

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Percepção do enfermeiro em relação à ortotanásia [Perception of the nurse in relation to orthothanasia]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Balla, Aline;Haas, Ruth Elisabeth
Publisher	Centro Universitário São Camilo
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-06-21 23:21:18
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/214646

Percepção do enfermeiro em relação à ortotanásia*

Perception of the nurse in relation to orthothanasia
Opinión de las enfermeras en lo referente a la orthothanasia

Aline Balla**
Ruth Elisabeth Haas***

RESUMO: A morte é uma realidade certa e incontestável, porém aceitá-la é um desafio. Na prática profissional, é necessário que se esteja atento ao compromisso de proporcionar uma morte digna, mantendo o paciente assistido e confortável. Atualmente, a distanásia (obstinação terapêutica) é um problema ético que interfere no desejo do paciente e da família, bem como no cotidiano dos profissionais da saúde, ignorando o momento de parar de se investir no tratamento. Em contraposição, na ortotanásia, o paciente deve ser atendido de maneira individualizada, sendo auxiliado em suas necessidades físicas, emocionais e espirituais, respeitando seu tempo de vida. Buscando conhecer a percepção do enfermeiro em relação à ortotanásia, foi realizada esta pesquisa descritivo-exploratória de caráter qualitativo. Participaram sete enfermeiros com atuação nos hospitais gerais de Passo Fundo-RS, que responderam a uma entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados pela técnica temática. Dos discursos, surgiram quatro categorias: o desconhecimento sobre o termo ortotanásia; os enfermeiros e a prática da ortotanásia: da compreensão à aceitação; a importância do conhecimento sobre ortotanásia para a família e equipe de enfermagem; e a humanização da morte a partir do entendimento da ortotanásia. Esse estudo demonstrou que os profissionais da saúde recebem pouca informação com relação à morte na sua formação acadêmica. Concluiu-se, também, que a ortotanásia, mesmo sendo um termo pouco conhecido é uma situação que ocorre no cotidiano do ambiente hospitalar, e o enfermeiro participa desse processo, atuando como um elo de ligação entre paciente, família e equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Direito a morrer. Enfermagem. Bioética.

ABSTRACT: Death is a sure and undisputed reality, but to accept it is a challenge. In professional practice, it is necessary that one be committed to provide a death with dignity, keeping the patient cared and calm. Currently dysthanasia (therapeutic stubbornness) is an ethical problem that affects the desire of the patient and the family, as well as the daily work of health professionals, ignoring the moment when one must stop insisting in the treatment. In contraposition, orthothanasia the patient must be cared in an individualized way, being assisted in her physical, emotional and spiritual necessities, respecting her life span. This qualitative descriptive-exploratory research was carried through in order to know the perception nurses have in relation to orthothanasia. Subjects were seven nurses working in the general hospitals of Passo Fundo, Rio Grande do Sul, and they answered a half-structured interview. Data were analyzed by the thematic technique. From the discourses, four categories appeared: no knowledge about the expression "orthothanasia"; nurses and the practice of orthothanasia: from understanding to acceptance; the importance of knowing about orthothanasia for the family and the nursing team; and the humanization of death from the knowledge of orthothanasia. The study demonstrated that health professionals are given little information regarding death in their academic formation. One also concluded that orthothanasia, just due to being a little known expression, is a situation that occurs in daily work in the hospital setting and that nurses participate in this process, acting as a connector link between patient, family and team.

KEYWORDS: Right to die. Nursing. Bioethics.

RESUMEN: La muerte es una realidad segura e indiscutible, pero aceptarla es un desafío. En la práctica profesional, es necesario que uno se comprometa con proveer una muerte digna, manteniendo al paciente cuidado y tranquilo. La dysthanasia (obstinación terapéutica) es hoy un problema ético que afecta al deseo del paciente y de la familia, así bien el trabajo diario de los profesionales de salud, puesto que no hace caso del momento en que uno debe parar de insistir en el tratamiento. En contraposición, la orthothanasia propone que al paciente se debe cuidar de una manera individualizada, asistiendo a sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, respetando su vida. Esta investigación descriptivo-exploratoria cualitativa se ejecutó para saber qué opinión las enfermeras tienen en lo referente a la orthothanasia. Los sujetos fueron siete enfermeras que trabajaban en los Hospitales Generales de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, y contestaron a una entrevista semi-estructurada. Los datos fueron analizados según la técnica temática. De los discursos, cuatro categorías aparecieron: ningún conocimiento acerca de la expresión "orthothanasia"; enfermeras y la práctica de la orthothanasia: de la comprensión a la aceptación; la importancia de saber sobre la orthothanasia para la familia y el equipo de enfermería; y la humanización de la muerte a partir del conocimiento de la orthothanasia. El estudio demostró que se dan a los profesionales de salud poca información respecto a la muerte en su formación académica. Uno también ha concluido que la orthothanasia, debido a ser una expresión poco conocida, es una situación que ocurre en el trabajo diario del ambiente del hospital y que las enfermeras participan de ese proceso, actuando como mediadoras entre el paciente, la familia y el equipo.

PALABRAS LLAVE: Derecho a morir. Enfermería. Bioética.

*Trabalho desenvolvido na disciplina de Iniciação Científica do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo (UPF).

**Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo. E-mail: linyballa@yahoo.com.br

***Mestre em Assistência em Enfermagem. Professora nas disciplinas de Fundamentos do Processo de Cuidar em Enfermagem e Tanatologia no Cuidado à Saúde do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo. E-mail: ruth.e.haas@via-rs.net

INTRODUÇÃO

O objetivo fundamental da enfermagem é o “cuidado”. Cuidado esse que está presente em todo o ciclo vital, do nascer ao morrer. Porém, para muitos profissionais da saúde, a morte ainda não é aceita como parte do processo existencial do ser humano.

A evolução tecnológica e científica se dá atualmente a passos largos, e o tempo de vida tem se prolongado cada vez mais. No mesmo compasso, o processo de morrer também está sendo estendido, e isto pode ser um fator a mais de sofrimento para os doentes.

A partir da vivência no ambiente hospitalar, observa-se como é complicado para o profissional lidar com o processo de morrer “do outro”, já que há grandes limitações em aceitar a própria finitude. Esse quadro precisa ser mudado, para que, dessa forma, seja desenvolvido um cuidado integral e humanizado, respeitando a vontade e a dignidade do paciente na sua fase final de vida.

A morte sempre foi vista de forma inquietante pelo ser humano, mesmo sendo certa e inevitável. Atualmente, a sociedade compreende a morte como um tabu, sendo percebida pelos profissionais da saúde como um fracasso e não como fato natural que faz parte do ciclo da existência.

A formação profissional do enfermeiro visa a fornecer subsídios para a educação em saúde, promovendo, mantendo e recuperando o bem-estar do viver. Entretanto, quando o profissional se defronta com a morte, fica deslocado e por vezes desorientado, sem saber qual a melhor forma de conduzir e administrar essa situação no âmbito pessoal e interpessoal. Diante disso, formam-se profissionais despreparados para lidar com a morte, que está sofrendo rapidamente um processo de institucionalização.

A forma de encarar a morte depende muito da formação cultural e religiosa de cada um. Também apresenta diversos significados. Para alguns, representa o fim de tudo; para outros, uma passagem de um mundo para outro; ou, ainda há aqueles que a vêem como a libertação do espírito e o início de uma nova vida. No âmbito emocional, representa perda, sofrimento e impotência diante da situação¹.

Para o paciente terminal que vivencia esse contexto, podem ser considerados dois processos de perda: de si próprio e das pessoas próximas. Com o agravamento da doença, ocorre o distanciamento do trabalho e da família; vai-se perdendo a autonomia e a independência. Tudo isso envolve dor, incerteza e medo².

Kübler-Ross³ traz uma seqüência no processo de enfrentamento de perdas significativas. Os estágios descritos por ela são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Segundo a autora, as fases de enfrentamento do paciente não se sucedem necessariamente na ordem e nem é obrigatório que se passe por todas elas.

Muitas doenças que no passado eram consideradas incuráveis são atualmente facilmente tratadas ou sofrem cronificação. Do mesmo modo, existem as doenças que causam dependências e limitações, levando o paciente a uma “morte social”².

Segundo Kübler-Ross³, a morte não mudou; o que mudou foi a forma de lidar e conviver com ela. Quando o quadro do paciente se agrava, ele é levado às pressas para o hospital, sendo retirado abruptamente do seu lar, sem ter, ao menos, o direito de opinar. Nessas situações, parar, ouvir, olhar e tentar interpretar gestos e trejeitos é o que qualifica a assistência ao cuidado. Cabe também lembrar que o paciente tem sentimentos, opiniões e, principalmente, o direito de ser ouvido, quando possível, devendo em todos os casos eleger-se um facilitador na assistência, preferencialmente o enfermeiro.

Retoma-se, assim, a idéia de que a morte é vista como um tabu, como algo não conversado. A visão que se tem é a de fazer tudo a todo o custo, de manter uma vida na qual a morte já está instalada. Essas atitudes fazem com que a vida seja preservada por parafernalias tecnológicas, causando ao paciente dor, sofrimento e solidão. Nesse contexto mantém-se a vida, mas onde ficam a qualidade e a dignidade desta?²

A morte digna é um direito do ser humano, bem como o direito à vida. Manter a vida com dignidade e qualidade, mesmo com todos os percalços, é algo claro na mente dos profissionais. Porém, diante da morte, é uma tarefa quase impossível preservar esse paciente como ser completo, sendo um grande desafio para os profissionais da saúde⁴.

O morrer com dignidade é um processo que envolve o direito e o respeito às opiniões do paciente como ser atuante e responsável por si mesmo, quando consciente. Também se deve ter como objetivo o alívio da dor e do sofrimento por meio de medidas terapêuticas e farmacológicas. Em suma, deve-se promover o bem-estar físico, emocional e espiritual, buscando, assim, uma melhor qualidade de vida ao paciente e seus familiares.

É diante dessa realidade que os cuidados paliativos estão ganhando cada vez mais espaço e reconhecimento

como uma terapia inovadora no processo do cuidar. A Organização Mundial da Saúde⁵ definiu, em 2002, cuidados paliativos como:

“[...] uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual”.

Na opinião de Kovács², “a proposta fundamental dos cuidados paliativos é oferecer conforto, calor e proteção, favorecendo uma sensação de segurança. A palavra-chave é o cuidado” (p. 127).

O paciente deve estar ciente da sua condição clínica, das possibilidades de tratamento e se ainda há formas de reverter o quadro atual. A partir disso, discutir com familiares e equipe a melhor conduta a ser tomada. Não havendo chance de cura, o paciente tem o direito de recusar tratamentos extraordinários. Dessa forma, o processo de morrer torna-se menos doloroso e mais tranquilo.

É no intuito de solucionar toda essa questão conflituosa, inerente ao ser humano, que envolve o processo de morrer, seu enfrentamento e o respeito à dignidade do paciente que se propõe a rehumanização da morte, que é proposto pela ortotanásia. Porém, ela traz consigo dilemas bioéticos, abordando termos ainda não bem entendidos e, conseqüentemente, pouco aceitos pela sociedade.

Em primeiro lugar, é necessário diferenciar alguns conceitos para uma melhor compreensão:

Distanásia: é o prolongamento da vida às custas de dor, sofrimento e agonia. De acordo com Pessini⁶, é entendida “como uma ação, intervenção ou um procedimento médico que não atinge o objetivo de beneficiar a pessoa em fase terminal e que prolonga inútil e sofridamente o processo de morrer, procurando distanciar a morte” (p. 330). O mesmo autor⁶ também usa sinônimos para a distanásia como “obstinação terapêutica” ou “tratamento fútil/inútil” (p. 30). A distanásia é um problema ético que passou a interferir diretamente no desejo do paciente e da família, bem como no cotidiano dos profissionais da saúde, ignorando o momento de parar de se investir no tratamento.

Ortotanásia: é a morte de forma correta, em que são dispensados recursos extraordinários quando não há mais esperança de cura ou melhoria da qualidade de vida⁷. Para

Pessini⁶, a ortotanásia remete à idéia de morte digna, sem abreviações e sem sofrimentos adicionais, isto é, “a morte em seu tempo certo” (p. 31). A dignidade humana deve ser respeitada em qualquer circunstância, o paciente deve ser atendido de maneira individualizada, recebendo um cuidado empático e holístico, sendo auxiliado em suas necessidades físicas, emocionais e espirituais.

Atualmente, a Bioética e o movimento dos cuidados paliativos trouxeram de volta a possibilidade de rehumanização do morrer, pela qual a morte é vista como fato natural que faz parte do processo da vida, e não como um inimigo que deve ser vencido a todo custo. O que se propõe são a qualidade e o bem-estar do viver, mesmo quando a recuperação não é mais possível. Visando a essa conduta, deve-se ter em mente que nem sempre o prolongamento da vida é a melhor escolha².

A ortotanásia permite ao doente em fase terminal encarar o processo de morrer de uma forma mais tranquila e serena, porque ele entende que o objetivo não é curar, pois para a morte não há cura; a finalidade é manter a vida enquanto for vantajoso para o paciente e permitir a morte quando a sua hora chegar. Vida biológica não significa necessariamente vida humana. Deixar a pessoa morrer com dignidade é eticamente o melhor a ser feito. A cura deixa de ser o foco principal para dar espaço ao cuidado⁶.

Os profissionais mais atuantes e presentes no cuidado do paciente terminal são os da enfermagem, que têm um contato direto, além de diariamente estar sempre próximo, existindo uma troca mútua e contínua. Para prestar este atendimento intenso além de espaço físico harmonioso com arquitetura adequada e confortante são necessários os conhecimentos técnicos, científicos e empíricos, mas, sobretudo, a prevalência de uma conduta ética-profissional refletindo numa postura humana e respeitosa à dignidade do paciente⁸.

Nesse sentido, o enfermeiro tem um papel fundamental como coordenador da equipe de enfermagem. É dele a responsabilidade pelo bom andamento do trabalho e pelo cuidado prestado ao paciente. Criar um momento de troca de experiências em que os profissionais possam desabafar, falar de suas angústias, sentimentos e medos pode ser salutar e auxiliar de maneira positiva o enfrentamento da morte e do processo de morrer.

Nesse aspecto, Papanicolaou Netto⁹ faz uma importante consideração, dizendo que “se estamos inseguros com a maneira de enfrentar a nossa própria condição emocional,

certamente não seremos capazes de transmitir segurança e o apoio que o paciente necessita” (p. 95). É fundamental que seja aceita e assimilada a idéia de finitude como fato natural, visto que se transmite ao doente, mesmo que inconscientemente, nossos valores e crenças pela comunicação não-verbal.

A morte deve ser desmistificada, pois não pode e nunca poderá ser superada ou vencida; é fato inerente à existência. Portanto, fazer com que esse final de vida se dê de uma forma mais humana, tranqüila, individualizada, respeitando a dignidade do paciente e, inclusive seu desejo em não manter tratamentos desnecessários que lhe causem dor ou sofrimento, é o papel dos profissionais da saúde e do cuidado. Dessa forma, a assistência prestada será empática, holística e humanizada.

Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção do enfermeiro em relação à ortotanásia, identificando a sua atuação frente a essa situação e verificando de que maneira se dá o cuidado aos pacientes terminais.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, realizada entre março e abril do ano 2008, com enfermeiros que estivessem atuando em um dos quatro hospitais gerais de um município da Região Norte do estado do Rio Grande do Sul. A escolha dos hospitais ocorreu de maneira intencional, em que a pesquisadora delibera quem participa da sua pesquisa, atendendo aos seus pressupostos e trazendo informações valiosas para o assunto, cessando a coleta por saturação dos dados¹⁰.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada conduzida por questões norteadoras. A mesma foi gravada em MP4 para transcrição e análise. Realizadas estas etapas as gravações foram destruídas.

Os dados foram analisados qualitativamente, utilizando a técnica de análise temática proposta por Minayo¹¹.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em observância às diretrizes da Resolução n. 196/96 do Conselho de Saúde do Ministério da Saúde, garantindo seu sigilo e anonimato. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, registro número 320/2007.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos

Foram entrevistados sete sujeitos, caracterizados no decorrer da discussão como E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7, sendo todos do sexo feminino e católicos, com idade média de 33 anos, variando de 24 a 50 anos. Os participantes desenvolvem suas atividades em diferentes setores do hospital, como: Unidade de Internação, Centro de Terapia Intensiva (CTI), Oncologia e Quimioterapia. O tempo de atuação na enfermagem variou de 1 ano e 6 meses a 18 anos.

A partir da análise dos dados, foram identificadas quatro categorias: o desconhecimento sobre o termo ortotanásia; os enfermeiros e a prática da ortotanásia: da compreensão à aceitação; a importância do conhecimento sobre ortotanásia para a família e equipe de enfermagem; e a humanização da morte a partir do entendimento da ortotanásia.

O DESCONHECIMENTO SOBRE O TERMO ORTOTANÁSIA

Encontrar publicação que contemplasse o assunto com uma discussão mais aprofundada foi um desafio, visto que o que mais se discute é a questão da morte em si e também os cuidados paliativos. Porém, com a definição de ortotanásia, a busca revelou-se mais complexa.

Com o relato das entrevistadas, essa realidade ficou ainda mais evidente, como pode ser constatado nas falas dos profissionais.

“A gente muito pouco ouve esse termo, ortotanásia. Ouvi alguma coisa assim, pelos profissionais oncologistas” [E3].

“Não, nenhum [...] não com esse nome pelo menos. E no hospital também não. Na minha formação acadêmica nunca foi abordado” [E7].

Na ortotanásia, como já foi abordado anteriormente, o objetivo é priorizar a qualidade de vida que resta. A morte é vista como fazendo parte da existência e não como uma inimiga a ser vencida. O tratamento tem por finalidade aliviar a dor e o sofrimento do paciente, mesmo que isso signifique reduzir seu tempo de vida. Resgata-se o paradigma do cuidar e não do curar¹².

Na formação acadêmica do enfermeiro, a questão da morte, finitude, cuidados paliativos e ortotanásia são temas abordados em raras oportunidades, em que não se

tem a chance de pensar, opinar e discutir sobre a própria existência e a melhor maneira de lidar com o processo de morrer do outro. É praticamente inexistente e também muito recente a discussão sobre este assunto. Pode-se observar isso claramente nas falas das enfermeiras:

“Durante a vivência acadêmica a gente teve uma leve abordagem sobre esse tema [...] relacionado a bioética, mas era uma coisa muito superficial que a gente não tem domínio, e depois de formada isso não é mencionado. São coisas que a gente não tem na vivência do dia-a-dia como enfermeiro” [E1].

“Na formação acadêmica de enfermagem eu não tive nada relacionado a isso [...] não tive. E agora na pós-graduação a gente teve assim uma leve pincelada sobre a ortotanásia mais como conceito mesmo” [E3].

Kübler-Ross³ já havia constatado em seus seminários a dificuldade de aceitação da morte e também de preparo dos profissionais, relatando que, no meio de doze enfermeiras, só uma achava que os moribundos também precisavam dos cuidados delas e, mesmo que não pudessem fazer muito, podiam, pelo menos, proporcionar um certo conforto físico.

Diante disso, formam-se profissionais despreparados para lidar com a morte, a qual, desde o século passado, passou de um processo mais familiar e doméstico para um processo institucionalizado. O hospital, cada vez mais, é a fronteira entre a vida e a morte, porém, não está preparado para receber e prestar a assistência adequada aos doentes nesta condição⁹.

A morte tornou-se um processo solitário. Morrer isolado é muito mais comum agora do que em qualquer outro período da história. Pelas rotinas institucionalizadas dos hospitais, torna-se difícil a fala espontânea com os moribundos no momento em que eles mais precisam¹³.

Para [E4], enfermeira formada há mais tempo, o assunto morte era ainda mais distante: *“essas situações a gente nem abordava”*.

A educação para a morte deveria ser trabalhada durante a academia, auxiliando as pessoas a elaborar seus conceitos, seus lutos e pensar sobre o assunto, para que dessa forma possam dar suporte a quem necessita. Os limites pessoais e profissionais estão intimamente ligados, por isso o profissional precisa ter clareza de seus sentimentos, transparecendo confiança e segurança ao familiar e paciente¹².

Os cursos de formação profissional carecem, em seus currículos, de disciplinas que abordem com mais profundidade temas relacionados à morte e ao processo de morrer. Deveria haver a preocupação em educar para a morte já na academia. Bem como nas instituições de saúde, vê-se como essencial um espaço de “cuidado ao cuidador”, onde os profissionais de saúde compartilhem suas experiências e expressem seus sentimentos com relação ao enfrentamento de situações em que a morte, a dor e as perdas estão presentes¹².

OS ENFERMEIROS E A PRÁTICA DA ORTOTANÁSIA: DA COMPREENSÃO À ACEITAÇÃO

Mesmo não sendo utilizado o termo ortotanásia no cotidiano dos enfermeiros, na prática profissional é uma situação que está tomando uma dimensão cada vez maior e que ocorre diariamente dentro do ambiente hospitalar. Nesse sentido, vê-se a importância do entendimento e da compreensão que os profissionais de saúde, e principalmente o enfermeiro, devem ter com relação ao processo de enfrentamento da morte. O cuidador precisa assimilar e aceitar a idéia de finitude, a fim de trabalhar com o paciente, conversando, orientando, e, principalmente, mostrando-se aliado na superação dos obstáculos.

“Olha, agora mesmo, no setor a gente tá vivenciando uma experiência [...] e mediante a conversa com familiares, com a equipe de enfermagem e com os próprios médicos foi entrado num consenso de que não será investido. [...] só vai ser respeitado o tempo de morte dela, sem sofrimento, sem dor [...]” [E1].

“A gente teve uma experiência aqui no andar na semana passada em que a família optou, era um paciente jovem, mas era um câncer e o paciente não tinha volta, não tinha mais o que fazer [...] foi naturalmente assim, tanto que a família antes do paciente ir a óbito conversaram [...] ele referiu a vontade de doar as córneas [...] tudo nesse momento [...] foi uma coisa extremamente tranquila” [E7].

Eugene O’Kelly¹⁴, em seu livro *Claro como o dia*, fala da dádiva de pensar sobre sua própria morte:

“Fui forçado a pensar sobre minha própria morte e, como consequência, passei a refletir melhor do que nunca sobre minha vida. Apesar de ser desagradável, reconheci que estava no último estágio da vida, me obri-

guei a decidir como passar os meus últimos cem dias e me esforcei para levar a cabo essas decisões” (p. 13).

A medicina moderna, na luta contra a morte, acaba por esquecer que somos mortais, e que existe uma pessoa que traz consigo uma história de vida. E nessa história de vida deve estar incluída também sua história de morte. O processo de morrer de cada indivíduo envolve uma série de fatores biológicos, psicológicos, emocionais e espirituais. Por isso, os profissionais da enfermagem e medicina que estão diretamente ligados a esse processo precisam estar cientes de seu papel¹².

A decisão de optar ou não pela ortotanásia é médica, e o enfermeiro tem um papel muitas vezes de mediador nesse contexto: “o enfermeiro é o elo de tudo” [E4]. Na vivência profissional de [E1], ela refere ter o respaldo para se dirigir à equipe médica e propor isso:

“[...] os familiares enxergam, eles vêem o sofrimento do paciente e muitas vezes remetem a nós esse pedido e a gente conversa com a equipe médica que muitas vezes aceita numa boa. A gente consegue ter essa autonomia aqui”.

O movimento dos cuidados paliativos propõe uma mudança, abandonando uma posição paternalista, em que o médico detém o poder das decisões, passando a adotar uma posição participativa, envolvendo o enfermeiro, os familiares e o próprio paciente nas tomadas das decisões com relação ao tratamento².

Em outras realidades, o enfermeiro está presente, mas não participa ativamente de como vai ser conduzido o tratamento desse paciente:

“O que a gente tem que fazer é a visão do médico, porque nós como enfermeiros não podemos decidir. Como eu te disse: teria que ter uma conscientização maior de quem é responsável por esse tipo de decisão” [E7].

Analisando as falas anteriores, pode-se observar que mesmo apesar de cada profissional estar inserido em uma realidade diferente existe a prática da ortotanásia. Situações que há pouco tempo nem eram mencionadas, na realidade atual já começam a ser discutidas e cada vez mais surgem novos termos e definições, visando a facilitar a compreensão e entendimento dos profissionais.

A questão do processo de morte e dos cuidados paliativos vem sendo debatida visando à melhor conduta no sentido de preservar a dignidade do paciente.

Até há pouco tempo, havia uma divisão entre cuidados ativos, que visam à recuperação do paciente, e os

cuidados paliativos, que eram iniciados quando não havia mais possibilidade de cura. Atualmente, existe uma congruência entre cuidados ativos e paliativos; há um atendimento integrado e contínuo, visando à qualidade de vida em todas as etapas da doença. Visando a essa qualidade de vida nos últimos momentos de existência e à dignidade no processo de morrer é fundamental a implantação desses cuidados, que devem garantir a satisfação do paciente dentro de suas possibilidades e não o prolongamento da vida às custas de intervenções desnecessárias que causam dor e sofrimento².

Partindo do pressuposto do não prolongar o sofrimento e de proporcionar uma morte digna ao paciente que já não tem mais chance de cura, verificou-se que as enfermeiras são favoráveis à ortotanásia.

“Com o passar do tempo, a gente adquirindo conhecimento, a gente vivenciando o dia-a-dia do sofrimento das pessoas, amadurecendo. A gente percebe que às vezes o melhor para o paciente, para a família do paciente, é não prolongar o sofrimento [...] Eu acho que o mais digno é tu poder proporcionar nesse tempo de vida que o paciente tem ainda [...] condições pra que ele possa viver da melhor forma” [E3].

O posicionamento em relação à distanásia, que também é uma prática que acontece principalmente em Centros de Terapia Intensiva (CTI), pode ser evidenciado com a indignação de [E7]:

“[...] a minha opinião como enfermeira eu acho que eu sou à favor que as coisas sejam como tem que acontecer. Eu sou totalmente contra a distanásia. O paciente ficar sendo um moribundo dentro de um centro de terapia intensiva até que ele tenha uma infecção, até que ele morra por outras conseqüências [...] que acaba acometendo o paciente ali na UTI. Não é a UTI que vai salvar sabe”.

Ramón Martín Mateo apud Borges¹⁵ apresenta um contraponto com relação a ortotanásia. Segundo ele, com o intenso desenvolvimento do conhecimento científico, a determinação de irreversibilidade de um quadro de saúde pode ser falha. Os limites da tecnologia são superados dia-a-dia; por isso, definir o quadro de doença de um paciente como irreversível requer muito cuidado.

Pessini⁶ propõe uma mudança de paradigma para evitar excessos entre a eutanásia e a distanásia:

“Enquanto o referencial da medicina for predominantemente curativo, será difícil encontrar caminho que

não pareça desumano, de um lado, ou descomprometido com o valor da vida humana, do outro. Uma luz importante vem da mudança da compreensão da saúde que vem sendo impulsionada pela redefinição deste conceito pela Organização Mundial da Saúde. Em vez de entender saúde como mera ausência de doença, propõe-se uma compreensão dela como bem-estar global da pessoa: bem-estar físico, mental e social. Quando se acrescentam a essas dimensões também a preocupação com o bem-estar espiritual, criam-se contexto e abertura intelectual favoráveis a uma revolução de cuidados com o doente crônico ou terminal” (p. 227).

A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE ORTOTANÁSIA PARA A FAMÍLIA E EQUIPE DE ENFERMAGEM

Deve-se lembrar que no processo de ortotanásia, que envolve a tomada de decisão e a opção por determinado tipo de conduta no tratamento, estão inseridos, além do paciente, seus familiares e a equipe de enfermagem. Em virtude disso, a orientação e a discussão sobre o assunto são imprescindíveis.

O paciente tem o direito de “coreografar” sua morte. Uma vez que a morte é certa, torna-se primordial discutir o acompanhamento desse paciente, dando a ele o poder maior de escolha e decisão¹².

Para [E4]:

“[...] quando se decide isso eu acho muito importante que a equipe toda esteja em contexto com os familiares. [...] O médico vem fala a situação, da gravidade, do que que vai ser feito e tudo, mas no momento que ele sai isso tudo começa acontecer [...] as modificações acontecem aos nossos olhos e aí nós temos que comunicar, nós temos que tomar as primeiras atitudes”.

O exercício da autonomia e autodeterminação deve ser favorecido. A pessoa deve ser respeitada e apoiada nas suas decisões sobre o que considera morrer bem. A equipe de saúde deve auxiliar com informações verdadeiras, compreensíveis e confiáveis que lhe proporcionem apoio emocional e confiança¹⁶.

Diante de toda essa situação que gera tensão e estresse, o enfermeiro ainda tem que administrar o sentimento emocional da equipe. Cada indivíduo tem uma visão diferente e, conseqüentemente, atua de maneira diferente.

“Tem funcionários que eles não aceitam, e querem que seja feito de tudo [...] porque é aquele sentimento que muitas vezes a pessoa não consegue assimilar [...] que aquilo é o melhor pro paciente [...] eles não entendem” [E1].

De acordo com [E5], para a equipe entender a ortotanásia é importante o conhecimento científico e da patologia do paciente: “

“Eu acho que eles não pensam diferente, mas o que eu observo: quem entra novo [...] bah, mas não vão fazer nada?? Então o que que eu vejo que falta, falta conhecimento sobre a patologia”.

Para os familiares, esse paciente é um ente querido, muitas vezes a base do lar, o provedor dos recursos financeiros e o mediador dos atritos familiares, e toda essa situação desencadeia conflitos na família refletindo principalmente no próprio paciente².

Na iminência da doença e da morte, os profissionais tornam-se um alicerce para a família. De acordo com Hall, Kirschling apud Esslinger¹²: “[...] estranhos tornam-se importantes para a família, pois como cuidadores profissionais, podem ser uma extensão ou substitutos dos cuidados familiares” (p. 53).

Quando o quadro clínico avança e o paciente não pode mais responder por si, os familiares ou um representante legal assumem este papel. Diante dessa responsabilidade, muitos pensam no que gostariam para si e relatam que prefeririam terminar logo com o sofrimento. Outros exigem o melhor tratamento, mesmo sendo inútil, pois temem o remorso de não ter feito tudo que podiam².

E3 vivenciou uma situação em que a família não aceitou a ortotanásia: *“a paciente não falava mais então não sei qual era o desejo dela, de repente não sei o que ela queria [...] a paciente sofreu dias. Mas foi obedecida a decisão da família”.*

Por isso, é de suma importância discutir e explicar detalhadamente para a família o quadro e se há possibilidades de tratamento, mostrando sempre os prós e os contras de cada decisão.

Se essa comunicação existir desde o início da doença, ficará mais fácil assimilar o desenrolar dos acontecimentos. Se o contato for somente no final, também é importante a comunicação, mas os esclarecimentos ficam centrados nos pontos mais importantes, não podendo trabalhar cada etapa do processo de morte com a devida importância¹⁷.

Na visão de [E4]: “[...] os médicos estão melhores nesse sentido sabe [...] a orientação é mais clara, mesmo que às vezes tenha resistência da família que não quer saber”.

Na experiência de [E6], ela diz que:

“[...] quando existe uma equipe que trabalha com esse familiar e quando se tem tempo de trabalhar isso, a morte é muito calma, muito tranqüila. Agora quando é uma coisa rápida acaba chocando mais o familiar, então a gente leva o paciente para a CTI pra fazer todos os cuidados”.

Assim, a ortotanásia é mais bem compreendida quando a morte consegue ser assimilada pela família e equipe de enfermagem.

Segundo Echeverri¹⁸, preparar-se para a morte é um complexo processo intelectual, emocional e espiritual, que envolve os mais variados sentimentos e indagações. Deve-se levar em conta os desejos da pessoa sobre as condições de sua morte, respeitando e atendendo suas necessidades, crenças e anseios.

A HUMANIZAÇÃO DA MORTE COMO CONSEQÜÊNCIA DO ENTENDIMENTO DA ORTOTANÁSIA

Se a finalidade é humanizar a morte, deve-se ter uma visão holística do paciente, prestando a assistência no sentido de proporcionar qualidade de vida, bem-estar e dignidade humana.

Se a morte não é mais vista como fracasso ou erro, e sim como decorrência da vida, cabe ao enfermeiro proporcionar o melhor atendimento às demandas do paciente, favorecendo a boa morte².

No cotidiano dos enfermeiros, de acordo com as falas das participantes, a execução desse cuidado segue um determinado padrão:

“Paciente que tá em fase final ou mesmo que se opta por ortotanásia, ele é monitorizado, recebe todo o aparato, todos os cuidados de enfermagem [...] nada, nada é diminuído, muito pelo contrario é intensificado os cuidados [...] respiração, monitorizado. Muitas vezes é passado para um quarto individual pra dar a oportunidade dos familiares ficarem com ele pelo menos enquanto ele estiver bem [...] lúcido. [...] É aumentado o cuidado, a atenção, o zelo e muitas vezes equipamentos [...] Porém, muitas vezes não é utilizado os meios invasivos” [E1].

“Vendo a ortotanásia como dirigida para a dignidade do paciente [...] Eu acho que no meu entendimento esse paciente é prioridade e os profissionais de enfermagem sejam eles técnicos e principalmente o enfermeiro tem que ter essa visão porque a família tá envolvida. [...] então se nessa situação difícil se você não cuidar da pessoa que tá na iminência deles perderem que é o valor deles naquele momento... então meu Deus o que é que nós estamos fazendo aqui enquanto profissional, enquanto cuidador” [E4].

A equipe de enfermagem é a de maior proximidade permanente com o doente, por isso deve ajustar seus interesses aos da pessoa colocada sob seus cuidados. O tratamento difere muito do de pessoas com possibilidade de cura. As normas administrativas hospitalares poderão ser amenizadas, as visitas permitidas com mais freqüência, o ambiente pode ser modificado para promover bem-estar e tranqüilidade. Tudo isso no intuito de confortar o paciente e sua família nesse momento¹⁹.

Os profissionais estão cada vez mais demonstrando preocupação com esses temas controversos, procurando o conhecimento para respaldar suas opiniões. Segundo [E5]: “Nós estamos assim mais críticos em relação a isso, nós falamos mais, nós buscamos mais conhecimento [...] Hoje se fala, hoje se sabe como é que quer morrer, se quer doar órgãos, se não quer [...] E existe uma consciência de humanizar a morte e usar todos os recursos e todos os meios pra extinguir o sofrimento”.

A não intervenção não é uma forma de eutanásia, pois a morte não está sendo provocada ou acelerada. É humano deixar que a morte ocorra sem a utilização de meios artificiais que prolonguem a agonia e o sofrimento¹⁵.

A partir do momento que se compreende o real significado da ortotanásia, que nada mais é do que a morte digna, o sentimento do enfermeiro ao participar desse ato é de alívio e de dever cumprido.

“Às vezes que eu vivenciei toda essa experiência foram experiências muito conscientes, e tava muito claro que não se podia fazer nada heróico para aquele paciente. Então assim, eu vivenciei esses momentos com tranqüilidade, com a consciência tranqüila” [E5].

É evidente que o ser humano sofre com as perdas, afinal de contas, são experiências dolorosas que deixam uma sensação de desamparo e vulnerabilidade²⁰.

“Às vezes dá uma sensação, um aperto no peito por você ver a paciente ali [...] tá morrendo e você não tá fazendo

nada. Então essa impotência que a gente sente às vezes é muito ruim, mas você sabe que se você entubar ou fizer qualquer coisa não vai mudar em nada a situação dela” [E1].

“Tu te envolve emocionalmente e acaba sendo como um familiar, tu acaba não querendo que a pessoa morra e aí tu fica naquela ‘não, mas como assim’ [...] de repente” [E4].

Para Elias¹³, “o problema social da morte é especialmente difícil de resolver porque os vivos acham difícil identificar-se com os moribundos” (p. 9).

A mente humana é única e complexa, nunca haverá uma conduta padronizada para lidar com a perda, com a dor e com a morte.

O direito de protagonizar a própria morte deve ser remetido ao paciente, a final de contas, de quem é a vida? A morte faz parte da história de cada um, e precisa ser “vívida” com dignidade, qualidade e humanização¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo demonstrou que os profissionais da saúde recebem pouca informação com relação à morte na sua formação acadêmica. Temas mais específicos e complexos como distanásia, ortotanásia e cuidados paliativos praticamente não são abordados. Porém, mesmo não utilizando esses termos, essas vivências acontecem na prática profissional dos enfermeiros.

A ortotanásia, assunto central da pesquisa, é uma situação que ocorre no cotidiano do ambiente hospitalar. O enfermeiro não tem o papel de decidir, mas participa desse processo e atua como um elo de ligação entre o paciente, a família e a equipe de saúde.

Vendo a ortotanásia como sinônimo de morte digna ou morte no tempo certo, os profissionais se mostraram favoráveis a sua execução. Afirmam sentirem-se competentes e gratificados quando conseguem manter o paciente como “ser completo” até sua morte.

Podemos concluir também que, a partir do momento em que a morte é vista como fato natural pela equipe de saúde, e a família do paciente consegue assimilar como algo inevitável, a aceitação da ortotanásia vem como consequência, favorecendo assim à morte digna.

Diante disso, fica clara a importância da formação profissional da equipe de saúde e, no caso dos sujeitos do estudo, dos enfermeiros, no processo de assistência aos pacientes em fase final e seus familiares. É imprescindível saber lidar com o sofrimento, perda e morte, pois somente dessa forma o cuidado se dará de maneira holística e humanizada.

Vê-se, assim, a relevância desta pesquisa no âmbito científico, por ser um tema ainda pouco explorado e que gera delicadas discussões na área da bioética. Deve-se ressaltar, também, a contribuição deste estudo para a construção de novos conceitos e quebra de paradigmas, bem como na formação de futuros profissionais da saúde, que devem estar cientes da seriedade do seu papel nesse contexto.

REFERÊNCIAS

1. Beserra GMG, Santana MG, Araújo AD. Morte: uma reflexão na educação em enfermagem. *Recenf* 2006 jul/set;4(15):91-6.
2. Kovács MJ. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
3. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
4. Haas RE. O trabalhador de enfermagem e o paciente terminal: possibilidades de uma convivência saudável com a morte [Dissertação de Mestrado]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS). Definição de Cuidados Paliativos; 2002.
6. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo e Loyola; 2001.
7. Lemes C. Ortotanásia: sensacionalismo cruel. Disponível em: <<http://observatorio.ultimosegundo.ig.br/cadernos/cid270620012.htm>>
8. Gonçalves LHT. Aprendendo a cuidar de pessoas em condição terminal. In: Py L (org.). Finitude: uma proposta para a reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: Nau; 1999. p. 143-8.
9. Papaléo Netto M. Finitude: hospital-fronteira. In: Py L (org.). Finitude: uma proposta para a reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: Nau; 1999. p. 86-99.
10. Turato ER. Tratado de Metodologia da Pesquisa clínica-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.

11. Minayo MCS (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
12. Esslinger I. De quem é a vida, afinal? São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
13. Elias N. A solidão dos Moribundos, seguido de "Envelhecer e morrer". Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
14. O'Kelly E. Claro como o dia: como a certeza da morte mudou a minha vida. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2006.
15. Borges RCB. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. Jus Navigandi 2005;10(871). Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7571>>
16. Echeverri CG. A importância da comunicação. In: Jaramillo IF (org.). Morrer Bem. São Paulo: Planeta do Brasil; 2006. p. 51-66.
17. Kovács MJ. Oncoguia: Eutanásia, ortotanásia e distanásia: do que estamos falando?; 2008. Disponível em: <<http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=55&id=280&menu=54>>
18. Echeverri CG. O grupo familiar diante da morte. In: Jaramillo IF (org.). Morrer Bem. São Paulo: Planeta do Brasil; 2006. p. 68-86.
19. Mendoza-Vega J. Como a morte nos atinge. In: Jaramillo IF (org.). Morrer Bem. São Paulo: Planeta do Brasil; 2006. p. 41-50.
20. Jaramillo IF. Aprender a viver com a ausência do outro: o luto. In: Jaramillo IF (org.). Morrer Bem. São Paulo: Planeta do Brasil; 2006. p. 191-8.

Recebido em: 19 de abril de 2008.
Versão atualizada em: 18 de junho de 2008.
Aprovado em: 23 de julho de 2008.