecimento dos familiares sobre o problema como elemento fundamental.⁴ Com relação às decisões de condutas de investimentos e limitações de suporte de vida, seguem-se as exposições que exemplificam a dificuldade de relação com os familiares:

Tem uns que dizem que não vamos fazer mais nada, mas realmente quando vai se agravando daí depois de passar uma semana, no oitavo dia eles pedem para investir. (ENF 1)

A gente não informa a família, mas geralmente os médicos conversam e a família decide, porque, às vezes, acontece de alguns da família não quererem que reanimem, ou que não seja investido e outros querem, e daí, como a gente fica? (ENF 4)

Metade da família queria e a outra não queria, então a primeira metade que falou com o médico não queria mais intervir, e o médico suspendeu os antibióticos, só manteve a sedação e a nutrição para não ter desnutrição. Depois de mais ou menos duas semanas, que ela estava sem resposta e tava piorando o quadro infeccioso, daí chegou a outra metade da família e diz: 'Tá, e aí não vão fazer nada, doutor tem que fazer tudo que pode, tudo que a ciência tiver tem que investir', e daí como é que fica? Daí foi conversado e chamando todos da família para ver o que realmente se queria. (ENF 5)

A decisão, na maioria dos casos, deveria caber aos familiares. Contudo, comumente, as decisões continuam sendo isoladas, ou seja, cada médico decide diante da situação que se apresenta. Entretanto, existe, ainda, o risco da iminência da morte, em que os familiares optam por manter os equipamentos ligados, mesmo sabendo que o paciente não tem chance de viver e se curar. Nesse contexto, surge a dúvida comum: como assegurar que o paciente não terá volta, já que poderia existir um milagre? De fato, é necessária muita compreensão por parte dos familiares e um relacionamento de confiança com a equipe multiprofissional para que possam tomar a decisão adequada, livre de qualquer tipo de arrependimento e imposição de culpa.¹⁸ Assim, a iminência da morte pode fazer com que cada um aja de maneira distinta, com o intuito de conservar a vida, embora se reconheça a presença inevitável da morte.

É imprescindível considerar o paciente na sua totalidade: além de seu corpo e mente, sua família. Devem ser considerados os aspectos de afeto e relacionamentos do paciente: sua vida. Ajudar o paciente e sua família a entrarem em sintonia com suas necessidades recíprocas e chegarem juntos a uma aceitação de uma realidade inexorável evitaria muita agonia e sofrimentos desnecessários por parte do doente, e mais ainda por parte da família.¹⁸ Diante dessa realidade, se a família do paciente terminal não for devidamente considerada, não poderá ser ajudada com eficácia.

No período da doença, os familiares desempenham papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente,¹⁸ entretanto não existe uma ação única e determinada de abordagem familiar. Ainda, a enfermagem, com suas competências

específicas, não pode assumir o dever de outros profissionais. A esse respeito, o que pode ser considerado é uma linguagem própria e harmônica e que não suscite dúvidas diante dos diferentes questionamentos que o ambiente hospitalar estimula para quem assiste familiar em condições, muitas vezes, desoladora.

O morrer com dignidade

Madre Tereza de Calcutá recolhia os moribundos da rua e os levava para que pudessem morrer com dignidade,^{19:170} principiando um olhar diferenciado aos enfermos e mostrando que o cuidado aos mais necessitados deve ser visto com respeito e dignidade. Atualmente, a morte digna é considerada um direito imprescindível e pautada pelo princípio básico da autonomia: o direito de escolha.

A UTI, entretanto, por acolher pacientes crônicos e que muitas vezes permanecem sedados e com dificuldade de comunicação, pode não fornecer ao enfermo condições para o exercício do seu direito de escolher o tipo de tratamento e de participar ativamente na escolha da condução de sua vida. Em face disso, a consideração da dignidade do ser humano fica, por diversos momentos, atrelada ao seu representante legal, obviamente, quando esse é consultado. Esse representante pode auxiliar a equipe multiprofissional na decisão sobre a melhor conduta no tratamento ou palição. Nessa situação, o paciente fica inerte, ou seja, dependente da decisão de um responsável com quem, por vezes, não possui vínculo ou laços de afinidade.

Durante as entrevistas, a menção sobre o morrer com dignidade foi acompanhada de dúvidas e angústias, pois, por momentos, os profissionais consideravam-na como impossível no ambiente da UTI. Dessa forma, os enfermeiros apresentavam dificuldade em enumerar os meios sobre o que era realmente propiciar a morte digna ao paciente, já que essa é uma especialidade que os atende em sua vulnerabilidade máxima. Diante dos diferentes posicionamentos, as evidências apontam que os profissionais enfermeiros foram unânimes em considerar a dor como algo que deve ser combatido a todo o momento, considerando os métodos analgésicos, utilizados nos dias atuais, como alternativa plausível quando se considera o morrer com dignidade associada à redução do sofrimento. Em algumas declarações ilustra-se essa referência:

Na minha visão, acho que é digno o momento que ele está sedado, que aí a gente acredita que se ele estiver sedado ou analgésico, ao menos dor ele não terá [...]. A gente se detém bastante nessa parte de humanização em UTI. (ENF 1)

Morrer com dignidade seria 100% da assistência e quando a família pode ficar o máximo de tempo junto ao corpo, quando o paciente morre sem sentir dor, quando ele fica ali e durante este processo de morrer ele não sentiu dor, ele estava sedado e com analgesia correta. (ENF 2)

Eu cuido do paciente como eu gostaria de ser cuidada, sabe, então eu procuro fazer o máximo que eu posso pelo paciente [...]. Mesmo que a morte seja iminente, eu acho que neste finalzinho alguma coisa tem que se fazer, não pode deixar a pessoa sofrer. Eu, no caso, tenho aversão à dor e comigo ninguém pode sentir dor; para mim eu não quero que ninguém sinta dor, porque eu não gosto de sentir dor. (ENF 5)

Importante destacar que a dor referida pelos profissionais enfermeiros está relacionada à dor física, não à dor emocional do paciente por encontrar-se distante dos amigos, familiares, ou por estar em um ambiente desconhecido e distante da sua realidade habitual. Nesse sentido, a doença e, por conseguinte, a hospitalização resultam em uma “experiência ímpar e há várias situações que só quem as vivencia compreende. A experiência da dor é uma delas: a dor é única, indecifrável, intransferível e tremendamente solitária”.^{12:164}

Nesse contexto, fazer com que o paciente terminal morra de forma digna é, conforme os profissionais enfermeiros, considerar o paciente como um todo, ou seja, atendê-lo de maneira integral. Dessa maneira, os entrevistados consideram que a morte só poderá ser considerada digna com a ausência da dor, a não utilização dos meios extraordinários que prolongam o sofrimento e a presença da família. A esse respeito, embora suas vivências externem os significados a fim de propiciar a morte digna, seria conveniente uma rotina que atendesse o paciente sem expectativas de cura em suas maiores necessidades, o que deve ser esperado por quem tem de permanecer durante um longo tempo na UTI.

O morrer com dignidade é uma das premissas consideradas indispensáveis na contextualização da ortotanásia. Na filosofia dos cuidados paliativos procura-se operacionalizar na prática essa visão da ortotanásia, ou seja, do morrer em paz, cercado de amor, de ternura, sem abreviação de vida ou o prolongamento artificial dela.^{6:203} Pode-se dizer que o assunto suscita indagações por parte de quem assiste os pacientes, os profissionais, os familiares e a sociedade. Estar num ambiente hospitalar como paciente ou como familiar, com base nas realidades vivenciadas, é debilitante e desperta um sentimento de impotência. Diante disso, os profissionais são a âncora que procuram fazer da sua assistência o melhor para o paciente e familiar que estão à mercê de seus cuidados.

A ortotanásia oculta

A realização da ortotanásia no ambiente hospitalar, na visão dos enfermeiros, é o reflexo de uma ação médica destinada a paliar o sofrimento do paciente terminal e, assim, propiciar a morte no momento certo, com a convivência da enfermagem. Torna-se, assim, uma prática oculta. É executada, mas a palavra “ortotanásia” é substituída por outras expressões – por exemplo, a determinação de que o paciente não é investível, a não realização da RCR, a redução de procedimentos e medicamentos, ou, ainda, deixar seguir o fluxo natural.

A determinação conceitual não é explícita como ortotanásia, até mesmo porque os profissionais enfermeiros entrevistados, em sua maioria, não possuem um conhecimento conceitual de seu significado. O termo não faz parte do universo simbólico desses profissionais. No entanto, os enfermeiros reconhecem que se trata de um assunto polêmico e que suscita nuances diversas. Isso porque a palavra ortotanásia está muito associada à questão da eutanásia, que é motivo de discussão em diversos meios, seja entre cientistas sociais, seja entre advogados, médicos e outros.

A menção à ortotanásia, diferentemente da eutanásia, é sensível ao processo de humanização da morte e alívio das dores. Não incorre em prolongamentos abusivos, com a aplicação de meios desproporcionados, que imporiam sofrimentos adicionais. Contudo, sua apropriação aparece de forma discreta e amedrontada. Alguns autores até mesmo se recusam a denominar a retirada de mecanismos de sustentação artificial da vida ou dos meios extraordinários de tratamento como ortotanásia ou eutanásia passiva. Preferem classificá-la simplesmente como “recusa de tratamento”, haja vista a carga emocional e moral que o conceito de eutanásia carrega consigo²⁰:

Eu já vivenciei a ortotanásia. Ela acontece, nas não recebo o nome, não é intitulada, simplesmente acontece, e se a gente vai ler e se informar a gente vê que o que está acontecendo é a ortotanásia. Geralmente, quando eu vivencio isso, eu converso com o médico e questiono se isso o que está acontecendo é a ortotanásia, então eu procuro conversar bastante com a equipe médica. Eu acho que o nosso trabalho é em equipe, então tem que se entender e conversar. (ENF 5)

Seria quando é autorizado para pacientes terminais [...]. A gente não usa este termo, e quando se comenta que deu, foi tudo; agora deu e não tem mais condições, ninguém diz que agora será feito a eutanásia, ou a ortotanásia; agora é como se todos falassem em deixar a coisa seguir o fluxo natural, agora vamos seguir o fluxo natural. (ENF 2)

Não tomar uma conduta, além daqueles que já está sendo feita; digamos que ele tenha uma prescrição básica com algumas medicações prescritas, como dipirona, bromoprida [...]; e, então, o não investir dele seria o não acrescentar nada, mas também não tirar. (ENF 1)

Acredita-se que a ortotanásia não seja um termo explícito em virtude dos receios quanto a punições legais, bem como os rastros estigmatizados deixados na história, que confundem e denigrem a sua real utilização no meio hospitalar. O tema da eutanásia está repleto de sutilezas argumentativas, que procuram diferenciar, como o exercício de um direito fundamental, do extermínio praticado pela medicina nazista, no qual idosos e deficientes foram arbitrariamente assassinados.²⁰ Ainda conforme os autores supracitados, o objetivo é fazer da eutanásia, seja ela passiva, seja ativa, o resultado de um processo livre e informado, por isso deve ser compreendida como um direito fundamental amparado nos princípios éticos da autonomia e da dignidade.

O avanço biomédico e, em especial, as técnicas paliativas trouxeram à cena do debate não somente as discussões sobre a existência ou não de um suposto direito de escolher o momento da morte, mas, evidentemente, o tema dos tratamentos extraordinários que podem estender indefinidamente a vida, impedindo que as pessoas efetivamente morram.²⁰ Diante de tais posicionamentos, fica evidente o distanciamento que se pretende dar à cura e considerar estritamente o cuidado. O cuidar pressupõe ao paciente terminal dignidade; o curar, o custo de uma parafernália tecnologia, é sinônimo de sofrimento.

Assim, com base nos cuidados de conforto, espera-se que os pacientes tenham condições de viver a vida da maneira como está imposta e que juntamente seja propiciado tanto ao enfermo quanto aos seus familiares a possibilidade de uma morte com menos preconceitos, angústias, arrependimentos e sentimentos mais diversos que poderiam dificultar a aceitação e o enfrentamento do processo de morte que é iminente.

CONCLUSÃO

Tratar sobre o assunto da ortotanásia é contextualizar sua atuação diante da dinâmica de uma rotina que tenta mascarar-la, justamente pelo fato de não existir amparos para sua prática das diferentes áreas, seja ela da própria medicina, seja da jurisdição legal. De fato, a ortotanásia é dita nova, porém é uma antiga perspectiva que se instala no ambiente hospitalar e que foi percebida pelos profissionais entrevistados como a possibilidade viável de tratar a morte como um processo irremediável e constante, de forma a contrapor o prolongamento do sofrimento humano.

A ortotanásia, presente no ambiente hospitalar, é reconhecida pelos enfermeiros entrevistados como prática ativa, porém são reconhecidos os entraves em torno de sua aplicabilidade. Embora seja prática constante, o termo não é utilizado pelos profissionais, pois acreditam que suscite dúvidas quanto à questão terminológica, já que ligam o termo à eutanásia.

Assim, ao analisar as vivências dos enfermeiros, foi possível perceber que existem dois extremos: o reconhecimento da iminência da morte e, na outra ponta, a possibilidade de viver o processo da morte. Assim, há diversas discussões até chegar a um único objetivo dos profissionais que exercem a ortotanásia: a possibilidade de não realizar a RCR como alternativa de viabilidade e de exclusão de sofrimento por parte dos pacientes.

Contudo, até chegar a essa ação, muitos fatores estão interpostos – por exemplo, a participação da família nos processos decisórios que parecem muitas vezes não acontecer. Há, ainda, as discordâncias entre as condutas que devem ser tomadas pelos médicos e que repercutem diretamente na assistência que a enfermagem presta ao paciente. Também se percebem os anseios, as dúvidas e os medos quanto a punições legais diante da limitação de algum procedimento, das indefinições de aplicabilidade perante o paciente considerado terminal.

Os limites impostos no fim da vida pelos profissionais médicos e que influem diretamente na atenção restada pela enfermagem estão relacionados a uma definição difícil de ser implementada, justamente por não se saber exatamente qual é o limite. A morte digna está intimamente relacionada com a possibilidade de propiciar uma morte com ausência de dor e próxima da família, quando isso não é proporcionado.

Importante e indispensável destacar que, embora já existam discussões sobre a legalidade da ortotanásia em diferentes âmbitos, emerge a necessidade de uma discussão com o setor legal, bem como a aprovação da resolução do CFM para que este deixe de ser uma ameaça para os médicos e para os demais profissionais da saúde, pois a menção angustiante dos profissionais quanto às ações diante do paciente terminal está relacionada com as implicações legais que esse ato possa gerar.

Outra proposta para o qual a instituição hospitalar já providencia, em virtude da extrema necessidade, é a implantação de uma unidade de cuidados paliativos, com o intuito de operacionalizar a ortotanásia, que se sabe ser praticada. Também a criação de um comitê de

bioética a fim de subsidiar as discussões em torno da terminalidade, o que daria ou sustentaria as práticas de limitação ou de proposição a morte digna do paciente na iminência da morte. Nesse sentido, neste estudo demonstrou-se a necessidade de rever questões relacionadas com a morte e o morrer, desde a formação profissional, como alternativa plausível a conduzir as questões referentes à terminalidade de maneira mais clara e menos mascarada.

Ressalte-se que realizar leituras, estudar, falar ou refletir sobre a morte é sempre muito importante, pois é uma maneira de tratá-la como algo que faz parte do viver, bem como propiciar melhorias na qualidade do processo de morrer dos pacientes terminais internados em UTI. Nessa perspectiva, acredita-se que os profissionais envolvidos na assistência na UTI devem ser estimulados a compreender os fatores relativos à morte e ao morrer. Poderiam ser-lhes destinados espaços que possibilitassem uma abertura aos assuntos relacionados à morte, bem como aos limites que envolvem os tratamentos dos pacientes, obviamente considerando o consentimento do familiar e do paciente quando este for possível.

REFERÊNCIAS

1. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética*. 1993; 1:129-38.
2. Pithan LH. A dignidade humana como fundamento jurídico das "ordens de não-ressuscitação" hospitalares. Porto Alegre: Edipucrs; 2004.
3. Borges RCB. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: Santos MCCL, organizadores. *Biodireito: ciência da vida, os novos desafios*. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2001. p. 283-305.
4. Sá MFF. *Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido*. 28ª ed. Belo Horizonte: Del Rey; 2005.
5. Brasil. Resolução n° 1.805, de 9 de novembro de 2006 do Conselho Federal de Medicina. [Acesso 2007 mar. 16]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br>
6. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Bertachini L, Pessini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2004.
7. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1996.
10. Brasil. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 9 outubro. 1996. [Acesso 2007 mar. 16]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>
11. Kovács MJ. *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
12. Waldow VR. *O cuidado na Saúde: As relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis: Vozes; 2004.
13. Thomas C, Carvalho VL. *O cuidado ao término de uma caminhada*. Santa Maria: Palloti; 1999.
14. França GV. O paciente que vai morrer: direito à verdade. Resumo de trabalho apresentado no III Congresso Brasileiro de Bioética e I Congresso de Bioética do Conesul, Porto Alegre; 2 a 4 de julho de 2000.
15. Torreão L. Uso de opióides em pacientes terminais: sedação ou eutanásia? *Rev Assoc Méd Brás*. 2003; 49 (2). [Citado 2007 mar. 16]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000200011&script=sci_arttext.
16. Soares M, Terzi RGG, Piva JP. Terminalidade da vida e cuidados de final de vida na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev BrasTerapia Intensiva*. 2007; 19(3):357-58.
17. Silva MJP. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
18. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
19. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
20. Costa SIF, Diniz D. *Morrer com dignidade: um direito fundamental*. Brasília: Letras Livres; 2004. p. 10-16.

Data de submissão: 16/12/2009

Data de aprovação: 6/6/2010