



ORIGINAL ARTICLE

PERCEPTIONS OF THE TEAM OF NURSING ON THE DISTANÁSIA: IT'S POSSIBLE TO DIE WITH DIGNITY?

PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A DISTANÁSIA: É POSSÍVEL MORRER COM DIGNIDADE?

PERCEPCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA SOBRE LA DYSTHANASIA: ES POSIBLE MORIR CON DIGNIDAD?

Joseane Martins Batista¹, Ana Cristina Viana Campos², Karine Luciano Barcelos³, Bianca Santana Dutra⁴, Júlio César Batista Santana⁵

ABSTRACT

Objective: to understand the meanings attributed to distanasia and how the nursing staff dealing with the patient's suffering. **Methodology:** descriptive and exploratory study from qualitative approach, in a public hospital in a small village from Minas Gerais, Brazil. They were eight nurses who participated in this study. Data collection was from February to May 2008. The researcher was to find evidence of the subject, his talk spontaneously, without prior interpretations, with a guiding question: *What do you understand by distanasia? How do you deal with the patient's suffering?* **Results:** after analyzing the data, emerged three categories: questions about the limits of intervention, palliative care and humane, the medical technology at the end of life. **Conclusion:** the concept of the term distanasia is not clear, but in the routine of work in complicated situations related to the process of dying. The nurses' talk showed uncertainty about the limits of intervention. **Descriptors:** distanasia; hospice care; nursing.

RESUMO

Objetivos: compreender os significados atribuídos à distanásia e como a equipe de enfermagem lida com o sofrimento do paciente. **Metodologia:** estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, realizado em um Hospital público do interior de Minas Gerais. Participaram oito enfermeiros e a coleta de dados foi de fevereiro a maio de 2008. O pesquisador foi ao encontro dos depoimentos do sujeito, do seu falar espontâneo, sem interpretações prévias, com uma questão norteadora: "O que você entende por distanásia? Como lidar com o sofrimento do paciente?" **Resultados:** três categorias emergiram: dúvidas sobre o limite da intervenção; cuidados paliativos e humanização; a tecnologia médica no fim da vida. **Conclusão:** o conceito de distanásia não está claro, mas presente na rotina de trabalho em situações complicadas relacionadas ao processo de morrer. As falas dos enfermeiros revelam insegurança quanto aos limites de intervenção. **Descritores:** distanásia, cuidados paliativos, enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: comprender los significados atribuidos a dysthanasia y la forma en que el personal de enfermería que tratan con el sufrimiento del paciente. **Metodología:** estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo, en un hospital público en el interior de Minas Gerais. Los participantes del estudio fueron ocho enfermeros. La recopilación de datos se produjo en los meses de febrero a mayo de 2008. El investigador era encontrar pruebas de la materia, su charla espontánea, sin previa interpretación, con una pregunta orientadora: "¿Qué quiere decir con dysthanasia? Cómo tratar con el sufrimiento del paciente?" **Resultados:** después de analizar los datos, surgieron tres categorías: preguntas acerca de los límites de la intervención, los cuidados paliativos y humanos, la tecnología médica en la final de la vida. **Conclusión:** para los profesionales entrevistados, el concepto de dysthanasia no está claro, pero en la rutina de trabajo en situaciones complicadas relacionadas con el proceso de morir. El hablar de las enfermeras mostró incertidumbre sobre los límites de la intervención. **Descriptores:** dysthanasia; los cuidados paliativos; enfermería.

^{1,3}Enfermeiras. Especialistas em Enfermagem em Urgência, Emergência e Trauma pelo Instituto de Educação Continuada de Sete Lagoas da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mails: josianamb@yahoo.com.br, karinebarcelos@bol.com.br; ²Dentista. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Odontologia Saúde Coletiva. E-mail: hannakaxyss@hotmail.com; ⁴Acadêmica de enfermagem pela Faculdade Ciências da Vida - FCV, Sete Lagoas. E-mail: bianca27santana@yahoo.com.br; ⁵Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo. Professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: julio.santana@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A enfermagem se depara com momentos conflitantes em todo o processo de trabalho, em especial com o processo do morrer nas instituições de saúde. Essa é uma profissão marcada por troca mútua de experiências, sentimentos e anseios, mediante aos avanços de medicina, às dificuldades na tomada de decisões, e na interação com a equipe.

Diante dessas funções, situações geradoras de grandes dilemas éticos no que concerne ao prolongamento ou interrupção das medidas terapêuticas.¹ Deve à vida humana independente de sua qualidade, ser preservada sempre? A medicina pode fazer, a qualquer custo, tudo que lhe permite seu arsenal terapêutico? Há que se decidir se estamos ampliando a vida ou simplesmente adiando a morte.²

O debate sobre o fim da vida e até onde intervir é necessário e inevitável.³ No entanto, perceber o momento de evitar abusos no tratamento além dos limites e de manter os cuidados paliativos, visando a respeitar a dignidade da pessoa no processo da finitude, ainda é uma questão problemática.

Desde a década de 90, no Brasil, falar sobre eutanásia tem despertado opiniões paradoxais.⁴ A eutanásia tem sido noticiada na mídia ao contrário da distanásia que é pouco conhecida e utilizada no meio acadêmico científico brasileiro.²

O profissional da saúde mantém certo distanciamento do processo de morte nas instituições de saúde. Sentem-se despreparados e muitos percebem a morte como um fracasso, como algo obscuro, que não deve acontecer e, neste contexto, buscam lutar de forma incessante contra a morte, utilizando de todos os recursos, sem respeitar a dignidade do morrente.

A proximidade da equipe de enfermagem com o paciente no cotidiano hospitalar deveria possibilitar sua participação no processo de tomada de decisão de dilemas éticos.¹

A bioética tem sua preocupação centrada no estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que essa conduta é examinada a luz de valores e princípios morais; sendo que alguns conceitos importantes nos auxiliam a entendê-la. Primeiramente destacamos a justiça que remete a um tratamento justo, equitativo e

apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas.⁵

A não-maleficência determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. Por outro lado, a beneficência significa atos de compaixão, bondade e caridade. Algumas vezes, o altruísmo, o amor e a humanidade são também considerados formas de beneficência.

Por último, a autonomia possui inúmeros significados, tais como autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, vontade, motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo. Refere-se ao respeito à vontade e ao direito de autogovernar-se, favorecendo que a pessoa possa participar ativamente dos cuidados à sua vida.

A bioética, nas últimas décadas, vem discutindo sobre quais devem ser os limites de intervenção necessária e prudente sobre o indivíduo para se evitar a distanásia lembrando-se que o avanço tecnológico e científico na medicina e nas ciências da saúde aumentou o poder de intervenção sobre o ser humano e possibilitou o adiamento da morte, à custa, muitas vezes, de prolongado e desnecessário sofrimento para os indivíduos e suas famílias.⁶

Discutir as questões inerentes à distanásia, contemplando a percepção de todos, em especial da equipe de enfermagem, que vivenciam esta situação no cotidiano laboral, poderá ser um grande passo para encarmos de forma mais verdadeira o que está acontecendo no cenário atual do processo do morrer.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo compreender os significados atribuídos à distanásia e como lidar com o sofrimento do paciente pela equipe de enfermagem.

METODOLOGIA

Para compreender os significados atribuídos à distanásia e ao processo de morrer com dignidade na percepção da equipe de enfermagem, recorreremos a um estudo de natureza descritiva, exploratória na vertente qualitativa focando nossa análise nos valores e condutas humanas.

Os valores disseminam-se no nível descritivo, buscando uma aproximação com a essência vinculada à existência humana.⁷ Nesta metodologia, o pesquisador foi ao encontro dos depoimentos ingênuos do sujeito, do seu falar espontâneo, sem interpretações prévias, com uma questão

norteadora que possibilita um fluir de um livre relato do sujeito.

A pesquisa qualitativa para o campo clínico, destaca-se o cenário das vivências em saúde, sendo "aquele que busca interpretar os significados - de natureza psicológica e complementarmente sociocultural - trazidos por indivíduos (pacientes ou outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas da saúde, tais como familiares, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade), acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença, tentamos com esse método desvelar os fenômenos".⁸

Esta pesquisa foi realizada em um Hospital público do interior de Minas Gerais. Participaram do estudo oito enfermeiros, graduados em nível superior, com experiência em unidades de terapia intensiva (UTI's). A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a maio de 2008, as entrevistas foram desenvolvidas em salas reservadas e os informantes foram identificados com os seguintes pseudônimos: respeito, dignidade, autonomia, sentimento, humanização, vida, liberdade, atenção.

Apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, conforme a Resolução 196/96⁹ que determina as diretrizes da pesquisa envolvendo seres humanos, esclarecendo o motivo da pesquisa, sendo aprovada a realização do estudo pelo Comitê de ética da PUC/MG pelo parecer n° CAAE 0324.0.000.123-08

A forma encontrada, para o desenvolvimento da pesquisa, deu-se através de uma ficha de identificação e uma entrevista gravada contemplando as questões norteadoras: "O que você entende por distanásia? Como lidar com o sofrimento do paciente?"

Após a transcrição na íntegra e a análise dos dados, emergiram as seguintes categorias:

- Dúvidas sobre o limite da intervenção
- Cuidados paliativos e humanização
- A tecnologia médica no fim da vida

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Dúvidas sobre o limite da intervenção

A distanásia é um neologismo composto do prefixo grego dys, que significa ato defeituoso, e thanatos, morte. Trata-se de morte defeituosa, com aumento de sofrimento e agonia.¹⁰

É considerada uma terapia médica prolongada que tenta afastar a morte, e em

alguns casos, trata-se de uma luta incessante contra a morte. Esse procedimento é conhecido nos Estados Unidos como tratamento fútil e na Europa como obstinação terapêutica.¹¹

Uma ação, um procedimento ou uma intervenção da medicina que não consegue atingir seus objetivos, isto é, beneficiar o paciente, acabando, ao contrário, por prolongar de forma desnecessária seu processo de morte, levando sofrimento a ele e aos familiares.¹² Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer.¹¹

A distanásia que consiste em atrasar o processo da morte através de atitude terapêutica é diferente de obstinação terapêutica, que para o autor é a insistência num tratamento não apropriado. Contudo, na prática, o significado é o mesmo.¹³

A distanásia é sempre o resultado de uma determinada ação ou intervenção médica que, ao negar a dimensão da mortalidade humana, acaba absolutizando a dimensão biológica do ser humano.¹⁰

Segundo a autora, parece obrigar às pessoas a processos de morte lenta, ansiosa e sofrida, sendo sua suspensão uma questão de bom senso e racionalidade.

Já a eutanásia é um conceito relacionado ao suicídio assistido que acontece quando uma pessoa gravemente acometida por uma moléstia incurável, sendo incapaz de tornar fato sua disposição de morrer, solicita o auxílio de outra.³

Nem sempre os profissionais estão cientes a esses conceitos, mesmo convivendo com situações de morte o tempo todo:

[...] maioria do profissional não tem essa idéia de distanásia e eutanásia, as pessoas não sabem o que fazer [...] (Respeito)

[...] distanásia é você complicar o processo natural de morrer [...] prognóstico não definido, o primeiro objetivo é a vida, mesmo com as conseqüências, independente do que o profissional esteja esperando [...] (Atenção)

Pacientes graves mantidos por longos períodos na UTI dificultam a identificação de limites terapêuticos nesse ambiente, porque em alguns casos a morte é inevitável, sendo apenas retardada a um alto custo financeiro, social e psicológico para todas as partes envolvidas nesse processo.¹⁴

A tecnologia moderna introduziu um novo nível de escolhas, para as quais a medicina não tem respostas exclusivas, visto que estas

se tomaram questões de valor e não só de ciência.¹²

Esta atitude de tentar preservar a vida a todo custo é responsável por um dos maiores temores do ser humano na atualidade, que é o de ter a sua vida mantida à custa de muito sofrimento, solitário numa UTI, ou quarto de hospital, tendo por companhia apenas tubos e máquinas.¹⁰

A questão de manter, ou não, os aparelhos ligados é mais complicada, pois, embora se trate de quadro irreversível, ainda há vida, e desligá-los, mesmo que para evitar sofrimento adicional, provoca a morte. Estas não são resoluções simples, demandando considerações e reflexões por parte da equipe de saúde.

As falas das enfermeiras revelam as dúvidas que esse tema provoca nos profissionais:

[...] às vezes tenho minhas dúvidas se estamos fazendo o melhor para o nosso paciente [...] quais são os limites de intervenção [...] será que se continuar com as intervenções nos pacientes sem possibilidades terapêuticas, não estaríamos prolongando o seu sofrimento e dos familiares? (Autonomia)

[...] que tem o direito de decidir sobre os limites de intervenções? [...] o paciente precisa ser visto como um ser humano e não um objeto [...] deve respeitar sim a dignidade do morrente (Sentimento)

[...] manter ou não os aparelhos ligados [...] tenho minhas dúvidas [...] acho que a equipe não está preparada [...] talvez alguns tenham um conhecimento melhor, devido à experiência, devido saber respeitar os limites entre a vida e a morte. (Dignidade)

[...] minha opinião enquanto enfermeiro sobre distanásia, não sou de acordo, pois acho que é prolongar o sofrimento do paciente... Na realidade o paciente não tem cura [...] (Humanização)

[...] em certas situações manter o sofrimento da pessoa é um desrespeito a dignidade do morrente, dos seus familiares e da equipe [...] (Vida)

[...] não sou a favor de prolongar o sofrimento com o emprego de tecnologias sem critérios por parte da equipe [...] (Liberdade)

[...] particularmente a distanásia não tem esse conceito de morte difícil, sofrida, é um processo natural, faz parte da vida e todos nós iremos passar por ele [...] eutanásia é um conceito complexo, pois o que seria morrer fácil, e não concordo com a eutanásia [...] (Respeito)

As práticas médicas relacionadas aos cuidados com o fim da vida variam bastante em diferentes países, culturas e regiões. Embora este tema já seja amplamente estudado em países desenvolvidos, poucos dados estão disponíveis sobre de que forma essa prática é realizada em países em desenvolvimento.¹⁴

Um estudo qualitativo realizado com 13 pacientes em um hospital geral público em Fortaleza mostrou que as competências dos profissionais mais valorizadas pelos pacientes estavam relacionadas ao saber cuidar da pessoa, em ser afetivo, e conversar e incluir o paciente na tomada de decisão.¹⁵

As dificuldades maiores estão relacionadas com alguns profissionais da saúde, que não conseguem reconhecer irreversibilidade da morte e muitos deles têm dificuldades de comunicarem este fato à família.¹⁰

Estudos recentes destacam uma mudança de atitudes paternalistas que simplesmente prolongam tratamentos em busca de maior participação do paciente nas decisões com respeito a sua autonomia e qualidade de vida. Quando se favorece a autonomia, ocorre uma relação simétrica entre profissionais e pacientes.¹⁶

Só se pode falar em exercício de autonomia quando há compartilhamento de conhecimento e informação da equipe de saúde para o paciente, oferecendo dados importantes, em linguagem acessível, para que qualquer decisão possa ser tomada, garantindo-se a competência de todos os membros envolvidos na situação.¹⁷

As discussões e o consenso dentro da equipe multidisciplinar e com o paciente (se possível) ou os familiares parece ser o primeiro passo na tomada de decisões em relação às condutas a serem adotadas quando a morte é inevitável.¹

Entretanto, vale ressaltar que a crítica ao tratamento fútil não significa matar o paciente, nem abandoná-lo à própria sorte.¹⁰

● Cuidados paliativos e humanização

O movimento dos cuidados paliativos trouxe de volta, a possibilidade de “rehumanização” do morrer, opondo-se à idéia da morte como o inimigo a ser combatido a todo custo.¹⁰

Assim, pode-se dizer que o movimento de cuidados paliativos traz um grande progresso no que concerne aos cuidados no fim da vida, restituindo o bem estar global e a dignidade ao paciente gravemente enfermo, favorecendo a possibilidade de viver sua

própria morte, um respeito por sua autonomia e não o abandonando à própria sorte.

A humanização da morte não é o seu apressamento, nem o seu prolongamento indefinido. A morte é vista como parte do processo da vida e, no adoecimento, os tratamentos devem visar à qualidade dessa vida e o bem-estar da pessoa, mesmo quando a cura não é possível.¹⁰

Se a discussão que se propõe é sobre o que seja morte com dignidade, o movimento de cuidados paliativos defende que seja a morte sem sofrimento, nem rápida, nem demorada demais. É um programa que não propõe tratamentos heróicos.

Os profissionais vêm a humanização fortemente ligada aos cuidados paliativos:

[...] hoje a questão é humanização, a percepção da morte e morrer. A questão da humanização é necessária durante todo o trajeto [...] (Atenção)

[...] manter a humanização do cuidar dos pacientes em fase final é manter a dignidade do morrente [...] para mim os cuidados paliativos é a humanização [...] (Dignidade)

Atualmente, “há tendência crescente de se buscar o “morrer com dignidade”, mais do que retardar inutilmente e prolongar o sofrimento do paciente. É uma situação que envolve decisões, arrolando-se os prós e os contras de cada uma das opções”.^{10:14}

Considerando as questões sobre o fim da vida, podemos observar que existe uma pluralidade de respostas possíveis e que vários pontos de vista devem ser considerados, não se tratando de um relativismo sem limites.¹⁰

Em um estudo realizado com 707 pacientes internados em UTI em Salvador, foi mais frequente a não adoção de novas medidas de suporte de vida do que a retirada de medidas previamente instituídas.¹⁴

Ficou claro nas entrevistas, que os cuidados paliativos estão ligados, sobretudo em proporcionar qualidade de vida com atenção, respeito e conforto:

[...] acho que é cuidar do básico com medicamentos e recursos [...] (Humanização)

[...] deve haver limites e respeito ao paciente [...] quando não há mais possibilidade de recuperação, acho que deve manter o conforto físico e emocional do paciente e seus familiares [...] (Vida)

[...] manter o conforto, um bom banho, a presença da família, um alimentação [...] coisas básicas mais de extremo significado [...] (Liberdade)

[...] penso que no final da vida, devemos pensar no significado religioso do morrer e viver com dignidade [...] o melhor seria aplicar qualidade de vida nesse momento final [...] (Liberdade)

[...] respeitar o lado religioso [...] todos nós iremos morrer um dia [...] acho que deveria ser mais digno [...] (Vida)

Os programas de cuidados paliativos são muito importantes e ajudam na busca de uma boa qualidade de vida nos últimos dias, mas, de longe, não é a única resposta para a discussão sobre estas questões do fim da vida.¹⁰

Nesse contexto, um importante foco para melhorar a qualidade do atendimento a pacientes terminais na UTI é aprimorar a comunicação entre os médicos, o paciente e a família.¹⁴

Quanto aos enfermeiros, cabe a reflexão e análise do que deve ser feito para implementar na prática a sua participação ativa no processo de tomada de decisão e, assim, auxiliar pacientes, familiares e outros membros da equipe na resolução dos problemas éticos presentes na UTI.¹

● A tecnologia médica no fim da vida

No decorrer do século XX, a medicina obteve evidentes benefícios com o avanço tecnológico permitindo aumento da eficiência e segurança graças à utilização de novas modalidades terapêuticas.¹

De modo geral, o suporte tecnológico é usado no tratamento de qualquer paciente, ficando mais sofisticado conforma a gravidade do caso. A UTI é uma unidade onde se encontram internados pacientes que necessitam de cuidados diretos e intensivos, pois seu quadro de saúde pode facilmente evoluir para a morte.¹⁸

A assistência intensiva é bastante polêmica, pois de um lado ela requer intervenções rápidas, e de outro são espaços naturalmente mobilizadores de emoções e sentimentos.^{18:19}

Foi o desenvolvimento da tecnologia que favoreceu a manutenção e prolongamento da vida, e então se pergunta até quando investir em tratamentos e quando interrompê-los. Estes são os dilemas relativos à eutanásia, à distanásia, ao suicídio assistido e ao morrer com dignidade.¹⁰

Em alguns países a eutanásia é permitida através da administração de drogas dentre outros com a explícita concessão do paciente.^{20:21} A legalização da eutanásia tem provocado grandes debates enquanto são

cometidos abusos terapêuticos para manter a todo custo uma vida que está se finalizando.²² Por outro lado, parece esconder a realidade dos hospitais onde o que ocorre é a distanásia.

Alguns autores questionam a sacralidade da vida. Se a vida tem valor absoluto, que deve ser mantida a todo custo, nada poderá ser feito para a sua abreviação, e deve se evitar a morte a todo custo.¹⁰

Outros não acreditam que manter indefinidamente uma vida sem perspectivas seja a opção mais ética, pois para eles a qualidade de vida é deixada de lado. Quando a discussão envolve a qualidade do viver, então, não são somente os parâmetros vitais que estão em jogo, mas sim que não haja sofrimento. Fundamental não é ter apenas vida longa, mas sim qualidade de vida.²³

Os conflitos éticos no que se refere à crescente utilização de tecnologias no tratamento de pacientes que não mais respondem aos tratamentos disponíveis, com conseqüente prolongamento do processo de morte quando a mesma é inevitável:¹

[...] empregar um aparato tecnológico para sustentar dias na vida, mas sem qualidade [...] não acho justo [...] (Liberdade)

[...] lutar de forma abusiva com todo aparato tecnológico nos pacientes terminais [...] não acho justo [...] seria prolongar o sofrimento, aplicar a Distanásia [...] (Vida)

[...] o sofrimento não deve ser prolongado com a tecnologia disponível [...] se o paciente não tem prognóstico, não têm porque investir, prolongar o sofrimento [...] (Atenção)

[...] acho que não é justo promover o sofrimento dos pacientes sem possibilidade de recuperação com a aplicação de condutas invasivas e uso de uma tecnologia sem consciência [...] (Autonomia)

Situações geradoras de grandes dilemas éticos podem levar pacientes (se conscientes), familiares e profissionais, a se depararem com a necessidade de tomada de decisão no que concerne ao prolongamento ou interrupção das medidas terapêuticas. Já a participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão de dilemas éticos, apesar de importante, muitas vezes tem se mostrado tímida, aquém do que seria desejável e possível. Também entre a equipe de enfermagem, cria-se uma situação desconfortável, pois muito frequentemente, os familiares procuram respostas aos seus anseios junto aos enfermeiros.¹

Ao discutir a legislação francesa destaca a importância das medidas diagnósticas,

terapêuticas ou preventivas devem ser utilizadas de forma a garantir o princípio da razoabilidade, não cabendo ação desproporcional que seja julgada inútil ou que vise somente a manter artificialmente a vida.⁶

Por outro lado, o Brasil ainda não possui uma política de saúde pública que reforce a importância dos cuidados paliativos, que sequer são mencionados em nossa legislação. Na prática, com receio de estarem infringindo normas legais de medo de cometerem omissão de socorro ou eutanásia passiva, os profissionais de saúde causam dor e sofrimento indevido às pessoas e às famílias.⁶

Como não há uma padronização de condutas no processo de tomada de decisão para os pacientes em estágio terminal, deve-se salientar a importância de documentar estas decisões nos prontuários dos pacientes.¹⁴

Até quando investir no tratamento sem provocar agressões adicionais é o desafio ético que se impõe atualmente no cuidado ao paciente criticamente enfermo. Quando e como agir fazendo o melhor possível para atender aos interesses dos pacientes, sem transpor a linha da futilidade, é tarefa difícil, bem maior do que apenas dominar o uso da tecnologia sustentadora da vida.¹

Portanto, é urgente se discutir as questões sobre o processo do morrer com dignidade nas instituições de saúde, respeitando os limites de cada um em consonância com a evolução tecnológica do cuidar.

CONCLUSÃO

Apesar das limitações inerentes ao presente trabalho, sua importância consiste abordar uma realidade que vem sendo cada vez mais discutida, mas que ainda é pouco estudada em nosso meio.

Para os profissionais entrevistados, o conceito do termo distanásia não está claro, mas presente na rotina de trabalho em situações complicadas relacionadas ao processo de morrer.

As falas dos enfermeiros revelam insegurança quanto aos limites de intervenção. Esta é uma questão mais crucial que se manter, ou não, os aparelhos ligados, uma vez que envolve atitudes que podem causar sentimentos contraditórios em familiares, pacientes e até mesmo nos próprios profissionais.

A promoção da humanização na assistência ao paciente, respeitando seus valores, e a preservação dos cuidados paliativos são as

formas encontradas por eles para lidar com o sofrimento do paciente. No entanto, os enfermeiros sentem falta de uma troca de experiências com liberdade de expressão dos sentimentos e anseios, procurando um enlace para entender o vivido no cotidiano de trabalho com os avanços de medicina.

Enfim, é urgente refletirmos sobre a distanásia e suas repercussões em no atendimento ao paciente terminal.

REFERÊNCIAS

1. Toffoletto MC, Zanei SS, Viski HEC, Nogueira GP, Miyadahira AMK, Kimura M, et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(3):307-12.
2. Pessini L. Eutanásia: por que abreviar a vida? 1ª ed. São Paulo: CUSC/Loyola, 2004.
3. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública. *Cad Saúde Pub.* 2004 Mai-Jun; 20(3):855-65.
4. Dias HP. Bioethics: Implications for Medical Practice and Deontologic and Legal Standards in Brazil. *Bulletin of PAHO.* 1990;24(4):491-503.
5. Beauchamp TL, Childrens JF. Princípios de Ética Biomédica. 4ªed. São Paulo: Loyola;2002.
6. Fortes PAC. A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(3):189-207.
7. Barros DLP. Teoria do discurso: fundamentos semióticos. 1ª ed. São Paulo: Atual; 1988.
8. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Tex Cont Enferm.* 2008 dezembro;17(4):771-78.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.
10. Kovács MJ. Bioética nas questões de vida e morte. *Psicol USP.* 2003;14(2):115-67.
11. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? [periódico na Internet]. 1996. [acesso em: 2009 Jan 14]; Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/ind1v4.htm>.
12. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida. 2ª ed. São Paulo: CUSC/Loyola; 2003.
13. Monteiro F. Ventilação mecânica e obstinação terapêutica ou distanásia, a dialética da alta tecnologia em medicina intensiva. *Rev Port Pneum.* 2006 Mai-Jun;XII(3):281-91.
14. Bitencourt AGV, Dantas MP, Neves FBCS, Almeida A de M, de Melo RMV, Albuquerque LC et al. Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev bras ter intensiva.* 2007 abr./jun.;19(2):137-43 .
15. Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pub.* 2007 setembro;23(9):2103-12.
16. Miyata H, Shiraishi H, Kai I. Survey of the general public's attitudes toward advance directives in Japan: How to respect patients' preferences. *BMC Medical Ethics.* [periódico na Internet]. 2006. [acesso em 2009 Jan 14]; 7(11): [aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-299.pdf>
17. Fabbro L. Limitações jurídicas à autonomia do paciente. *Bioética.*1999;7(1):7-12.
18. Sulmasy DP. Within You/Without You: Biotechnology, Ontology, and Ethics. *J Gen Intern Med.* 2007; 23(Suppl 1):69-72
19. Guerrer FJL, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(2):355-62.
20. Löfmark R, Nilstun T, CartwrightC, Fischer S, Heide A van der, Mortier F, Norup M, Simonato L, Onwuteaka-Philipsen BD. Physicians' experiences with end-of-life decision-making: Survey in 6 European countries and Australia. *BMC Medicine.* [periódico na Internet]. 2008. [acesso em 2009 Jan 14]; 6(4): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-6-4.pdf>
21. Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Pousset G, Onwuteaka-Philipsen B, Mortier F et al. A post-mortem survey on end-of-life decisions using a representative sample of death certificates in Flanders, Belgium: research protocol. *BMC Pub Health.* [periódico na Internet]. 2008. [acesso em: 2009 Jan 14]; 8(299): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em:

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-299.pdf>.

22. Pasterfield D, Wilkinson C, Finlay IG, Neal RD, Hulbert NJ. GPs' views on changing the law on physician-assisted suicide and euthanasia, and willingness to prescribe or inject lethal drugs: a survey from Wales. *Brit J of Gen Pract.* 2006;56:450-2.

23. Panksepp J, Fuchs T, Garcia VA, Lesiak A. Does any aspect of mind survive brain damage that typically leads to a persistent vegetative state? Ethical considerations. *Phil Eth Hum Med.* 2007. [acesso em: 2009 Jan 14]; 2(32): [aproximadamente 11 p.]. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2245970&blobtype=pdf>.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/02/09

Last received: 2009/06/10

Accepted: 2009/06/11

Publishing: 2009/07/01

Corresponding Address

Júlio César Batista Santana

Residencial Ermitage

Rua: Alberto da Veiga Guinard, 153,

CEP: 35700-971 – Sete Lagoas (MG), Brazil