



A EXPERIÊNCIA DA ORTOTANÁSIA POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

THE EXPERIENCE OF ORTOTHANASIA BY HEALTH PROFESSIONALS OF AN INTENSIVE THERAPY UNIT

LA EXPERIENCIA DE ORTOTANÁSIA POR PROFESIONALES DE SALUD DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVOS

Isabela Saïoron¹, Rosemary Silva da Silveira², Flávia Regina Souza Ramos³, Daiane Trentin⁴

RESUMO

Objetivo: conhecer as experiências de ortotanásia por profissionais da saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** estudo qualitativo, de caráter exploratório, com dados coletados por entrevistas semiestruturadas com 14 profissionais atuantes na UTI de um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil. **Resultados:** a clara informação é a base para condutas e decisões seguras, mas diferenças de pensamento e atuação individuais prevalecem e geram conflitos; são reconhecidas práticas de obstinação terapêutica e vivências de angústia e impotência frente ao sofrimento desnecessário. A empatia é elemento do cuidado humanizado e a espiritualidade apoia o enfrentamento da terminalidade. **Conclusão:** a formação e a prática profissional não favorecem os processos de deliberação moral e o trabalho em equipe, acirrando as dificuldades de abordagem do processo de morrer. **Descritores:** Ética; Terapia Intensiva; Óbito; Profissional da Saúde.

ABSTRACT

Objective: to know the experiences of orthatanasia by health professionals of an Intensive Care Unit. **Method:** qualitative, exploratory study, with data collected by semi-structured interviews with 14 professionals working in the ICU of a University Hospital in the extreme south of Brazil. **Results:** clear information is the basis for safe conduct and decisions, but differences in individual thinking and performance prevail and generate conflicts; are recognized practices of therapeutic obstinacy and experiences of anguish and impotence in the face of unnecessary suffering. Empathy is an element of humanized care, and spirituality supports confronting terminality. **Conclusion:** training and professional practice do not favor the processes of moral deliberation and teamwork, aggravating the difficulties of approaching the dying process. **Descriptors:** Ethics; Intense Therapy; Death; Health Professional.

RESUMEN

Objetivo: conocer las experiencias de ortotanasia por profesionales de la salud de una unidad de Terapia Intensiva. **Método:** estudio cualitativo, de carácter exploratorio, con datos recogidos por entrevistas semiestruturadas con 14 profesionales en la UTI de un Hospital Universitario en el extremo sur de Brasil. **Resultados:** la información clara es la base para conductos y decisiones seguras, pero diferencias de pensamiento y acción individual, prevalecen y generan conflictos; son reconocidos prácticas de obstinación terapéutica y experiencias de angustia e impotencia ante el sufrimiento innecesario. La empatía es elemento del cuidado humanizado y la espiritualidad apoya la confrontación del enfermo en fase terminal. **Conclusión:** la práctica profesional y formación no favorecen los procesos de deliberación moral y trabajo en equipo, intensificando las dificultades de abordaje del proceso de morir. **Descriptor:** Ética; Terapia Intensiva; Óbito; Profesionales de la Salud.

^{1,4}Enfermeiras, Mestrandas em Enfermagem, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: isabelasaïoron@gmail.com; daianetrentin@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil, E-mail: anacarol@mikrus.com.br; ³Enfermeira, Doutora em Filosofia em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil: flavia.ramos@pq.cnpq.br

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem havido um significativo desenvolvimento dos avanços tecnológicos na área da saúde e, em paralelo, o aumento da prevalência de enfermidades crônico-degenerativas e de doenças agudas incapacitantes que podem evoluir para um processo de morte prolongado.¹⁻² O uso exacerbado dessas tecnologias pode fazer emergir uma série de dilemas sociais, institucionais, profissionais, éticos e até mesmo legais, principalmente, quando aplicadas em pacientes fora da possibilidade de cura, pois, se os profissionais da saúde atuantes não puderem compreender a morte como uma etapa da existência humana, isso pode influenciar na postura e na atuação desses trabalhadores devido à insegurança em relação ao enfrentamento de situações que envolvam a terminalidade.³

Embora a tecnologia disponível venha facilitando o cuidado e possibilitando maior sobrevida às enfermidades, vem também, ao que parece, dificultando a resiliência diante da impossibilidade de cura e da terminalidade. Ao que consta, a formação dos profissionais da saúde, em especial a de enfermeiros e médicos, é fortemente vinculada a curar doenças e salvar vidas e, quando salvar essas vidas não se torna viável, surge o sentimento de frustração. As fragilidades e limites da intervenção profissional, por si só, já justificariam uma maior relevância da abordagem da finitude e dos cuidados em relação a ela nos processos formativos, de forma a promover uma atuação mais segura frente ao óbito de pacientes.⁴

A impotência experimentada diante do óbito associa-se não apenas à carência de abordagem acerca dessa questão ética na formação profissional, mas também a outros fatores de ordem pessoal como a religião, que nitidamente influencia na definição de moralidade de um indivíduo e repercute no fazer profissional, interferindo significativamente na postura desses trabalhadores diante de temas polêmicos que envolvam conflitos éticos.⁵

Essas particularidades de cada profissional, em relação à maneira como vivencia a morte no dia a dia, podem interferir na prática da ortotanásia, que pode ser definida como o processo de “não prolongamento artificial do processo de morte”, concebido como natural, sem submeter o paciente terminal a tratamentos desproporcionais e abusivos, com uma atuação multiprofissional para um cuidado efetivo, aceitando a terminalidade da vida e proporcionando os cuidados

fundamentais para que seja mantida a dignidade do paciente de modo intacto, mediante a realização de cuidados paliativos, ou seja, sem submeter o paciente terminal a tratamentos desproporcionais e abusivos. Na ortotanásia, o paciente evolui a óbito em decorrência da sua condição de saúde/doença, ou seja, não há intervenção no sentido de prolongar a vida além do permitido pelo seu estado natural, ao mesmo tempo em que não é tomada nenhuma atitude para antecipar o óbito do enfermo, sendo adotadas apenas condutas que visam ao conforto e permitam a dignidade do paciente nesse momento de finitude.^{6:84,1}

Embora a ortotanásia seja uma prática específica dos profissionais médicos, autorizada pelo Conselho Federal de Medicina, pela Resolução nº1. 805, de 09 de novembro de 2006,⁷ cabe salientar que há uma equipe multidisciplinar atuando nessa realidade. Os dilemas éticos e legais pairam sobre todos os profissionais que se encontram envolvidos nesse processo: enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem comumente se encontram próximos do paciente e de sua família. Entende-se que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) seja o local onde os conflitos e dilemas éticos acerca da ortotanásia estejam mais presentes, por se tratar de um ambiente caracteristicamente crítico, complexo, intenso e, principalmente, por cuidar dos pacientes na finitude da vida.⁸

Apesar de se reconhecer os avanços na prática da ortotanásia, acredita-se que esta ainda seja mal compreendida pelos profissionais da saúde, em especial os das UTIs. Isso, provavelmente, ocorre em virtude da cultura de temor da morte, que ainda é dominante, associada à formação profissional, que privilegia o objetivo de salvar vidas, nem sempre o confrontando ou equilibrando com outros objetivos, tão importantes quanto esse. Assim, este artigo objetivou conhecer como os profissionais da saúde de uma UTI de um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil enfrentam o processo da ortotanásia no seu fazer profissional. Assim, este artigo objetivou conhecer as experiências de ortotanásia por profissionais da saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODO

Estudo exploratório, de caráter qualitativo. O contexto desta pesquisa foi uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Universitário situado no extremo sul do Brasil e contou com a participação dos profissionais da saúde que compunham a equipe multidisciplinar do setor. A equipe era

Saion I, Silveira RS da, Ramos FRS et al.

composta por seis enfermeiros, 13 técnicos de Enfermagem, seis auxiliares de enfermagem, oito médicos, três fisioterapeutas, um nutricionista, um técnico de nutrição e um psicólogo. Para a coleta de dados, utilizaram-se como critérios de inclusão: ser trabalhador da saúde e atuar na UTI por um período mínimo de três meses. Foram excluídos os trabalhadores temporários, que se encontravam em licença para tratamento à saúde ou de férias, assim como estagiários e residentes. Assim, fizeram parte dessa pesquisa 14 profissionais dos turnos matutino, vespertino e noturno que concordaram previamente em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto de pesquisa obteve a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, parecer nº44/2014, conforme orienta a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.⁹

A coleta de dados ocorreu de maio a junho de 2014, mediante entrevista semiestruturada gravada, após contato prévio com os participantes em seu local de trabalho e respectivos turnos. Cada entrevista foi realizada em local privado, previamente agendado com os participantes, para garantir a privacidade e prevenir constrangimentos.

Os dados foram transcritos na íntegra e lidos minuciosamente para que fosse possível conhecer a experiência dos profissionais da saúde da UTI. Utilizou-se a Análise Textual Discursiva, procedendo à leitura minuciosa do material, seguida do processo de fragmentação e unitarização dos dados. No processo de estabelecimento de relações, os dados foram classificados e agrupados por semelhança, de modo a eleger as categorias.¹⁰

RESULTADOS

Os resultados expressam que: são buscadas condutas e decisões seguras e fundamentadas em clara informação; a equipe desenvolve modos de agir mais ou menos compartilhados, mas ainda prevalece a conduta do médico plantonista; assim, as diferenças individuais (valores, formação, posturas e sentimentos) são vistas como decisivas e geradoras de conflitos; são vivenciados conflitos pessoais e angústia frente ao sofrimento considerado desnecessário no prolongamento da vida ou a impotência para definir um curso diferente do seguido, sendo confirmada alguma experiência de distanásia; a empatia é relatada como elemento do cuidado humanizado na terminalidade, que é valorizado nas decisões e reflexões que envolvem o trabalho; a

A experiência da ortotanásia por profissionais...

espiritualidade apoia o enfrentamento por parte dos profissionais, embora nem sempre ligada a uma religião específica.

Alguns entrevistados expuseram a importância de informações claras e bem documentadas para favorecer as tomadas de decisões que propiciem a prática da ortotanásia no ambiente de terapia intensiva:

[...] se o paciente foi bem investigado, está bem documentado que não tem possibilidade terapêutica, acho tranquilo manter apenas confortável [...] Paciente terminal não tem indicação de investimento [...] paciente que chega na UTI a gente sempre investe [...] você colocou em ventilação, iniciou vasopressor e descobre que é um terminal, como mandar para enfermaria se está em ventilação? [...] Se você tirar ele da ventilação ele vai morrer, aí, é outra coisa [...] Ele deve ser bem analisado antes de vir para UTI porque isso gera problema. (TS10)

Quando o paciente está na UTI e se chega ao ponto de dizer que não se tem mais nada a fazer, esse é um processo longo, de muitos exames, essas decisões não são individuais, existe um consenso grupal, existe uma rotina em que se discute os casos e se chega a essas conclusões [...]um histórico bem definido e documentado não gera dúvidas em ninguém. (TS03)

O enfrentamento da terminalidade de um paciente mostra-se variável entre os profissionais, que demonstram vivenciar diferentes conflitos individuais que tanto envolvem, quanto repercutem na organização da unidade, nas relações da equipe entre si, com o paciente e seus familiares:

Temos indicações precisas para levar um paciente para a UTI, mas existe a opinião direta do médico assistente [...] se ele diz “quero que meu paciente vá para a UTI”, a menos que haja uma contraindicação muito evidente, não posso dizer não [...] Cada caso é um caso, também somos influenciados pelo modo como cada um lida com a morte [...] Decidir que não há mais nada a fazer é muito difícil e tem que ser difícil porque, se for resolvido muito fácil, está errado, é preciso dúvida [...]. (TS03)

[...] as condutas mudam de acordo com o médico que está de plantão [...] há certa dificuldade em definir o quadro de paciente que requer cuidados paliativos [...] Tem também a questão emocional do profissional [...] Um paciente jovem, criança, como já tivemos aqui, abala qualquer um [...] o paciente terminal acaba sendo sedado, é um paciente mais idoso, um paciente que tem várias patologias [...] não sei como seria minha relação com um paciente terminal acordado, que tem noção do que está acontecendo com ele, talvez eu reagisse de forma diferente [...] o tempo de profissão

Saioron I, Silveira RS da, Ramos FRS et al.

me ajuda, vai dando sabedoria para lidar com esse tipo de coisa. (TS02)

Trabalhamos numa equipe multidisciplinar, com vários profissionais, cada um tem uma formação básica em alguns valores, depende muito da crença de cada um, da formação de caráter, de identidade [...] Em algumas doenças terminais em pacientes mais jovens a gente se sente mais impotente, mais angustiado do que quando é um paciente que já tem uma trajetória de vida, que já tem um desgaste da própria doença avançada [...] No início, me causava algum abalo, mas, hoje são quase 20 anos de profissão, você amadurece essas coisas ao longo dos anos. Claro que a perda de um paciente mais jovem é mais dolorida. (TS01)

Se é um paciente novo... não tem como a gente não ficar mal [...] Acho que qualquer pessoa, mesmo com todos os anos que tiver de profissão, sempre vão ter casos e casos [...] Sempre vai existir uma situação em que a gente vai refletir mais, mas não são todos os casos não. Acho que não dá pra ficar pensando nisso, senão, nós não vamos viver. Eu tenho tanta facilidade que eu saio e eu não lembro o nome dos pacientes. (TS12)

[...] a equipe que entra num acordo de que não vai ser mais investido, vão ser dadas só medidas de conforto, aí chega uma pessoa nova e altera essa conduta. [...] Incomoda muito até porque a gente vai lá, conversa sobre isso com a família, tenta explicar o que é o cuidado paliativo [...] chega a ser injusto, a gente está trabalhando toda a questão da morte e um lá permite um sofrimento desnecessário [...] o paciente não tem decisão nenhuma [...] (TS14)

Praticamente, todos os sujeitos do estudo já presenciaram, pelo menos uma vez em suas carreiras, a prática da distanásia no ambiente de terapia intensiva. A prática da distanásia, que é também definida como a futilidade terapêutica, apoia o prolongamento da vida do paciente terminal a todo custo, como pode ser observado nas falas que se seguem:

Cada plantonista toma uma decisão, então, muitas vezes, percebo que são realizados [...] cuidados e procedimentos desnecessários em pacientes que teriam a indicação somente de cuidados paliativos. (TS02)

Se tenta conversar, mas a UTI não funciona muito bem com a participação de uma equipe multidisciplinar no quesito decisão do tipo de tratamento. [...] Na maioria das vezes, a gente não é ouvido. [...] Fico extremamente angustiada quando percebo que estão realizando coisas que vão prolongar o sofrimento e não vão dar conforto [...] Talvez nem na UTI devesse estar. (TS06)

Muitas vezes se protela esse falecimento em função de se manter medidas intensivas que

A experiência da ortotanásia por profissionais...

não seriam mais necessárias, que prolongam o sofrimento [...] é um desgaste para a equipe, desgasta o paciente, desgasta a família, é gasto financeiro para a instituição. (TS01)

Já melhorou bastante [...] se fala em investir ou não, mas ser ouvido é outra coisa. A verdade é que ninguém quer se incomodar. Todo mundo tem medo que o familiar vai questionar, vai processar e não diz “não tem mais o que fazer”. E aí, se fica à mercê. Você chega, vê a prescrição e como assim?! Vai continuar um monte de antibiótico, caríssimos?! Poxa, é uma instituição pública, alguma coisa deveria ser vista nesse sentido [...] Paciente terminal a gente tem, mas ele não fica só com cuidados paliativos, eles seguem investindo. (TS12)

Alguns participantes da pesquisa relataram que se mostrar empático com o paciente ou com os seus familiares pode contribuir para desenvolver um cuidado humanizado, favorecendo o processo de ortotanásia e um agir ético neste ambiente:

[...] O mesmo que você for fazer de melhor para o seu filho, seu irmão, você tem que fazer pelo outro, tem que ter essa empatia, senão, se você não agiria assim com um parente seu tem coisa errada. (TS03)

Sempre penso: se fosse comigo, se fosse com um familiar meu, o que eu gostaria que fosse feito? Acho que é a premissa que a gente tem que usar pra tudo. (TS10)

Desperta algumas reflexões, você se coloca no lugar da família. Você se bota no lugar do outro, imagina como seria se fosse você naquela situação. (TS09)

Embora a maioria dos participantes tenha declarado não praticar uma religião, há evidências em seus relatos de que possuem uma crença espiritual, ou seja, uma crença no que diz respeito à continuidade da existência de uma forma não material, incorpórea. Essa manifestação de espiritualidade parece auxiliar os profissionais a conviver com a morte e aceitar a morte no fazer profissional:

[...] Não vejo isso como o fim de tudo. Acredito na espiritualidade, isso me conforta. (TS04)

[...] tenho boa base familiar e religiosa; encaro a morte como uma coisa natural [...] acredito que exista vida após a morte, então eu encaro como uma finitude da vida na terra, mas não o fim da existência das pessoas. (TS06)

Acho que a parte espiritual me influencia muito. Eu era católica e fui para o espiritismo durante a faculdade e me ajudou a enfrentar um pouco melhor a morte. (TS09)

DISCUSSÃO

A necessidade de acesso a informações confiáveis não é recente, tendo estimulado, inclusive, a implantação de registros eletrônicos em diversas unidades hospitalares, dada a sua importância e praticidade, havendo contribuições não somente na tomada de decisões, mas também na continuidade do cuidado e na criação de indicadores de qualidade e segurança do paciente a partir desses registros.¹¹ Apesar disso, pode-se evidenciar, neste estudo, que não só a carência de informações confiáveis, mas também a insegurança dos profissionais e a dificuldade de tomar decisões para exercer a prática da ortotanásia favorecem a futilidade terapêutica.

Nota-se que a falta de condutas homogêneas, criticada nas falas da equipe, pode estar relacionada aos conflitos internos dos profissionais com relação à morte, à individualidade e ao modo como cada trabalhador encara a terminalidade e o óbito. Ao que parece, alguns profissionais se sentem “obrigados” a curar os pacientes, entendendo o óbito como fracasso. Do mesmo modo, quando procedimentos realizados com o paciente sem possibilidade de cura não são compartilhados com toda a equipe, ou seja, quando não há homogeneidade nas decisões ou não existe consenso acerca das condutas tomadas, parece se intensificar o estresse, uma vez que os trabalhadores se sentem obrigados a participar de condutas com as quais não concordam,¹² por afrontar seus valores, o que pode lhes provocar sofrimento moral.

Embora esses profissionais sejam seres humanos que convivem com a morte e situações estressantes, parece lhes serem “cobradas” atitudes sobre-humanas, como não demonstrar abalo diante de algumas situações. A empatia demonstrada por alguns pode ser uma forma individual de escape, uma maneira encontrada pelos profissionais da saúde de expor sua dimensão humana e, simultaneamente, realizar um cuidado humanizado, distanciando-se do tecnicismo e da impessoalidade, uma vez que a empatia estimula a busca por formas de enfrentamento de problemas, embora a mesma possa levar a um enfrentamento relativamente passivo, dificultando a resolutividade de problemáticas. Mas que uma resposta reflexa, a empatia pode ser vista como uma habilidade aprendida/desenvolvida, onde alguém se sensibiliza com a vida privada de outrem, estabelecendo vínculo afetivo e cognitivo.¹³ Isso pode ser relacionado à ideia de empatia

cognitiva e afetiva. Enquanto a empatia cognitiva estimula a busca e desenvolvimento de formas de lidar com os problemas, a empatia afetiva pode levar a estratégias de enfrentamento relativamente passivas ou à tendência para não enfrentá-los, já que a angústia mostra correlação negativa com o pensamento crítico e o processo de resolução de problemas.¹⁴⁻⁵ Possivelmente, se as instituições formadoras de profissionais da saúde se propusessem a trabalhar, de modo planejado e sistêmico, a temática da morte e suas implicações, não somente para os usuários da saúde, mas também para os trabalhadores, poderia haver um melhor enfrentamento dessa realidade, favorecendo quem vivencia a terminalidade, pacientes e familiares, e os próprios profissionais de saúde. Ainda, necessita-se de estratégias coletivas, da equipe e da própria instituição, para o enfrentamento da terminalidade, pois esse enfrentamento parece estar sendo realizado mediante atitudes individualistas, isoladas e silenciosas (como a empatia) com os pacientes sob seus cuidados.¹⁶

Os profissionais vivenciam processos de luto, surgindo mecanismos de defesa, alguns inconscientes,¹² como a acomodação e o distanciamento¹⁷ em relação ao paciente (limitando-se ao tecnicismo) e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento da empatia e a busca de conforto pela religiosidade. As representações dos profissionais da saúde acerca da religiosidade durante o cuidado com o paciente terminal são de significativa relevância, uma vez que interferem no bem-estar e nas condutas dos trabalhadores, podendo inclusive favorecer o cuidado humanizado.¹⁷ Pesquisa evidenciou que embora a metade dos participantes não praticasse atividades religiosas, 85% deles revelaram um grau elevado de espiritualidade.¹⁸ Sendo este um importante fator facilitador a ser considerado no enfrentamento da terminalidade, é possível corroborar a necessidade de focalizar reflexões sobre a religiosidade/espiritualidade dos próprios profissionais da saúde.

Mostra-se fundamental avançar no entendimento acerca das estratégias de enfrentamento que vêm sendo muito estudadas pela Enfermagem. Apesar deste estudo não ter se fundamentado no conceito de *coping*, este vem sendo utilizado para compreender o conjunto das estratégias que podem ser utilizadas pelas pessoas para enfrentar situações estressantes.¹⁹⁻²⁰ Talvez, a aplicação prática de leis normativas auxiliasse nessas condições estressantes, atenuando possíveis sofrimentos decorrentes do adoecer

e morrer.²¹ Os achados retratam a experiência de ortotanásia por parte dos profissionais, envolvendo limites, conflitos e também formas de enfrentar as demandas por decisões e cuidados eticamente e tecnicamente competentes, o que pode apontar para o interesse no aprofundamento deste conceito (*coping*) nestas realidades de trabalho.

CONCLUSÃO

Percebe-se a importância de informações claras e condutas homogêneas por parte da equipe para favorecer um processo de ortotanásia eficaz, uma vez que desacordos favorecem o enfrentamento de muitas situações dilemáticas, a partir da individualidade de cada profissional. Cada um traz consigo valores, crenças e uma formação profissional própria e, embora exista um consenso geral de que os profissionais devem ser imparciais e livres de preconceitos, sabe-se que assumir condutas puramente racionais é muito difícil, pois se trata de um relativo pedido de anulação da humanidade do profissional da saúde. Por outro lado, nada mais humano de que a capacidade de julgamento e decisão racional, ponderando entre diferentes argumentos e valores e, também, o desenvolvimento destas capacidades ao longo da vida, considerando a experiência e oportunidades de amadurecimento e reflexão crítica.

Uma formação estritamente tecnicista na graduação não prepara o profissional para o enfrentamento do óbito. Essa fragilidade no seu preparo favorece que esses trabalhadores exerçam condutas muitas vezes equivocadas, como o investimento desnecessário em pacientes terminais, e como a sedação desses pacientes pela aparente necessidade de poupá-los do conhecimento do prognóstico de terminalidade. Além disso, a prática parece reforçar as dificuldades de desenvolver efetivos processos de deliberação moral, acarretando mudanças constantes de condutas terapêuticas pela inexistência de uma decisão conjunta. Ao mesmo tempo em que se expressa a insegurança de um profissional que atua de forma débil e isoladamente diante do óbito eminente, a falta de um trabalho em equipe, que poderia desenvolver a ampliar capacidades, apenas reforça o enclausuramento da experiência.

Os participantes mostram que, devido às dificuldades de tomadas de decisão conjunta acerca das condutas da equipe, tomam atitudes ou formas individuais de enfrentamento, muitas vezes, embasadas na sua espiritualidade, como serem empáticos e buscarem oferecer um cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Garcia JBS. Eutanásia, distanásia ou ortotanásia? Rev Dor [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2016 Apr 16];12(1):3. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2011/v12n1/a1778.pdf>
2. Siqueira N. Respeito à vontade do paciente. Rev Humanid Med [Internet]. 2013 Jan/Apr [cited 2016 Apr 16];17-21. Available from: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23477:cfm-lanca-revista-de-humanidades-medicas&catid=3
3. Felix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte MCS, Brito FM. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. Ciênc Saude Coletiva [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 16];18(9):2733-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a29.pdf>
4. Santana JCB, Santos AV, Silva BR, Oliveira DCA, Caminha EM, Peres FS, et al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. Rev Bioét [Internet]. 2013 May/Aug [cited 2016 Apr 16];21(2):298-307. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a13v21n2.pdf>
5. Rates CMP, Pessalacia JDR. Posicionamento ético de acadêmicos de Enfermagem acerca das situações dilemáticas em saúde. Rev Bioét [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 16];18(3):659-75. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/592/598
6. Menezes RA, Gomes EC. Uma “morte suave”: valores religiosos e laicos nos discursos sobre ortotanásia. Reli Soc [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 16];32(2):81-100. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rs/v32n2/05.pdf>
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Dispõe sobre a fase terminal de enfermidades graves e incuráveis [Internet]. Brasília: COFEN; 2006 [cited 2016 Apr 16]. Available from: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm
8. Magalhães DEF, Silva MRS. Cuidados requeridos por usuários de crack internados em uma instituição hospitalar. REME rev min enferm [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2016 Apr 16];14(3):327-34. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/133>
9. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 do

Saioron I, Silveira RS da, Ramos FRS et al.

A experiência da ortotanásia por profissionais...

Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012[cited 2015 Apr 14]. Available from:

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html

10. Moraes R, Galiazzi M. Análise textual discursiva. 2nd ed. Ijuí: Unijuí; 2011.

11. Sousa PAF, Sasso GTMD, Barra DCC. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. Texto contexto-enferm [Internet]. 2012 Oct/Dec [cited 2016 Apr 16];21(4):971-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/30.pdf>

12. Kovács MJ. Cuidando do cuidador profissional: o sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CP. Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Loyola; 2014. p. 247-63.

13. Sampaio LR, Camino CPS, Roazzi A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. Psicol cienc prof [Internet]. 2009 [cited 2016 Apr 16];29(2):212-27. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n2/v29n2a02.pdf>

14. Jeong HS. Critical thinking disposition, problem solving process, and empathy among Nursing Students. Adv Sci Technol Lett [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 13];103:44-8. Available from: http://onlinepresent.org/proceedings/vol103_2015/10.pdf

15. Bikker AP, Fitzpatrick B, Murphy D, Mercer SW. Measuring empathic, person-centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure. BMC Fam Pract [Internet]. 2015 Oct [cited 2016 Apr 16];16(1):1-9. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0374-y>

16. Lima MGR, Nietzsche EA, Santos SC, Teixeira JA, Bottega JC, Nicola GDA, et. al. Revisão integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 16];33(3):190-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/25.pdf>

17. Abrão FMS, Góis ARS, Souza MSB, Araujo RA, Cartaxo CMB, Oliveira DC. Social representations of nurses about religiosity while caring for patients in the dying process.

Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 Sept/Oct [cited 2016 Apr 16];66(5):730-7. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/14.pdf>

18. Gobatto CA, Araujo TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. Psicol USP [Internet]. 2013 Jan/Apr [cited 2016 Apr 16];24(1):11-34. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v24n1/v24n1a02.pdf>

19. Folkman S. Stress, coping, and hope. Psychooncology. 2010 Sept; 19(9):901-8. Doi: 10.1002/pon.1836

20. Silva RAR, Souza VL, Oliveira GJN, Silva BCO, Rocha CCT, Holanda JRR. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2016 Jan/Mar [cited 2016 Apr 16];20(1):147-54. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0147.pdf>

21. Santos SVM, Motta ALC, Miranda RPR, Domingues AL, Souza Júnior DI, Silva Júnior SI. Dor e sofrimento na doença crônica: reflexão a partir da “morte de Ivan Ilitch”. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 19];10(2):859-66. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11029/12419>

Submissão: 04/05/2016

Aceito: 08/05/2017

Publicado: 01/06/2017

Correspondência

Isabela Saioron

Programa de Pós- Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina

Rua Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira,
s/n

Bairro Trindade

CEP: 88040-900 – Florianópolis (SC), Brasil