

ORTOTANÁSIA E DISTANÁSIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Farah Pitanga Porto Gois dos Santos*
Isabel Comassetto**
Anne Isadora Cavalcante Porciúncula***
Regina Maria dos Santos***
Fabiana Andrea Soares Ferreira****
Ana Paula Nogueira de Magalhães****

RESUMO

Pesquisa que envolve o processo de morte, abordando a distanásia, a qual se constitui na obstinação terapêutica a fim de adiar a morte, e a Ortotanásia, que se constitui na morte em seu processo natural, sem prolongar o tratamento. Teve como objetivo reconhecer a percepção dos profissionais da equipe de saúde que atuam em unidade de terapia intensiva, acerca das situações de Ortotanásia e Distanásia. Realizado em um hospital universitário. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 25 profissionais de saúde e submetidos à análise de conteúdo temática. Emergiram três categorias relacionadas: Apreendendo a Ortotanásia e a Distanásia; Percebendo o contexto da tomada de decisão; Ponderando a Ortotanásia e a Distanásia na finitude da vida. A percepção dos profissionais de saúde referente à Ortotanásia e à Distanásia exige discussões referentes aos conceitos éticos que envolvem as intervenções no processo de morte, possibilitando um embasamento da equipe multiprofissional, familiares e pacientes na tomada de decisão no final da vida.

Palavras-chave: Equipe de saúde. Unidade de terapia intensiva. Ortotanásia. Distanásia.

INTRODUÇÃO

A UTI, por ser um local onde os procedimentos e cuidados são específicos e de alta complexidade, possui uma estrutura capaz de fornecer suporte para pacientes graves, os quais possuem um potencial risco de morte, necessitando observação constante, podendo desencadear estresse nos profissionais de saúde, pois existe um clima constante de tensão⁽¹⁾.

Sabe-se que o dia a dia na UTI é marcado por situações antagônicas, pois às vezes é possível salvar e, em outras, prorrogar o sofrimento, visto que o paciente encontra-se fora das possibilidades de cura, sendo inevitável o processo da morte. Neste contexto, os profissionais são submetidos às pressões quanto à tomada de decisões em momentos críticos, à

questão sobre o prolongamento ou não da vida em casos com prognóstico reservado^(1,2).

Dentre os conceitos que envolvem a terminalidade da vida, neste estudo, enfatiza-se que a distanásia tem como objetivo impedir a morte a qualquer preço, enquanto a ortotanásia propõe uma morte digna a qual deve ocorrer no momento correto, havendo a preservação da dignidade do paciente, o controle da dor e apoio psicológico concernente às questões relativas aos aspectos sociais e espirituais⁽³⁾.

A ortotanásia vem se firmando cada vez mais como uma possibilidade ética diante do sofrimento que antecede a morte irremediável, sendo uma prática permitida em diversos países. No Brasil, implicitamente, é tutelada através de princípios jurídicos, consubstanciados em princípios éticos e morais, porém, por não ter legislação específica, causa uma insegurança

*Enfermeira. Graduada. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: farah_pitanga_@hotmail.com

**Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: isabelcomassetto@gmail.com

***Enfermeira. Graduada. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: anneicp@gmail.com

****Enfermeira. Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: relpesantos@gmail.com

*****Enfermeira. Mestre. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: fabisoaresferreira@gmail.com

*****Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta da Universidade Federal de Alagoas - Campus Arapiraca. Arapiraca, Alagoas, Brasil. E-mail: anapaulanogueira@usp.br

jurídica e, com isso, acarreta a permanência da prática da distanásia^(4,5,6). Esta última, por sua vez, é considerada pela Bioética como uma morte difícil, praticada com o intuito de prorrogar a vida biológica através de tratamentos intensivos, sem valorizar a qualidade de vida e a dignidade na terminalidade^(2,4,5).

Nessa perspectiva, a prática dos profissionais de saúde no processo de morte deve estar baseada nos quatro princípios bioéticos (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça) bem como na observância da regulamentação das profissões envolvidas neste cuidado^(7,8).

O Conselho Federal de Medicina, no Art. 1º da Resolução 1.805/06, e o Código de Ética Médica de 2010 autorizam médicos a limitarem ou suspenderem procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal^(9,10). O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução n.º 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, estabelece como princípio fundamental o respeito à vida, à dignidade e aos direitos do indivíduo, incluindo a fase de morte e pós-morte, e no Art. 29 proíbe a participação em qualquer ato que antecipe a morte do paciente, permanecendo o cuidado de Enfermagem para conferir conforto, alívio da dor e dignidade ao corpo que sofre. Para os fisioterapeutas, rege o respeito à integridade e à dignidade da vida humana da concepção até a morte^(11,12).

Com base nos aspectos discutidos, por tratar-se de uma questão polêmica, este estudo objetivou reconhecer a percepção dos profissionais da equipe de saúde que atuam em uma UTI, acerca das situações de ortotanásia e distanásia, justificando-se pela exigência de discussão bioética importante na atuação dos profissionais de saúde acerca da tomada de decisões as quais envolvem familiares, pacientes e a equipe da UTI.

É fundamental discutir os princípios éticos na terminalidade da vida, a fim de que orientem a tomada de decisão profissional, confirmando, assim, a relevância desta temática, tanto para a prática assistencial quanto para pesquisa, até porque, embora exista farta literatura sobre os aspectos éticos do cuidado da pessoa em iminência de morte, poucos abordam clara e diretamente o conhecimento e a prática da

ortotanásia e distanásia dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 25 profissionais de saúde atuantes na UTI de um Hospital Universitário, em Maceió/AL. As informações foram produzidas por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas e deletadas. O roteiro da entrevista foi composto de questões, relacionadas ao significado da ortotanásia e da distanásia, que permeiam a atuação profissional e conseqüentemente refletem na percepção sobre o tema.

No estudo não coube critérios de inclusão, visto que foi trabalhada a totalidade dos profissionais, excluindo apenas os sujeitos os quais se encontrassem de licença ou férias durante o período da coleta de dados. A fim de garantir o anonimato dos participantes, foi utilizada a letra "P" (Profissional) para a identificação, seguida de números arábicos, considerando a ordem na qual as entrevistas foram realizadas (P1 a P25).

As entrevistas foram classificadas e analisadas em consonância com a técnica de análise de conteúdo, seguindo os passos recomendados: (1) a pré-análise; (2) a exploração do material e (3) a organização dos resultados, inferência e interpretação⁽¹³⁾. O estudo foi desenvolvido em consonância com a Resolução n.º 466/2012 do CNS/CONEP, e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas, sob o protocolo 663.589/2014. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 4 médicos, 3 enfermeiros, 3 fisioterapeutas e 15 técnicos de enfermagem. Houve predomínio de mulheres, com tempo de atuação na UTI de até 10 anos, com idade entre 30 e 40 anos, sendo a maioria casada. A análise permitiu reconhecer suas percepções quanto às situações experienciadas na prática profissional relacionadas com ortotanásia e distanásia, como se vê nas três categorias seguintes:

Apredendo a Ortotanásia e a Distanásia

Esta categoria revela o entendimento dos participantes sobre a ortotanásia e a distanásia. Seus discursos mostraram que se sentiam desconfortáveis e possuíam uma opinião concernente ao assunto, embora não tenham apresentado domínio sobre os conceitos éticos discutidos. É esperado que um profissional o qual trabalha em um setor como a UTI, onde estão sujeitos e convivem com situações de intenso sofrimento e morte, adquira conhecimento sobre este assunto de extrema importância no seu cotidiano⁽⁵⁾. Porém, para os participantes do estudo a ortotanásia não foi definida seguramente:

Sei o que é eutanásia, mas o “orto” não [...]. (P1)

Lembro não [...]. (P6)

Todavia, no decorrer da análise tornou-se compreensível, em algumas asserções referentes aos valores éticos delineados sobre ortotanásia, que, embora não a conceitue corretamente, conferem a este termo a acepção de poder proporcionar uma morte digna ao paciente:

Você permitir que o paciente tenha uma morte digna [...]. (P19)

Autores discutem sobre a morte digna, atribuindo ao indivíduo o direito de, no fim da vida, receber cuidados destinados à preservação de sua dignidade, pautado pelo princípio da autonomia, o qual defende a livre escolha, assim como a opção pelo tratamento que o paciente julgar mais favorável^(7,14). Neste contexto, os profissionais de saúde possuem papel fundamental para proporcionarem uma morte digna e sem sofrimento, por meio de uma assistência que conceda conforto psíquico, social e espiritual⁽¹⁵⁾.

Por não considerar viáveis os tratamentos invasivos nas situações de final de vida, os participantes do estudo julgaram tais atitudes com o significado de esforços fúteis ou inúteis, e acreditam que se torna necessário respeitar o limite do corpo humano e não persistir com técnicas de manutenção da vida, quando o necessário é respeitar a finitude.

Assim, os participantes desta pesquisa concordam com a premissa de que optar pelo prolongamento da vida por meio de procedimentos invasivos afrontam a dignidade

na finitude da vida, confirmando resultados de estudo anteriormente realizado⁽⁴⁾. Os participantes concordam ainda que o empenho no prolongamento da vida promove maior sofrimento para os envolvidos no processo de morte, e mais, pensam que esta ação acarreta a designação de recursos desnecessários. Outro estudo acrescentou poderem ser utilizados esses recursos em pacientes com prognóstico de cura⁽¹⁶⁾.

Os profissionais apreendem que os limites do corpo devem ser respeitados e o cuidado deve coexistir na finitude da vida, sem as medidas invasivas as quais estariam indo ao encontro dos princípios da distanásia:

[...] tem que respeitar o limite do corpo do paciente que não indicam mais medidas tão invasivas, como usar drogas vasoativas, como alguns procedimentos mais invasivos, antibióticos de última geração, que não vão fazer mais efeito no caso e pode ser retirado [...]. (P3)

Quando indagados sobre a definição de distanásia, afirmaram esta significar o prolongamento da vida permeada de sofrimento:

Distanásia é prolongar o sofrimento [...] o prolongamento do que não tem mais cura [...]. (P20)

Distanásia é quando o profissional de saúde fica prolongando a vida [...] sem o paciente ter um prognóstico eficiente [...]. (P12)

Consideram que postergar uma morte não significa salvar uma vida com investimentos em tratamentos os quais não possuem a perspectiva de um prognóstico eficiente, induzindo, assim, os indivíduos em final de vida à distanásia. Assim, este último conceito pode ser entendido como "uma morte difícil, penosa, usada para o adiamento da morte e do prolongamento da vida biológica, sem qualidade de vida e sem dignidade, com o propósito de aumentar o tempo de vida através de todos os recursos disponíveis"⁽⁴⁾.

Uma outra questão interessante foi que na percepção desses profissionais, os conceitos éticos, os quais envolvem a terminalidade do indivíduo, são considerados válidos apenas para exercício profissional, excetuando experiências pessoais com seus familiares, geralmente permeadas de envolvimento emocional mais intenso e com uma perspectiva diferenciada.

Para os depoentes, a morte deve ser enfrentada naturalmente na prática profissional, porém apresenta-se diferente quando acontece com um familiar:

Esses conceitos que você possa ter são válidos do seu ponto de vista intelectual e profissional, mas quando você parte para o lado emocional, ele descaracteriza, porque quando você passa a ser o familiar que está perdendo alguém, tudo é diferente, você quer que seja feito tudo para ele viver. (P9)

O profissional de saúde ao saber que um ente querido está sob cuidados intensivos, em situação de terminalidade da vida, sente-se impotente e passa por um forte impacto emocional. Neste momento, torna-se semelhante aos familiares dos pacientes em processo de morte que assistiram cotidianamente. Estudo comprovou que na situação vivenciada enquanto familiar, a opção pela distanásia foi a escolha de maior prevalência e os autores afirmam ser necessária uma discussão na sociedade sobre distanásia e ortotanásia para o entendimento de que o prolongamento da vida se dá às custas do sofrimento de todos os envolvidos⁽¹⁷⁾.

A compreensão sobre a ortotanásia e a distanásia para estes profissionais apresenta-se em diversas nuances, agregando conceitos éticos e experiência profissional para conferir um entendimento condizente com o processo de morrer do século XXI. Consideram de grande valor a dignidade humana na terminalidade da vida, apesar do avanço tecnológico nesta área. As suas falas revelam que a distanásia é um recurso pelo qual optariam ou não conforme as experiências vivenciadas com familiares. Portanto, não é clara entre eles a compreensão sobre ortotanásia e distanásia, sendo indispensável uma ampla abordagem do tema, a fim de esclarecer dúvidas as quais envolvam o processo de morrer.

Percebendo o contexto da tomada de decisão

Esta categoria aborda um olhar individualizado sobre a ortotanásia e a distanásia, revelando um caráter humanista e piedoso na ortotanásia, considerado um método ao qual devemos recorrer apenas quando não mais houver esperança. Nesses casos, tendo em vista a impossibilidade da cura, que ao menos lhes seja dado o cuidado necessário:

[...] o paciente não é curável, mas é cuidável, eu acho que isso se resume bem a ortotanásia, não tem cura, mas você tem de cuidar, não ter dor, não sofrer. (P20)

Aliviar o sofrimento e proporcionar o cuidado aos doentes na fase final da vida faz-se necessário, pois, mesmo sem possibilidades terapêuticas, ainda há muito o que fazer. Os pacientes podem receber considerável conforto e os cuidados paliativos⁽¹⁵⁾.

Entretanto, percebe-se nos relatos que a ortotanásia deve ser uma decisão tomada em conjunto, devendo existir uma discussão entre a equipe, com a inserção e consentimento da família, baseado em critérios e protocolos, e não somente na experiência profissional:

[...] uma avaliação tem que ser de vários profissionais, para poder dizer que não tem indicação de investir ou não deve investir. (P4)

[...] acho que tem que ter um critério para uma decisão baseada em protocolo, porque se for baseado só na experiência de algum plantonista, todo mundo é sujeito a erro. (P3)

É importante enfatizar a necessidade da discussão entre a equipe e a família do paciente em final de vida para a tomada de decisão, visto que seria mais fundamentada nos aspectos bioéticos e legais, não recaindo a responsabilidade somente para o profissional^(5,14).

Nos discursos, os profissionais da equipe consideraram que os médicos detêm o monopólio da escolha para conduzir a tomada de decisão frente ao processo de morte, optando pela distanásia ou ortotanásia:

[...] são decisões médicas [...]. (P14)

O enfermeiro cumpre prescrição, prescrição médica, não tem como ele criticar ou negar uma prescrição médica diante de outro profissional, aí foge a ética, vai para uma questão ética. (P8)

A decisão final e a responsabilidade legal da condução do tratamento são do médico, porém, é de extrema importância o envolvimento de uma equipe multiprofissional e da família na tomada de decisões frente à ortotanásia e à distanásia⁽²⁾.

A falta de comunicação entre os profissionais foi relatada, principalmente a proveniente dos médicos. Relatam serem suas ações caracterizadas pelo individualismo e falta de continuidade das condutas tomadas no cuidado

aos pacientes. Acrescentam que as ações médicas geram mais sofrimento e angústia na família e no próprio paciente:

[...] a gente trabalha com os plantonistas, infelizmente eles não trabalham seguindo condutas, dando continuidade às condutas, trabalham cada um dando a sua conduta, com isso sofre o paciente [...]. (P8)

As condutas médicas, quando seguidas isoladamente, contribuem para as indecisões diante das situações do fim da vida, causando desconforto em profissionais de outras áreas por não participarem da tomada de decisão⁽¹⁴⁾.

Consideram importante haver também um diálogo com os familiares, a fim de um esclarecimento quanto à ortotanásia e a distanásia, uma vez que a falta de compreensão quanto aos temas favorece a prática da distanásia, pelo fato de o familiar estar emocionalmente envolvido e não ser preparado para a perda do seu ente querido. Tal fato favorece a opção do profissional pelo prolongamento da vida:

[...] tem que ter uma relação boa com a família para evitar qualquer problema, para decidir bem essa questão, explicar que não vai trazer muita vantagem, mas a família às vezes faz questão de investir e ir até o último suspiro. (P3)

Observa-se na fala de P3 que a base para o profissional decidir pela ortotanásia ou distanásia se sustenta no conhecimento e experiência por um lado e na boa relação com a família por outro, o que implica apresentar explicações as quais possam ser perfeitamente entendidas pela família, conferindo apoio emocional para ambas as partes. Esta comunicação atravessa todas as ações do cuidado, e a forma como acontece será o diferencial entre a beneficência e a maleficência, lembrando que atentar para a comunicação em um ambiente onde predomina o efetivo, significa o resgate da importância do afetivo⁽⁵⁾.

Através da comunicação, os profissionais consideram necessário proporcionar apoio psicológico para os familiares, envolvendo acolhimento tanto pelo médico quanto pela enfermagem, expondo sempre a verdade sobre as condições do paciente:

[...] tem que ter um trabalho psicológico e um trabalho do médico juntamente com a família [...].

Quando o médico e o enfermeiro se aproximam da família, expondo sobre as reais condições do paciente, aí fica mais fácil [...]. (P8)

[...] quando elas são bem orientadas por um grupo de profissionais bem capacitados [...] acabam entendendo que não é viável prorrogar o sofrimento de alguém, o próprio paciente acaba se confortando [...]. (P16)

A oferta de uma assistência ativa e afetiva composta por ações que contemplam todas as esferas do cuidado estabelecem confiança na relação⁽¹⁸⁾. E uma comunicação adequada entre os profissionais, pacientes e familiares tende a reduzir as incertezas e direcionar as condutas médicas, baseada em informações claras e pertinentes, tornando-se um fator primordial para a discussão na tomada de decisão no processo final de vida⁽¹⁹⁾.

Outro fator importante evidenciado nos discursos e concernente à tomada de decisão foi a religiosidade. Os sujeitos da pesquisa consideram-na capaz de possibilitar a percepção de que a vida possui valor absoluto, devendo ser preservada em toda e qualquer circunstância, não sendo cabível ao profissional a tomada de decisão no processo final de vida, pois esse poder compete apenas a Deus:

[...] quem somos nós para dizer que fulano ou beltrano tem um prognóstico fechado, a gente sabe, às vezes, com toda certeza se é cabível ou não um paciente sair ou não, pela experiência, pela vida que a gente tem dentro de uma UTI, mas eu acredito que assim para Deus nada é impossível [...]. (P11)

Nesse sentido, aparece uma contradição entre a certeza dada pelo conhecimento e a experiência e o respeito e observância do dogma religioso, como um dilema ético, pois a religiosidade pode entrar nesse processo com a finalidade de induzir o indivíduo a motivações e pulsões, de modo a atingir uma força pessoal maior que o estimule a contemplar o que não consegue dominar⁽²⁰⁾ e, desta forma, não decidir pela distanásia pode gerar conflito, até porque foi considerado impossível descartar a melhora de um paciente terminal, defendendo a ideia de não haver quadros irreversíveis:

[...] Pacientes que todo mundo acha que não vão durar uma semana e eles duram muito mais e melhoram, podem até morrer depois, mas eles evoluem como se tivessem, assim, grandes

chances de sair da UTI e conseguir ter uma vida lá fora (P21)

Embora os profissionais da equipe de saúde saibam que existe iminência de morte em pacientes terminais, esperam, em alguns casos, que o quadro clínico possa ser revertido e o paciente consiga a recuperação plena⁽¹⁴⁾. Nesses casos, talvez deva ser pensado que ainda não é chegado momento o qual caracteriza a iminência de morte.

Para os profissionais de saúde, o prolongamento da vida possui interpretações distintas, a de ampliar a vida, convergindo com o prolongamento do sofrimento do paciente, e a de prolongar a vida, podendo trazer consequências importantes como a possibilidade de se despedir de entes queridos e resolver problemas inacabados.

[...] O primeiro é aquele em que você vê aquilo como um sofrimento que você está estendendo uma condição patológica e você interpreta aquilo como sofrimento [...] O outro é interpretado como mais tempo aqui nesse plano, não é uma relação de religião, mas é tempo de vida [...] pode ser uma possibilidade de despedida, de resolver um problema inacabado, de desculpas, de perdão [...]. (P5)

Os profissionais participantes deste estudo, por considerarem a prática da ortotanásia responsável pela promoção do conforto no processo de morte, e a distanásia promotora de esperança na cura, compreendem que a tomada de decisão deve ser muito bem trabalhada entre a equipe, os familiares e o paciente, pois reconhecem que estão diante de uma situação complexa a qual envolve muitos fatores.

Ponderando a Ortotanásia e a Distanásia na finitude da vida

Na finitude da vida, aspectos éticos devem ser ponderados, e na prática dos profissionais deste estudo, a ortotanásia e a distanásia têm sido vivenciadas constantemente. Embora não estejam satisfeitos com a tomada da decisão frente à morte, ponderam as possibilidades as quais lhes são permitidas, pois o evento “morte” é complexo e envolve uma ambivalência com foco nos dilemas éticos que podem se apresentar ao profissional, requisitando discussão séria e comprometida em busca da dignidade no processo de morte⁽¹⁷⁾.

Nos seus relatos, eles atentam para a falta de um protocolo, a fim de regularizar sua prática e guiá-los nas escolhas das decisões:

É uma prática que se faz em qualquer UTI do mundo, né? Qualquer UTI do Brasil e acho que se faz adequadamente, só que eu acho que também a maioria não tem protocolo em relação a isso. (P3)

A presença de um protocolo permitiria maior respaldo legal ao profissional, diante do diagnóstico de fora de possibilidades terapêuticas⁽²¹⁾. Assim, a prática da ortotanásia poderia disponibilizar inúmeros benefícios para o paciente e para o familiar, já que visa evitar o sofrimento e promover um conforto para o paciente, porém salientam que ela deve ser praticada de forma coerente:

[...] acho que evita sofrimento [...] objetivamente evita mais gastos, evita, às vezes, desperdícios de algum material que seria utilizado para outro paciente com mais chances, com prognóstico e acho que traz benefícios sim. Pra família também, agora tem de ser uma coisa bem conversada. (P3)

Ressaltam não serem apenas os pacientes os destinatários dos benefícios supramencionados, sua família também é diretamente afetada pela prática da ortotanásia:

Acho que sim [há benefícios], a questão da dor [...] acho que tem benefício sim, tanto para a família pela questão da dor. (P13)

A percepção da equipe, enquanto profissionais em exercício na UTI, é que a distanásia apresenta-se predominantemente negativa, partindo de argumentos os quais vão do pragmatismo econômico a outros ligados à dignidade do paciente:

A gente percebe [...] Primeiro o prejuízo, o custo financeiro para a unidade, como para o próprio paciente e para a família do paciente. (P1)

[...] você vê pela cor do paciente, da estrutura do paciente, aquele edema, aquele odor que já passou de muitos dias, que já era para ter ido há muito tempo, porém por causa das drogas ele só está ali sobrevivendo, eu sou contra. (P22)

Consideram que a distanásia não atribui benefícios no processo de morte, e proporciona sofrimento pela depreciação das condições físicas do paciente, acarretando também gastos excessivos e não justificados.

Benefício nenhum, você só vai prolongar o sofrimento do paciente e o sofrimento da família. (P25)

A distanásia, por ser sinônimo de tratamento desnecessário, não traz benefício algum para o paciente em sua fase terminal, somente consequências negativas⁽⁵⁾. Para os sujeitos estudados, a distanásia será uma opção quando houver razões familiares e atribuem benefícios apenas para a família, diante de circunstâncias as quais podem se manifestar por razões egoístas ou falta de conhecimento e esclarecimento dos familiares sobre o processo de morte:

[...] às vezes, a família quer manter o paciente por questões financeiras, por questão de apego ao cotidiano, a falta da pessoa, do ser humano, apego financeiro, apego emocional e apego espiritual [...] as pessoas ainda não são esclarecidas quanto à parte espiritual [...] as pessoas têm conhecimento, mas a ignorância mental ainda é muito grande. (P8)

Faz-se necessária a compreensão por parte dos familiares e um bom relacionamento com os profissionais da equipe, dado que muitas vezes a iminência da morte de um ente querido pode fazer com que cada um aja de maneira distinta, com o intuito de preservar a vida a todo custo⁽¹⁴⁾. Evidenciou-se também o caráter o qual transcende do individual para o coletivo nas práticas de ortotanásia e distanásia, analisadas em um contexto abrangente, não apenas de convicções pessoais e discricionárias:

É uma coisa muito delicada, porque envolve não só o contexto científico, mas assim, envolve o contexto religioso, envolve o contexto do próprio psicológico do profissional, da referência, da contra-referência, da transferência, que você tem a respeito daquele paciente. (P19)

Embora seja um entendimento predominante o de que as medidas possuem caráter meta individual, os profissionais de saúde conseguem perceber os impactos e as possibilidades advindas da ortotanásia e da distanásia, sejam eles positivos ou negativos. Sobre a ortotanásia, existe uma demanda pela sua regulamentação,

além de proporcionar benefícios com a finalidade de promover o conforto, beneficiando também os familiares. Já a distanásia, foi vista pela maioria como sem benefício algum, mas há aqueles que citam benefícios apenas aos familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer a percepção dos profissionais da equipe de saúde de uma UTI quanto aos temas éticos de ortotanásia e distanásia. Foi evidenciado o desconhecimento dos conceitos éticos acerca da ortotanásia e da distanásia, sinalizando a necessidade de uma discussão mais abrangente com os profissionais de saúde, com ênfase nos posicionamentos divergentes quanto às referidas práticas.

A oferta de uma morte digna é percebida como prioritária no cuidado ao paciente em final de vida, pois a diminuição do sofrimento do paciente e do familiar é fundamental na tomada de decisão da equipe. Porém, a equipe multiprofissional deve estar disponível e envolvida conjuntamente na tomada de decisão frente à morte.

Os resultados desse estudo foram satisfatórios, considerando a sua contribuição para compreender esta temática, revelando os diversos pontos de vista de toda a equipe multiprofissional. Foi evidenciada a necessidade de maiores discussões sobre as questões éticas, principalmente sobre a ortotanásia e a distanásia, as quais fazem parte do cotidiano de uma UTI. Assim, poder-se-á desenvolver mudanças na tomada de decisão frente à morte.

Por fim, este trabalho não pretende esgotar a temática, mas espera-se que a proposta apresentada possa estimular o aprofundamento das discussões nos referidos temas éticos e, ainda, encontra-se uma necessidade maior de publicações sobre esse assunto e os aspectos éticos e legais que respaldam os profissionais de saúde e a prática da enfermagem no contexto do cuidado no processo de morte.

ORTHOTHANASIA AND DYSTHANASIA: PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS OF AN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT

Research involving the process of death regarding dysthanasia, which is defined as therapeutic obstinacy practiced with the aim to postpone death, and Orthothanasia, which is death in its natural process, without further

treatment. The study aimed to recognize the perception that professionals of the health team working in an intensive care unit have about situations of Orthothanasia and Dysthanasia. The study was conducted in a university hospital. Data were collected through semi-structured interviews with 25 health professionals and submitted to thematic content analysis. Three related categories emerged: Seizing Orthothanasia and Dysthanasia; Realizing the decision-making context; Pondering Orthothanasia and Dysthanasia in the finitude of life. The perception of health professionals regarding Orthothanasia and Dysthanasia requires discussions that consider the ethical concepts involved in interventions adopted in the process of death in order to provide basis to the multidisciplinary team, family and patients in decision making at the end of life.

Keywords: Health team. Intensive Care Unit. Orthothanasia. Dysthanasia.

ORTOTANASIA Y DISTANASIA: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMEN

Investigación que implica el proceso de muerte, tratando la distanasia, que constituye en la obstinación terapéutica a fin de aplazar la muerte, y la Ortotanasia, que constituye en la muerte en su proceso natural, sin prolongar el tratamiento. Tuvo como objetivo reconocer la percepción de los profesionales del equipo de salud que actúan en la unidad de cuidados intensivos, acerca de las situaciones de Ortotanasia y Distanasia. Realizado en un hospital universitario. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas con 25 profesionales de salud y sometidos al análisis de contenido temático. Surgieron tres categorías relacionadas: Comprendiendo la Ortotanasia y la Distanasia; Percibiendo el contexto de la toma de decisión; Ponderando la Ortotanasia y la Distanasia en la finitud de la vida. La percepción de los profesionales de salud referente a la Ortotanasia y a la Distanasia exige discusiones sobre los conceptos éticos que comprenden las intervenciones en el proceso de muerte, posibilitando una base del equipo multiprofesional, familiares y pacientes en la toma de decisión en el final de la vida.

Palabras clave: Equipo de salud. Unidad de cuidados intensivos. Ortotanasia. Distanasia.

REFERENCIAS

- Almeida LF. Terminalidade humana na UTI: reflexões sobre a formação profissional e ética diante da finitude. *Revista HUPE* [online]. 2013 jul-set; 12(3):147-53. [citado 2014 nov 19]. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=430
- Silva FS, Pachemshy LR, Rodrigues IG. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia Intensiva. *Rev bras ter intensiva* [online]. 2009 jul-set; 21(2):148-54. [citado 2014 nov 24]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n2/06.pdf>
- Kovács MJ, A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev Bioét* [online]. 2014 abr; 22(1):94-104. [citado 2015 ago 14]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100011&lng=e
- Felix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte MCS, Brito FM. Eutanásia, distanásia e ortotanasia: revisão integrativa da literatura. *Cienc saude colet* [online]. 2013 set; 18(9):2733-46. [citado 2014 nov 19]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900029&lng=en
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>
- Biondo CA, Silva MJP, Secco LMD. Distanásia, eutanásia e ortotanasia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2009 set-out; 17(5):613-9. [citado 2014 abr 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/03.pdf>
- Sanches KM, Seidl EMF. Ortotanasia: uma decisão frente à terminalidade. *Interface (Botucatu)* [online]. 2013 jan-mar; 17(44):23-34. [citado 2014 nov 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a03v17n44.pdf>
- Cruz MLM, Oliveira RA. A licitude civil da prática da ortotanasia por médico em respeito à vontade livre do paciente. *Rev Bioét* [online]. 2013; 21(3):405-11. [citado 2014 nov 19]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a04v21n3.pdf>
- Santos MFG, Bassitt DP. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanasia. *Rev bras ter intensiva* [online]. 2011 out-dez; 23(4):448-54. [citado 2014 nov 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n4/a09v23n4.pdf>
- Conselho Federal de Medicina(BR). Resolução nº 1.805/2006. Brasília(DF) [online]. 2006 nov. [citado 2014 nov 24]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.pdf
- Conselho Federal de Medicina(BR). Código de Ética Médica [online]. 2010. [citado 2014 nov 22]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução Cofen nº 311 de 2007 [online]. Lex: Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2007. [citado 2014 nov 21]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3112007_4345.html
- Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional(BR). Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Resolução nº424, de 08 de jul. de 2013 [online]. Lex: 232ª Reunião Plenária Ordinária, 08 de Jul. de 2013; Sede do COFFITO. Brasília(DF). [citado 2014 nov 21]. Disponível em:

<http://www.coffito.org.br/site/index.php/fisioterapia/codigo-de-etica.html>

13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (Pt): Edições 70; 2014.

14. Bisogno SBC, Quintana AM, Camargo VP. Entre a vida enferma e a morte sadia: a ortotanásia na vivência de enfermeiros em unidade de terapia intensiva. *Remex: Rev Min Enferm* [online]. 2010 jul-set; 14(3):327-34. [citado 2014 nov 24]. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4d3079563e899.pdf

15. Daronco FV, Rosanelli CLSP, Loro MM, Kolankiewicz ACB. Cuidados paliativos a pacientes oncológicos: percepções de uma equipe de enfermagem. *Cienc cuid saúde* [online]. 2014 out-dez; 13(4):657-64. [citado 2014 dez 16]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/191466>

16. Fortes PAC, Pereira PCA. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. *Rev Assoc Med Bras* [online]. 2012 maio-jun; 58(3):335-40. [citado 2015 ago 21]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000300014&lng=en

17. Silva JAC, Souza LEA, Silva LC, Teixeira RKC. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. *Rev Bioét* [online]. 2014 ago;

22(2):358-66. [citado 2015 ago 21]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200018&lng=en

18. França JRFS, Costa SFG, Andrade CGA, Costa ICP, Souza, Duarte MCS. Vivência de enfermeiros no cuidado à criança em fase terminal: estudo à luz da teoria humanística de enfermagem. *Cienc cuid saúde* [online]. 2014 jul-set; 13(3):425-32. [citado 2015 ago 21]. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17139/pdf_212

19. Santana JCB et al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. *Rev Bioét* [online]. 2013; 21(2):298-307. [citado 2014 nov 23]. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/820/908

20. Santana JCB, Lucas CP, Fraga EM, Souza LAC, Santos TMB. Ortotanásia: uma visão multidisciplinar acerca do morrer com dignidade. *Enferm Rev* [online]. 2014 jan-abr; 17(1):14-29. [citado 2014 nov 21]. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/7035>

21. Silva KCO, Quintana AM, Nietsche EA. Obstinação terapêutica em unidade de terapia intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. *Esc Anna Nery* [online]. 2012 out-dez;

Endereço para correspondência: Isabel Comassetto, Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins, ESENFAR, CEP: 57072-900, Maceió, Alagoas, Brasil. Telefone: (82) 32141170. E-mail: isabelcomassetto@gmail.com

Data de recebimento: 12/02/2015

Data de aprovação: 14/08/2016