

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ORTOTANÁSIA:
SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS POR ENFERMEIROS E
MÉDICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Silvana Bastos Cogo Bisogno

Santa Maria, RS, Brasil

2008

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ORTOTANÁSIA:
SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS POR ENFERMEIROS E
MÉDICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

por

Silvana Bastos Cogo Bisogno

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuidado, Educação e Trabalho em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientador: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana

Santa Maria, RS, Brasil

2008

B622r Bisogno, Silvana Bastos Cogo.

Representação social da ortotanásia : significados atribuídos por enfermeiros e médicos na Unidade de Terapia Intensiva/ por Silvana Bastos Cogo Bisogno ; orientador Alberto Manuel Quintana. – Santa Maria, RS, 2008.

182 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, 2008.

1. Enfermagem 2. Morte natural 3. Ortotanásia 4. Pacientes terminais 5. Representação social I. Quintana, Alberto Manuel. II. Título III. Título: Significados atribuídos por enfermeiros e médicos na Unidade de Terapia Intensiva.

CDU: 616-083

612.013

Denise Barbosa dos Santos
CRB10 / 1456

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ORTOTANÁSIA: SIGNIFICADOS
ATRIBUÍDOS POR ENFERMEIROS E MÉDICOS NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

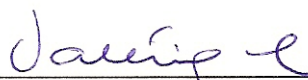
elaborada por
Silvana Bastos Cogo Bisogno

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

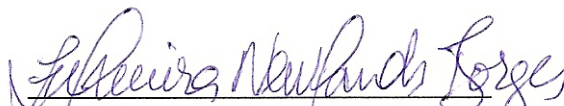
COMISSÃO EXAMINADORA:



Alberto Manuel Quintana, Dr.(UFSM)
(Presidente/Orientador)



Valéria Lerch Lunardi, Dr^a. (FURG)



Zulmira Newlands Borges, Dr^a. (UFSM)

Maria Júlia Kovács, Dr^a. (USP)
(Suplente)

Santa Maria, 19 de dezembro de 2008

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e meu esposo, por sempre me incentivarem a percorrer o caminho da verdade, da sinceridade, da humildade e da honestidade. Dedico a eles, que compartilharam minhas angústias e dúvidas estendendo a mão amiga e as palavras certas nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

À realização da dissertação de mestrado, sem dúvida, embora reconheça ser um trabalho individual, há contributivos diversos que não podem deixar de ser realçados, em razão da importância que exerceram para a consolidação da pesquisa. Assim, desejo expressar os meus agradecimentos:

À Deus pela vida e saúde concedida, bem como por alocar constantemente no meu caminho pessoas especiais e que se não fossem elas, não estaria aqui.

Aos meus maravilhosos pais Selvino e Martha, pelo exemplo, pessoas especiais e abençoadas o qual não tenho palavras para agradecer a dedicação, o amor e o carinho. Na verdade, seria muito pouco escrever alguma coisa, com o receio de não conseguir expressar toda a minha gratidão, por ter pais tão especiais e comprometidos com a minha felicidade e realização. A eles devo a minha vida e a minha felicidade. Obrigado.

Ao meu esposo Marcelo que durante toda esta jornada esteve sempre ao meu lado compartilhando dos momentos de alegria, bem como os momentos de “stress” e sempre me ajudou nos momentos mais difíceis a enxergar de forma diferente, com alguma palavra de conforto e motivação.

Aos meus irmãos que embora longe, sempre compartilham e contribuem para o crescimento pessoal e profissional, bem como as minhas cunhadas e sobrinhas (o).

Ao Professor Alberto Manuel Quintana, querido e admirável orientador que incansavelmente aceitou o desafio de me acompanhar nesta caminhada. Tenho muito a agradecer pelas orientações, ensinamentos, indagações e provocações, além da amizade, paciência e confiança. Muito Obrigada.

À Professora Elisabeta Albertina Nietzsche querida co-orientadora que embora tenhamos nos encontrado no meio da caminhada, me auxiliou a chegar ao destino com muita paciência e dedicação, a partir dos ensinamentos transmitidos durante as orientações, bem como durante as aulas teóricas.

À Professora Valéria Lerch Lunardi uma pessoa iluminada e muito especial. Sinceros agradecimentos por aceitar a contribuir com o seu conhecimento.

À Professora Zulmira Newlands Borges que com conhecimento e seus ensinamentos contribuiu desde o projeto para a consolidação desta pesquisa, com sua dedicação e gentileza.

À Psicóloga Maria Júlia Kovács, que com seus conhecimentos contribui com o enriquecimento das reflexões realizadas neste estudo.

Aos professores do mestrado que de forma incansável transmitiram o conhecimento com excelência e dedicação.

À Universidade Federal de Santa Maria e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela qualidade de ensino, bem como a confiança e possibilidade de realização deste curso.

A todos os funcionários da UFSM, especialmente a Luana e Zeli que sempre presentes e prontas a resolver as dúvidas e anseios dos mestrandos.

Aos profissionais enfermeiros e médicos sujeitos desta pesquisa que confiaram e aceitaram participar, e com a certeza indubitável que sem eles não seria possível a conclusão.

À todos os meus colegas de mestrado, que me ajudaram de alguma forma ou outra, a fim de contemplar os anseios. Agradecimento em especial aos queridos colegas e amigos: Marcio Badke, Fernanda Sarturi e a Ruti.

Ao Centro Universitário Franciscano (Unifra), instituição que abriu as portas à docência e que depositou confiança na realização do mestrado.

As minhas queridas colegas da Unifra: Alexsandra, Amarílis, Andrise, Fabiana, Flávia, Karine, Leise e Sílvia que sempre me auxiliaram e me entenderam, o meu imenso agradecimento e reconhecimento pela compreensão e amizade.

A todas as pessoas que fazem parte da minha e que de alguma forma ou outra, seja de forma (in) voluntária me ajudaram à conclusão deste mestrado.

*De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos começando.
A certeza de que é preciso continuar.
A certeza de que podemos ser
Interrompidos antes de terminar [...]*

Fernando Sabino

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ORTOTANÁSIA: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS POR ENFERMEIROS E MÉDICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

AUTORA: SILVANA BASTOS COGO BISOGNO

ORIENTADOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA

Sala 1444 do Centro de Ciências da Saúde: Santa Maria, 19 de dezembro de 2008.

Nesta pesquisa, propõe-se uma aproximação do significado atribuído por enfermeiros e médicos em relação à prática da ortotanásia. Para tanto, fora traçado o objetivo de analisar as representações sociais dos enfermeiros e médicos, atuantes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), diante da prática da ortotanásia e como essas representações influenciam na atuação profissional. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório pautada na abordagem qualitativa, que adota como referencial teórico as Representações Sociais de Moscovici. Foi desenvolvida na UTI adulto de um Hospital público localizado no centro geográfico do Estado do Rio Grande do Sul (RS) participaram cinco enfermeiras, e cinco médicos. Optou-se pela entrevista semi-dirigida. O período de coleta dos dados ocorreu de janeiro a março de 2008. As questões éticas na pesquisa foram consideradas conforme previsto pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, para a realização de pesquisa com seres humanos. Após a análise de conteúdo de Bardin, foi possível identificar alguns distanciamentos e aproximações das representações. A proliferação vocabular que designa a ortotanásia é permeada por dúvidas e indefinições de seu conceito e aplicabilidade, e a possibilidade desta ação ser facilmente deturpada ou confundida com a eutanásia. A ortotanásia aparece de maneira latente nos discursos, e os profissionais não mencionam diretamente a sua ação. O termo está relacionado com a possibilidade da morte ocorrer no momento certo sem dor e sofrimento desnecessário. Referem saber exatamente que a prática da ortotanásia é ilegal no ambiente hospitalar. As representações dos enfermeiros na ortotanásia estão direcionadas à palição do sofrimento, sendo sua operacionalização confirmada com os métodos de não ressuscitação cardiorespiratória (RCR), no paciente considerado não investível. As representações dos médicos quanto a ortotanásia são construídas na mesma perspectiva, como contraponto ao sofrimento apresentado pelo paciente e a não RCR conduz o resultado, contudo direcionam sua atenção ao receio e as angústias que essa decisão provoca o risco da punição jurídica. Tratar sobre o assunto da prática da ortotanásia, não foi simplesmente considerá-la como algo mecanizada, mas sim contextualizar sua atuação frente à dinâmica de uma rotina que tenta mascará-la, simplesmente pelo fato de não existir amparos das diferentes áreas, seja da medicina a jurisdição. De fato, a ortotanásia, que se instala no ambiente hospitalar, foi percebida pelos profissionais como a possibilidade viável de tratar a morte como um processo irremediável e constante, de forma a contrapor qualquer tipo de prolongamento do sofrimento humano. Desta forma, é necessário pensar a contextualização de o paciente morrer de forma digna, a partir das ações que visem perceber-lo como mortal.

Palavras-chave: ortotanásia; representação social; enfermeiros; médicos

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

REPRESENTATION OF SOCIAL ORTHOTHANASIA: MEANINGS ALLOCATED FOR NURSES AND DOCTORS IN INTENSIVE CARE UNIT

AUTHOR: SILVANA BASTOS COGO BISOGNO

LEADER: ALBERTO MANUEL QUINTANA

Room 1444 of the Center for Health Sciences: Santa Maria, December 19, 2008.

In this research, it proposes an approximation of the meaning given by nurses and doctors in relation to the practice of orthothanasia. Thus, tracing out the purpose of analyzing the social representations of nurses and doctors, working in the Intensive Care Unit (ICU), in the practice of orthothanasia and how these representations influence the professional activities. This is an exploratory type of search based on a qualitative approach, which adopts as the theoretical framework of social representations Moscovici. Was developed in the adult ICU of a public hospital located in the geographic center of Rio Grande do Sul (RS) and the population were five nurses and five physicians. It was decided to semi-directed. The period of data collection occurred from January to March of 2008. Ethical issues were considered in the research as required by Resolution 196/96 of the National Health Council, for the conduct of research with human beings. After analyzing the content of Bardin, it was possible to identify some distancing and approximations of the representations. The proliferation vocabulary designating orthothanasia is pervaded by doubt and lack of concept and its applicability, and this action can easily be distorted or confused with euthanasia. The orthothanasia appears so latent in speeches, and professionals do not refer directly to your action. The term is related to the possibility of death occurs at the right time without unnecessary pain and suffering. Refer know exactly what the practice is illegal in the orthothanasia hospital. The representations of nurses in orthothanasia are directed to the alleviation of suffering, and its operation confirmed by the methods of non cardiorespiratória resuscitation (CPR) in patients deemed not investível. The representations about orthothanasia the physicians are built on the same perspective, as opposed to suffering from the patient and not the result leads RCR, however direct his attention to the fear and anguish that this decision creates the risk of legal punishment. Discuss the matter of the practice of orthothanasia was not simply consider it as something mechanical, but its performance against the context of a dynamic routine that tries to mask it, simply because there is no amparos in different areas, whether in medicine the jurisdiction. In fact, the orthothanasia, which is installed in the hospital, was perceived by practitioners as the viable option to treat the death as an inevitable and constant in order to counter any prolongation of human suffering. Thus, it is necessary to consider the context of the patient die in dignity, from the actions that aim to understand it as deadly.

Keywords: orthothanasia; social representation; nurses, doctors

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Protocolo de Registro e Acompanhamento de Projetos.....	177
ANEXO B - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM.....	178

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	179
APÊNDICE B -Termo de confidencialidade.....	181

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1.1 A problemática do estudo.....	19
1.2 Justificando a abordagem da temática.....	20
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 Objetivo geral.....	24
2.2 Objetivos específicos.....	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO DE SUSTENTAÇÃO À ANÁLISE.....	25
3.1 Algumas considerações bioéticas.....	25
3.2 Abordagens sobre o avanço tecnológico e a morte na UTI.....	29
3.3 Prolongamento do sofrimento do paciente em fase terminal e o respeito à dignidade humana.....	32
3.4 Futilidade terapêutica e cuidados paliativos.....	34
3.5 Ordem de não-ressuscitação cardiorespiratória.....	37
3.6 Ortotanásia e eutanásia.....	39
3.7 Implicações legais na prática da ortotanásia.....	42
4 REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	46
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	52
5.1 Tipo de estudo.....	52
5.2 O local do estudo.....	53
5.3 Os sujeitos participantes.....	55
5.4 Aproximação ao campo, procedimentos e instrumentos utilizados na coleta de dados.....	56
5.5 Análise, discussão e interpretação dos dados.....	59
5.5.1 Análise de conteúdo.....	59

5.5.1.1 Etapas de desenvolvimento da análise de conteúdo.....	61
5.6 Considerações éticas.....	62
5.6.1 Relação risco-benefício.....	63
5.6.2 Confidencialidade e privacidade.....	63
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	64
6.1 Representações dos enfermeiros diante da ortotanásia.....	65
6.2 Representações dos médicos intensivistas diante da ortotanásia.....	108
6.3 Aproximações e distanciamentos das representações dos médicos e enfermeiros.....	161
7 CONCLUSÃO.....	165
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	168
ANEXOS.....	176
APÊNDICES.....	179

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nesta pesquisa, propõe-se uma aproximação do significado atribuído por enfermeiros e médicos de um hospital público da região Centro - Oeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS) em relação às interfaces dos limites impostos no final da vida aos pacientes considerados terminais, relacionando com a prática da ortotanásia¹. A realização deste estudo partiu de discussões acerca das questões referentes à ortotanásia, prática autorizada pelo Conselho Federal de Medicina² (CFM) -, em virtude de sua repercussão social e aos limites impostos pela vida na iminência da morte. É uma tentativa de desvendar de que forma os profissionais da área da saúde³ a representam e, dessa forma, lhe atribuem significações, utilizando a Teoria das Representações Sociais (TRS) proposta por Moscovici (2005), conhecendo como enfrentam as questões relacionadas à prática da ortotanásia com o paciente adulto em fase terminal internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A palavra ortotanásia empregada a partir de uma proliferação vocabular e com um dos propósitos de distinção da palavra eutanásia, suscita muitas dúvidas e equívocos. Cabe ressaltar que as ambigüidades surgem a partir dos conceitos empregados, que conforme o tempo e o autor que o utiliza, podem modificar seu sentido. Acrescenta-se ainda que, para se falar em ortotanásia é imprescindível a associação e a menção de termos, relacionados aos cuidados no fim da vida sendo neste contexto primordial explicitá-los, considerando-os obviamente não como regra, mas como uma idéia concebida por alguns dos autores, que serão citados ao longo deste estudo.

¹ A ortotanásia também denominada por alguns autores como eutanásia passiva ou paraeutanásia, consiste em deixar morrer naturalmente, sem o uso de aparelhos que prolonguem a vida artificialmente e propiciem vida puramente vegetativa. Trata-se de não empregar os meios artificiais de prolongamento inútil da vida humana (NOGUEIRA, 1995, p. 45).

² Resolução nº 1.805/2006, do CFM, que regulamenta e autoriza a prática da ortotanásia (BRASIL, 2006).

³ Embora reconheça outros, profissionais de saúde a referência será aos enfermeiros e médicos.

Em primeiro lugar, a palavra eutanásia, vem do grego, podendo ser traduzido como "boa morte" ou "morte apropriada". O termo foi proposto por Francis Bacon, em 1623, em sua obra "*Historia vitae et mortis*", como sendo o "Tratamento adequado às doenças incuráveis" (GOLDIM, 2004). Muito praticada na antiguidade, por povos primitivos, a eutanásia até hoje encontra seus adeptos que, freqüentemente, têm audácia de praticá-la, mas, muito raramente, de defendê-la publicamente ou apontar seus benefícios de forma a convencer a opinião pública (D`URSO, 2005).

Convém acrescentar que são vários os tipos de eutanásia, sendo que cada autor os relata de forma distinta. Sem a pretensão de fazer um elenco completo, podem distinguir-se, conforme Terzi e Silveira (2006), em eutanásia ativa, que é um ato comissivo, com real induzimento ou auxílio ao suicídio; e a eutanásia passiva que omite (*withholdind*) ou retira (*withdrawal*) o suporte avançado de vida daquele em sofrimento e com morte iminente e / ou inevitável. Após inúmeros debates sobre a diferença ética e moral entre a morte causada pela ação (eutanásia ativa) ou pela omissão intencional (eutanásia passiva) muitos especialistas passaram a rejeitar esses termos (KOVÁCS, 1991). Na busca de maior precisão conceitual, existem bioeticistas que utilizam o termo ortotanásia para falar da morte no seu tempo certo (PESSINI, 2004).

O termo ortotanásia, etimologicamente, significa "morte correta: *orto*: certo, *thanatos*: morte, ou seja, o não prolongamento artificial do processo de morte, além do que seria o processo natural, feito pelo médico" (BORGES, 2001, p.287). A ortotanásia serviria, então, para evitar a distanásia⁴, que por sua vez, "dedica-se a prolongar, ao máximo, a quantidade de vida humana, combatendo a morte como grande e última inimiga" (SÁ, 2005, p. 39).

Em segundo lugar, torna-se essencial e indispensável a descrição da definição de paciente terminal já que suscita inúmeras discussões. Conforme Kipper, Martin e Fabbro (2000, p.403), paciente em fase terminal "é aquele que irá morrer, independente de ser ou não tratado, num período relativamente curto de tempo de três a seis meses". Com outro enfoque, Torreão (2003) considera o paciente terminal como sendo aquele que está em um estágio da doença na qual evoluirá inevitavelmente para o óbito, independente das medidas empregadas. No entanto, a definição do termo terminal apresenta algumas ressalvas, em virtude de não poder se prever quando realmente alguém irá morrer.

⁴ O dicionário Aurélio traz a seguinte conceituação: "Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento". O prefixo "dis" tem o significado de afastamento. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil. No mundo europeu fala-se em "obstinação terapêutica", nos Estados Unidos de "futilidade médica" (FERREIRA, 1988).

Em face disto, em terceiro lugar, trabalha-se com a possibilidade de proporcionar a morte digna que Pessini (2005) considera como a valorização e radicalização da liberdade e da autonomia pessoal, elegendo a pessoa como a única protagonista do processo vida/morte. Ela é o único juiz de sua própria dignidade, sem depender de forças ou seres transcendentais. Ou seja, a morte digna enfatiza o respeito ao enfermo, não o mantendo artificialmente sem qualquer possibilidade de restabelecimento da saúde. A morte digna tem papel fundamental como a não agressão ao seu direito e a sua autonomia, e a participação na tomada de decisão, sempre que possível.

Assim, esses conceitos intimamente relacionados com a ortotanásia, na atualidade, são assuntos discutidos em diversos níveis no mundo. Um dos fatores deve-se à explicitação de casos na mídia, como por exemplo, o dramático e comovente desfecho da agonia e morte da norte-americana Terri Schiavo que, depois de 15 anos em estado vegetativo persistente e após muita polêmica, teve sua alimentação suspensa, fazendo com que sua morte ocorresse reabrindo as discussões planetárias sobre o polêmico tema da eutanásia. O caso conquistou repercussão sem paralelos, colocando de um lado, os que apoiavam a decisão do marido de colocar um ponto final ao drama da esposa, e de outro os que acreditavam, como a família de Terri, em uma remota chance de recuperação. Certamente, são situações que fazem com que a sociedade se manifeste favoravelmente ou de forma contrária a esta temática.

Portanto, considera-se a reflexão em torno do tema, necessária e imprescindível para que se pense e atue na valorização da atenção integral ao paciente considerando a qualidade de vida e a dignidade humana, contrapondo ao prolongamento do processo da morte, com a utilização de toda tecnologia⁵ possível. Garantir um desfecho de vida digno é o que se pode fazer quando a doença não tem mais cura. As evidências de que a morte se aproxima não afastam a necessidade de cuidados especiais. Assim, a prioridade estaria centrada única e exclusivamente, no cuidar que é mais importante do que buscar a cura a todo custo.

Acredita-se que os assuntos relacionados ao processo de morte e todas as vertentes que possibilitam esse acontecimento estimulam as discussões no âmbito da ética, do jurídico, da saúde, do social e do religioso. Esta pesquisa, não teve a pretensão de esclarecer todas as questões relacionadas à prática da ortotanásia, até por que seria impossível, mas conhecer como os profissionais, que atuam com ela, estão reagindo diante de um assunto que pode trazer, por vezes, contradições, constatação da falta de conhecimento e a sua certeza de aplicabilidade.

⁵ Referindo-se a utilização de aparelhagens sofisticadas que substituem as funções vitais do organismo humano.

Embora se reconheça a importância e a indispensabilidade de outros capacitados na atuação ao paciente terminal, a escolha pelos profissionais enfermeiros e médicos, decorreu em virtude de particularidades inerentes às ações que exercem junto ao paciente. A qualidade da assistência prestada deve envolver a cooperação de uma equipe multidisciplinar, embora se atribua a médicos e enfermeiros a maior parcela de responsabilidade e autoridade (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2001).

Assim, considera-se que o enfermeiro permanece 24 horas junto ao paciente e tem como meta o cuidado, que é considerado por Rosellò (2005) como uma arte integrando a técnica, a intuição e a sensibilidade, com sentido distinto de curar. A equipe de enfermagem constitui-se em elemento essencial da equipe de saúde no momento de acompanhar os pacientes, ou nos últimos instantes de sua vida, ajudando a aliviar-lhes os sentimentos dolorosos, bem como o medo e a angústia com que se defronta com frequência.

O médico detém o respaldo de realizar, atenuar e omitir procedimentos, diagnosticar as patologias e atestar o óbito do paciente. Para Boff (2000, p. 03), o médico necessita “manter acesa a chama da vida e buscar todo o esforço para curar o paciente”, contudo, o mesmo não domina o poder de sempre curar, pois chegará um momento que o ser humano irá morrer, esteja ou não doente e, para isso, é preciso conhecer os limites da terapêutica.

Nesse sentido é interessante pontuar e ressaltar a importância neste estudo destes profissionais, pois dois são os objetivos: o cuidado e a cura, desta forma considera-se a expressão utilizada por Silva (2001, p. 03) quando afirma que “o curar é escravo da tecnologia e o cuidar pressupõe que temos uma existência mortal”. Desta forma, os profissionais outrora citados são elementos indispensáveis diante da atenção prestada ao paciente internado na UTI, com funções diferenciadas, contudo ambos considerando a qualidade na assistência e o bem-estar do paciente.

A ênfase da escolha em desenvolver esta pesquisa na UTI, está relacionada às peculiaridades inerentes a sua estruturação e por corroborar com Piva e Carvalho (1993) quando mencionam que nas UTIs existe um grupo especial de pacientes que se caracteriza por utilizar uma infinidade de recursos tecnológicos e, mesmo assim, apresenta resultados persistentemente desanimadores. E ainda, por avaliar o que Kipper e Piva (1998) quando expressam sendo comum que as atitudes de limitação terapêutica na UTI frente a pacientes sem esperança de vida ocorrem de acordo com conceitos éticos e morais defensáveis, mas não raras vezes acompanhadas de grandes conflitos bioéticos, entre os integrantes das equipes assistenciais. Assim, a UTI é um ambiente dotado de situações que envolvem os limites impostos entre a vida e a morte.

Em virtude disso, acredita-se que os pacientes possam estar sendo submetidos a uma terapêutica, muitas vezes inadequada, mas que possibilita o prolongamento do processo de morrer, independente da sua qualidade de vida. Neste sentido, os autores supracitados Kipper, Martin e Fabbro (2000) expõem que os próprios médicos em várias situações fazem uso abusivo dos métodos terapêuticos disponíveis, sem que haja benefício para os pacientes.

A esse respeito, ir além da cura é uma necessidade primordial, considerando o cuidado da pessoa e de seus familiares, a forma de desenvolver respostas apropriadas às necessidades dos pacientes em fase final da vida. Diante disso, com a inserção dos cuidados paliativos⁶, unem-se esforços na tentativa de atenuar o sofrimento dos sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, comuns nas doenças potencialmente incuráveis. Pessini (1994) considera a filosofia dos cuidados paliativos⁷ como método de operacionalizar, na prática, a visão da ortotanásia, ou seja, do morrer com dignidade, em paz, cercado de amor e ternura, sem abreviação de vida ou prolongamento artificial.

Nesse contexto, a inserção no Brasil do conceito de ortotanásia, que não significa tirar a vida, mas assegurar o direito de morrer com dignidade – diferentemente da eutanásia, é referida como ato legal e livre de ilegítimo, pela classe médica, porém é cercada por contradições e dúvidas referentes à sua real licitude em nível jurídico, impondo a esses profissionais temores nas decisões que envolvem os limites de suporte de vida, já que a ação se encontra associada ao termo eutanásia, o que poderá induzir a controvérsias. Cabe salientar que a prática da ortotanásia é específica da medicina, contudo a equipe de enfermagem, bem como outros profissionais, encontra-se próxima do paciente na iminência da morte. Com isso, as decisões deverão ser compartilhadas com a equipe, incluindo o paciente, quando possível, e/ou com familiares e representantes legais (BRASIL, 2006).

Para tanto, surge o interesse de conhecer a significação que esses profissionais atribuem a essa nova terminologia e como entendem a sua aplicação. Ou seja, entender como representam o ato da ortotanásia, considerando que as representações são sociais e tão importantes na vida cotidiana, pois conforme Jodelet (2001, p.18) “elas nos guiam no modo

⁶ O foco dos cuidados paliativos é o doente em etapa terminal. Os cuidados paliativos caracterizam-se por valorizar a expressão das emoções dos envolvidos no processo de morrer; os profissionais podem adiar alguma atividade técnica em prol da escuta e da pacificação dos sentimentos emergentes, priorizando a comunicação com doentes e familiares, além da adaptação do profissional ao ritmo do paciente, já que a assistência paliativa preconiza que a morte não deve ser acelerada nem prorrogada (MENEZES, 2004).

⁷ Portaria nº 3.535, de dois de setembro de 1998, que estabelece para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. A portaria que amplia a inserção de cuidados paliativos é a Portaria nº 19, de três de janeiro de 2002. Portaria nº 1.319/GM, de 23 de julho de 2002, que criou, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor, E A Portaria nº 881, de 19 de julho de 2001, que instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, são importantes, pois subsidiam e estimulam a criação e implementação de serviços de cuidados paliativos no país.

de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva”.

1.1 A problemática do estudo

O objeto desse estudo é a representação social dos profissionais enfermeiros e médicos sobre a prática da ortotanásia. Assim, para Turato (2003, p. 274) “o recorte do objeto da representação social contempla os limites do grupo enquanto este reúne pessoas que compartilham a mesma representação de um fenômeno de interesse do pesquisador”.

Os problemas relacionados à aceitação da morte nas pessoas em geral são evidentes, pois implicam em perda irreversível e irreparável. No entanto, para os profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, a morte faz parte de seu cotidiano tornando-se companheira de trabalho (KOVÁCS, 2003). Contudo é destacável que a academia, por vezes, ensina a imortalidade, fazendo-os personagens despreparados para lidar com a morte. A ênfase na cura parece permear as práticas dos profissionais da saúde e sabe-se que muitos acreditam que, quando não há mais tratamento para a cura, não há mais o que fazer pelo paciente.

Assim, devido à ampla produção dos recursos para a manutenção da vida, é de extrema significância o empenho para resguardar, no momento da morte, a dignidade humana. Ampliar a compreensão sobre as etapas da vida até sua terminalidade, de forma a contrapor ao tecnicismo, que poder-se-á tornar abusiva como forma de prolongar o sofrimento humano e interferir no processo de viver e morrer, é uma alternativa plausível nas situações de terminalidade.

A opção de não prolongar o sofrimento de uma vida iminentemente no fim é um problema delicado. Exige um discernimento, por parte da equipe de saúde, de criterioso diálogo e uma tomada de decisão consciente. Assim, é possível questionar: Como os profissionais enfermeiros e médicos, estão enfrentando as questões relacionadas à terminalidade nos pacientes em fase terminal, contextualizando com a utilização da prática da ortotanásia? Este problema é bastante amplo e complexo, e inúmeras hipóteses poderiam ser criadas, suscitando várias linhas de pesquisa.

No entanto, considera-se que estes profissionais possuem dificuldades de enfrentar a morte, bem como a delimitação dos tratamentos terapêuticos para operacionalizar a ortotanásia em virtude dos dilemas éticos e legais que a cercam. Ressalta-se, também, que supostamente, não possuem o conhecimento e preparo adequados para lidar com assuntos relacionados à terminalidade da vida, bem como receio frente à tentativa de modificar a contextualização da morte, somado as questões de ser pouco trabalhado na academia, bem como na sociedade em geral.

Partindo desse pressuposto, Kovács (2003) explicita a preocupação de que recentemente os cursos de formação dos profissionais da área de saúde têm disponibilizado uma discussão mais ampla acerca do tema morte e dos cuidados direcionados ao fim da vida, possivelmente relacionado à menção de que os futuros profissionais são orientados a controlar seus sentimentos, e não se envolver emocionalmente com seus pacientes. Desta forma, acredita-se que a representação social dos profissionais da área da saúde influencie de forma considerável a ação da prática da ortotanásia, considerando conforme Moscovici que (2005, p.36) “[...] as representações constituem um tipo de realidade”.

A legalização médica da ortotanásia é recente no país e, portanto, acredita-se ser desconhecida pela maioria dos profissionais que atuam com pacientes em fase terminal. Assim, ao se conhecer as representações sociais da ortotanásia, construídas pelos profissionais, é possível perceber os comportamentos, condutas e práticas que interferem na ação da ortotanásia.

Portanto, este estudo tem como finalidade fornecer subsídios para os profissionais da saúde e para a população, com o objetivo maior de reflexão, a fim de pensar na possibilidade de propiciar aos pacientes em fase terminal, uma qualidade de vida, bem como o direito de morrer de forma digna.

1.2 Justificando a abordagem da temática

Muitas discussões têm sido abordadas na sociedade brasileira sobre a prática da ortotanásia. Neste sentido, vários artigos, reflexões e estudos têm enfatizado a operacionalização da ortotanásia nos pacientes em fase terminal. No entanto, são várias as dúvidas que imperam sobre a práxis, que impossibilita uma aplicação, livre de qualquer tipo de dilema, seja ético, legal, religioso, cultural ou social.

A ortotanásia embora se apresente no âmbito hospitalar, não explicitamente, põe em dúvida questões relacionadas, principalmente, à jurisprudência, gerando angústias aos profissionais que optam por manter uma prática velada por receio de sofrer uma repressão judicial e social nitidamente injusta. O Código Penal Brasileiro atual não menciona a ortotanásia, no entanto, alguns juristas tipificam-na como crime previsto no artigo 135, intitulado omissão de socorro (BRASIL,1940).

Contribuem com a angústia os diferentes posicionamentos quanto a essa prática. Para Marcão (2006, p. 03), promotor de Justiça do Estado de São Paulo, a “ortotanásia é um artifício homicida; expediente desprovido de razões lógicas e violador da Constituição Federal, [...] não podendo ser considerado lícito o homicídio praticado nas circunstâncias estabelecidas”. Essa idéia difere de Santos (1998) que acredita não se tratar de crime a omissão de tratamento médico desnecessário à situação do doente irreversível, pois o artigo 23 do Código Penal dispõe que não há crime quando o agente pratica o fato no exercício regular de direito no que consiste a prática médica de acordo com os padrões cientificamente aceitos e eticamente corretos.

As contraposições que surgem, em virtude das diversas opiniões e da falta de clareza das práticas, expõem dúvidas à sociedade e aos profissionais da saúde. Para a medicina, o ato da ortotanásia é lícito, o que é inverso ao ato da eutanásia. Para a jurisprudência vigente, quaisquer dessas práticas são consideradas crimes e estão associadas, quanto à terminologia e à ação. No entanto, em casos isolados, alguns criminalistas excluem-no de ilicitude.

Acredita-se que fatores, que contribuam com as divergências e falta de clareza e solução sobre a questão, estejam relacionados a vários fatores, a citar a história do termo “eutanásia” que ganhou novo significado. Hoje, a eutanásia é a “prática a qual se procura abreviar, sem sofrimento ou dor, a vida de pessoas que sofrem de doenças incuráveis” (ROBERTI 2002, p. 129). Nas palavras de Borges (2001), o primeiro sentido de *euthanatos* fazia referência a facilitar o processo da morte, a partir dos cuidados paliativos, acompanhamento psicológico, a interrupção dos tratamentos inúteis, ou que prolongassem a agonia. Desta forma a eutanásia não visava à morte, mesmo que fosse para fazer cessar os sofrimentos da pessoa doente.

Para Santos (1998, p.104), cedendo à concepção atual do conceito, admite-se que a eutanásia, propriamente dita: é a “morte misericordiosa ou piedosa, e é inferida à pessoa que sofre de uma enfermidade incurável ou muito penosa, visando a suprimir a agonia lenta e dolorosa”. Diversas são as conceituações de eutanásia, no entanto, ao se referir a esse termo, pode-se concluir que é proporcionar ao doente, reconhecidamente incurável, a abreviação da

morte, com o intuito de desprover-lhe o sofrimento. Associado a essa, temos a eutanásia ativa e passiva, que conforme Santos (1999 apud PAZ 1998, p. 289), eutanásia ativa “é a realização de um comportamento de ajuda à morte para suprimir ou paliar os sofrimentos do paciente, dividindo em direta e indireta de acordo com a intencionalidade”; acrescenta que a eutanásia passiva é a omissão do tratamento em que se empregam meios que contribuem para o prolongamento da vida do paciente quando esta já apresenta uma deterioração irreversível ou uma enfermidade incurável em fase terminal. Assim, pode consistir tanto na não iniciação do tratamento quanto na suspensão do tratamento já iniciado.

Outra questão a ser mencionada e que talvez contribua com as divergências e falta de clareza é a referência, nas bibliografias, da ortotanásia como sinônimo de eutanásia passiva, eutanásia por omissão, ou ainda, paraeutanásia. Significa a omissão, limitação ou suspensão da ação que teria indicação terapêutica naquela circunstância, embora sejam tratamentos ou procedimentos que estão prolongando a vida de doentes terminais, sem chance de cura (GOMES, 2006; SOUZA, 2006; ROBERTI, 2002; SÁ, 2005).

Outros consideram a ortotanásia, dissociada de outros termos, relacionando a morte como no tempo certo, não se utilizando de medidas que prolonguem, artificialmente, o processo de morte, porém sem cortes bruscos do tratamento, além do que seria o processo natural (PITHAN, 2004; BORGES, 2001; FRANÇA, 1999). Esses autores consideram a eutanásia passiva como a morte do paciente, decorrente da omissão ou retirada de recurso terapêutico, muitas vezes utilizado indiscriminadamente, sem avaliar a adequação do tratamento.

Diante do exposto, a distinção está centrada na adequação da ação ou omissão dos tratamentos para a manutenção da vida. Isso quer dizer que no caso da eutanásia passiva, nem sempre se avalia de forma a considerar o paciente em fase terminal, para assim omitir um tratamento, simplesmente os recursos não são oferecidos. Na ortotanásia, é assegurado ao paciente, reconhecidamente em fase terminal, o direito de morrer dignamente conforme vontade e autorização do próprio paciente ou representante legal, em virtude de uma doença terminal, onde a morte é iminente e inevitável num curto período de tempo. A morte neste caso acontece, de forma a contrapor o sofrimento do enfermo e a obstinação terapêutica.

Acredita-se que a prática da ortotanásia deveria estar desvinculada do termo eutanásia, pois este demonstra ação de matar, seja pela ação ou pela omissão, já na ortotanásia a morte é o contraponto da obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo e que conduz à chamada distanásia. Com a indefinição dos conceitos e longe de esgotar as discussões, surgiu a necessidade de conhecer como os profissionais que atuam junto a esses pacientes sem

perspectivas de cura significam a ortotanásia.

Desta forma, por intermédio da realização desta pesquisa e apresentação dos resultados em relação à ortotanásia talvez, seja possível provocar na população acadêmica, nos profissionais da saúde, informações referentes ao seu uso, com a apresentação de seus conceitos e a associação de distinção ou semelhança a outras práticas. Reconhecer o dever da reflexão é considerar o direito dos pacientes em fase terminal de manter seus direitos fundamentais, de modo a manter a dignidade da pessoa enferma que, em situação de vulnerabilidade, pode estar fragilizada. Além disso, não se encontram estudos sobre a representação social dos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros que abordem essa temática. Nesse contexto, ter coerência sobre os fundamentos e ações que envolvam passa a ser uma questão inicial e fundamental para entender as questões relacionadas à prática da ortotanásia no nosso Brasil.

Essas considerações justificam a importância desta pesquisa sobre as representações sociais dos profissionais enfermeiros e médicos diante da ortotanásia. Considerando que as representações sociais são fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social. Em sua riqueza como fenômeno, descobrem-se diversos elementos: informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, entre outros. Contudo, estes elementos são organizados sempre sob a aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade. É esta totalidade significativa que, em relação à ação, encontra-se no centro da investigação científica, que assume como tarefa descrever, analisar, explicar em suas dimensões, formas, processos e funcionamento (JODELET, 2001).

2 OBJETIVOS

A problemática em torno do processo dos limites impostos no final da vida, somada às inquietações surgidas durante a aprovação da resolução que trata sobre a ortotanásia, levaram a delimitar, as representações sociais dos profissionais enfermeiros e médicos sobre a prática da ortotanásia. Para tanto, foram traçados os seguintes objetivos:

2.1 Objetivo geral

Analisar as representações sociais dos enfermeiros e médicos, atuantes numa UTI, diante da prática da ortotanásia e como essas representações influenciam na atuação profissional.

2.2 Objetivo específico

- Verificar as aproximações e distanciamentos das representações construídas pelos enfermeiros e médicos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO DE SUSTENTAÇÃO À ANÁLISE

O corpus teórico que desvela possibilidades de construção textual e de análise ancora-se nos autores – filósofos, historiadores, bioeticistas, juristas, médicos, antropólogos, enfermeiros, escritores, sociólogos, teólogos, advogados. Assim, dentre as inúmeras maneiras de sistematizar e tratar os assuntos referentes às questões que envolvem a terminalidade, foram selecionados para compor o referencial de análise dos dados: algumas considerações bioéticas; abordagens sobre o avanço tecnológico e a morte na UTI; prolongamento do sofrimento no paciente em fase terminal e o respeito à dignidade humana; futilidade terapêutica e cuidados paliativos; ordem de não-ressuscitação cardiopulmonar; ortotanásia e eutanásia; e as implicações éticas e legais na prática da ortotanásia, bem como a Teoria das Representações Sociais (TRS), que serve de sustentação teórico-metodológica.

3.1 Algumas considerações bioéticas

O constante desenvolvimento das ciências biomédicas tem oferecido inúmeras oportunidades de melhoria no atendimento à saúde, aumentando a quantidade e qualidade de vida da população. Porém, paralelo aos benefícios gerados pelos novos conhecimentos, surgem riscos de abuso e arbítrio em sua aplicação, impondo a necessidade de discussão sobre limites éticos e jurídicos. Assim, uma circunstância especial está relacionada às questões que envolvem as intervenções dos limites impostos no fim da vida em pacientes fora das possibilidades terapêuticas, ou considerados terminais e que, evidentemente, estão em processo de morte irreversível.

Os limites éticos têm sido discutidos através da Bioética, novo campo de estudos entre as diferentes disciplinas vinculadas às ciências da vida. Já os limites jurídicos, frente à

ausência de leis e insuficiência dos aportes teóricos tradicionais, têm sido buscados a partir dos direitos fundamentais e princípios jurídicos, considerando, prioritariamente, o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana (PITHAN, 2004).

O termo bioética trata de um neologismo, apenas recentemente incorporado aos dicionários de Língua Portuguesa. Esse vocábulo provém das palavras gregas *bios* (vida) e *ethiké* (ética, valores morais), foi cunhado no ano de 1970 pelo oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter, em um artigo denominado “*Bioethics: the science of survival*”, e, no ano seguinte, no seu livro “*Bioethics: bridge to the future*”, cuja finalidade visava à contribuição e promoção de um novo diálogo entre as diferentes culturas que pareciam incapazes de se comunicar (CLOTET, 1993). Embora o sentido atual do termo bioética já não seja o mesmo originalmente utilizado, permanece na atual conotação da palavra a idéia central de interligar diferentes áreas do conhecimento, como preconizou Potter.

A Bioética envolve diversas disciplinas, utilizando um variado e complexo montante de informações a fim de chegar à solução que supere qualquer âmbito específico do conhecimento. A mesma nasce para proteger a vida diante de todas as inovações técnico-científicas na área das ciências da vida e é resultante de diversos campos, como medicina, enfermagem, sociologia, biologia, filosofia, jurídico e teologia que se unem no intuito de investigar os valores humanos e, desta forma, está voltada para a preocupação de bem decidir. Está associada, ainda, ao senso comum, ou seja, na intenção de defender uma aplicação mais prudente e ao mesmo tempo promover um esclarecimento do saber popular (THOMAS; CARVALHO, 1999).

Em 1978 foi elaborado o Relatório Belmont (*Belmont Report*), produto da elaboração de uma comissão constituída por 11 profissionais de diversas disciplinas, que faziam parte, na época, da Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos da Pesquisa Biomédica dos Estados Unidos, responsabilizando-se. Este relatório destacaram-se três princípios: (1) princípio do respeito às pessoas; (2) princípio da beneficência; (3) princípio da justiça (URBAN, 2003).

O problema do Relatório Belmont é que se referia apenas a questões éticas da experimentação com seres humanos. Ficava fora do seu horizonte o campo da prática clínica e assistencial. Assim, a maior expressão dos princípios bioéticos apareceu em 1979, a partir da obra de Tom Beauchamp e James F. Childress que publicaram o livro *Principles of Biomedical Ethics*, com o objetivo explícito de analisar sistematicamente os princípios morais que deveriam ser aplicados à biomedicina. Foram quatro os princípios elencados por Beauchamp e Childress: (1) princípio do respeito da autonomia; (2) princípio da não-

maleficiência; (3) princípio da beneficência; (4) princípio da justiça. Os mesmos apresentaram um enfoque em que o principal objetivo é aplicar os princípios éticos gerais aos problemas da prática médica assistencial (URBAN, 2003).

No princípio da beneficência existe o dever do médico de atuar sempre para o bem-estar do paciente. Como afirma Amorim (2003, p. 13), “é uma ação feita no benefício de outros, estabelece uma obrigação moral, que é a virtude de se dispor a agir no benefício dos outros. No âmbito da saúde, a beneficência é operacionalizada no sentido de agir no interesse do paciente”. Tal princípio busca, primeiramente, “a promoção da saúde e a prevenção da doença e, em segundo lugar, pesa os bens e os males buscando a prevalência dos primeiros” (CLOTET; KIPPER, 1998, p. 47).

O princípio da não-maleficiência se refere à obrigação do médico de não causar mal ou danos aos pacientes. Pode-se dizer que “não causar prejuízo ou dano foi a primeira grande norma de conduta eticamente correta dos profissionais de medicina e do cuidado da saúde” (CLOTET; KIPPER, 1998, p. 47). Assim, “é vedado ao médico causar agravo ao paciente. O princípio orientador da interação do médico com o paciente é: antes de tudo, não faça mal” (PARIS; WEBSTER; REARDON, 2007, p.913).

O princípio da autonomia se veicula ao princípio da dignidade humana, que preconiza que todo ser humano competente deve fazer escolhas pessoais em relação ao tratamento médico. Um indivíduo incompetente para tomar decisões também tem o direito de escolha quanto às decisões para fins de saúde, exercidas por um responsável ou procurador designado. Assim, as mesmas devem fundamentar-se nos valores pessoais do paciente. Se estes não forem conhecidos, a decisão é tomada com base no melhor interesse do paciente (PARIS; WEBSTER; REARDON, 2007). Da mesma forma, para Lepargneur (2003, p.15), a autonomia “é a condição de um indivíduo ou de um grupo que determina ele mesmo a norma a qual entende conformar seu agir ou destino”.

O princípio bioético da justiça individual dá a cada pessoa o que é devido ao indivíduo nas circunstâncias da situação e a justiça social trata do impacto de decisões individuais sobre a comunidade como um todo. Deve-se considerar tanto o bem comum como o benefício individual (PARIS; WEBSTER; REARDON, 2007). O princípio de justiça se refere à obrigação de igualdade de tratamento e, em relação ao Estado, de justa distribuição das verbas para a saúde, para a pesquisa. Isto, não significa dizer, certamente, tratar todos do mesmo modo, pois são diferentes as situações clínicas e sociais, deveria comportar, todavia, a adesão a alguns dados objetivos, como por exemplo, o valor da vida e o respeito a uma proporcionalidade das intervenções (SGRECCIA, 1996).

Partindo das considerações efetuadas sobre a aplicação dos princípios da bioética, é interessante destacar algumas das considerações que estabelecem a seqüência de prioridade a ser considerada. Para Piva e Carvalho (1993), os princípios da beneficência e não maleficência são prioritários sobre a autonomia e a justiça. Contudo, o princípio da beneficência prevalece sobre a não-maleficência, mas, dependendo da situação, pode haver uma inversão nesta prioridade.

Ainda, considerando as idéias dos autores supracitados, o princípio da autonomia seria secundário em relação à beneficência e à não-maleficência. Por exemplo: a situação onde um paciente com câncer em uso de quimioterapia, com diversas complicações clínicas e, por estar em fase depressiva, recusa-se a utilizar antibiótico. Neste caso a recusa poderá estar associada ao temor de uma nova internação hospitalar e de novos exames e procedimentos dolorosos. Os médicos responsáveis pelo paciente poderão não concordar com tal recusa, pois o princípio da autonomia está sendo utilizado acima dos princípios da beneficência e não-maleficência, o que, neste caso, poderia representar a morte do paciente.

Destaca-se, ainda, que o princípio da justiça deva ser levado em conta na decisão final, contudo não deve prevalecer sobre os princípios da beneficência, da não-maleficência e da autonomia. Porém, é importante considerar que o mau uso dos princípios de beneficência, não-maleficência e autonomia podem levar a uma aplicação incorreta do princípio da justiça. Ou seja, se o paciente encontra-se na fase de morte inevitável e são oferecidos cuidados desproporcionais, estaremos, com esta atitude, utilizando recursos que poderiam ser aplicados em outros pacientes. (PIVA; CARVALHO, 1993).

É salutar destacar que tais princípios não são absolutos, e por isso devem ser interpretados e aplicados a partir de uma ponderação em relação aos demais. Sgreccia (1996) enfatiza que a riqueza da vida moral escapa à possibilidade de armazená-la rígida e esquematicamente nos princípios. O objetivo centrando a atenção na aplicação dos princípios à prática corre o risco de esquecer a experiência moral. Além disso, a elaboração dos princípios tende a desenvolver uma atitude passiva de obediência, mais que um comportamento ativo de compromisso moral. Não é suficiente aplicar alguns princípios à situação, mas é necessário que o agente compreenda o sentido moral intrínseco do ato que realiza.

É importante considerar que os princípios fornecem indicações gerais de comportamento, mas é o valor ético do bem da pessoa como fim último a ser atingido que confere o sentido último da ação. Com efeito, a partir dessas incursões, conclui-se que a bioética não se reduz a discutir com a ciência e nem se concentra só na área da saúde, mas a

opinião pública, a ética, a ciência e a política. Isso porque a bioética cuida da dignidade e da vida, especificamente, do significado e do sentido da existência.

3.2 Abordagens sobre o avanço tecnológico e a morte na UTI

O avanço tecnológico na área da saúde tem beneficiado inúmeros indivíduos que dela necessitam a fim de lhes proporcionar condições de vida plena. A saúde humana obteve evidentes benefícios, permitindo alguns fatos notáveis, como o aumento do tempo médio de vida, a prevenção e erradicação de uma série de males, e a reversibilidade de expectativas na evolução de um grande número de doenças (PIVA; CARVALHO, 1993).

Antes do século XX, a inexistência de antibióticos, agentes quimioterápicos e procedimentos médicos sofisticados faziam com que a doença fosse sempre a presença certa da morte, muito mais que hoje. A morte era mais rápida, não se ficava “morrendo por muito tempo”. No entanto em poucas décadas, avanços tecnológicos na medicina transformaram completamente esta situação. Doenças infecciosas, antes mortais, passaram a ser perfeitamente curáveis, enquanto doenças crônicas e degenerativas tornaram-se as causas predominantes da morte hoje (PESSINI, 1990).

As disponibilidades de tratamentos, que foram e continuam a ser propiciadas, deram-se a partir do final da década de 80, com o desenvolvimento de sofisticados equipamentos de recuperação e preservação de funções orgânicas vitais, possibilitando uma revolução científica e tecnológica na atenção aos doentes em estado grave, agudo ou crônico. São os ventiladores artificiais, os equipamentos de diálise e o desenvolvimento de medicamentos. Isso ocorreu concomitantemente à criação de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), com recursos materiais e pessoais altamente qualificadas, promovendo, assim, alteração conceitual sobre o momento da morte (SIQUEIRA, 2005).

A desconsideração do conceito de morte, relacionada à interrupção irreversível dos batimentos cardíacos, à cessação da circulação e da respiração; é substituída por um novo conceito, em que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte (BRASIL, 1997). Essa mudança, também, surgiu com o advento dos transplantes de órgãos e tecidos, os quais introduziram a morte encefálica como critério de fim de vida de uma pessoa, com a possível disponibilidade de doação de órgãos e tecidos de seu corpo. Dessa forma, a ocorrência da morte deixou de ser considerada fenômeno súbito e terminal, tornando-se

processo evolutivo, dinâmico, complexo e, sobretudo, seqüência de eventos terminativos (SIQUEIRA, 2005).

Partindo dessa premissa, hoje a sociedade encontra-se obcecada pela idéia de que se pode vencer a morte por meio do dinheiro e da tecnologia, aumentando a quantidade de vida da população (KÜBLER-ROSS, 1999; THOMAS; CARVALHO, 1999), porém muitas vezes sem a devida qualidade esperada. Essa análise, também, fundamenta-se, em Kübler-Ross (1998), com uma antevisão do futuro em que as pessoas serão mantidas vivas, tanto com máquinas, ou computadores que controlarão, periodicamente, as funções fisiológicas, bem como a implantação de centros de processamento, nos quais serão coletados todos os dados técnicos e, neles, haverá uma luz que se acenderá, avisando que o paciente morreu, e o equipamento será desligado automaticamente. Outros centros poderão gozar de maior popularidade. Neles, os mortos serão imediatamente congelados e levados a um edifício especial sob baixa temperatura, aguardando o dia em que a ciência e a tecnologia tiverem avançado o suficiente para descongelá-los e devolvê-los à vida e à sociedade.

Por essas considerações o desejo de querer resolver e considerar os seres humanos como imortais contribui para o distanciamento da morte. A morte atualmente parece ser encarada como tabu e tornou-se deselegante sofrer. Com isso, a sociedade passou a tratar, com medicamentos, a amargura e a tristeza, por mais necessárias que estas sejam ao desenvolvimento humano, quando não patológicas. A própria medicina, ainda prega o conceito da imortalidade e sua academia ensina apenas a curar, sem definir o cuidar de seus pacientes.

Partindo do exposto, e considerando o aumento da eficácia e segurança das novas modalidades terapêuticas, surgem situações que motivam, questionamentos quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais resultantes do emprego exagerado de medidas e das possíveis indicações inadequadas de aplicações de tratamento à pacientes considerados terminais, ou seja, sem expectativa de cura.

É relevante salientar que a presença e a magnitude do desenvolvimento e aperfeiçoamento tecnológico são irreversíveis, no entanto não se deve rejeitar a tecnologia, porque ela em si mesma não é nem benéfica nem maléfica. A tecnologia deve ser usada de forma criativa e humana, servindo para melhorar a qualidade de vida, e considerando que jamais a máquina substituirá a essência humana (SILVA, 2001). Então, ter consciência da morte e de sua irreversibilidade suscita a importância em manter a dignidade humana, por meio da atenção humanizada, na finitude da vida.

Partindo deste pressuposto, considera-se que as chances de prolongar insistentemente

a vida, ocasionaram uma evolução em que a substituição dos valores e o processo de morrer foram distanciados da aceitação por parte da sociedade. A negação da morte faz parte do cotidiano, provavelmente enfatizada por se conviver numa sociedade moderna, voltada para o prazer e que não prepara os seus membros para enfrentarem a realidade do fim da vida.

Embora, atualmente a temática da morte esteja afastada do convívio social, nem sempre foi assim. Pitta (1999) expõe que, historicamente, houve uma transformação na forma de lidar com a morte. Na Idade Média, a morte era vivenciada e entendida como normal, era percebida espontaneamente ou informada por terceiros de forma natural. Os doentes que morriam em suas casas não eram isolados. Ao contrário, recebiam visitas, tinham tempo para dar suas últimas instruções e o grupo familiar podia, aos poucos, elaborar os acontecimentos. O homem tinha uma consciência aguda de que era um “morto adiado”. Essa intimidade perene com a morte, e a existência mais curta que, objetivamente, se levava, tornavam o homem medieval mais apaixonado pela vida e por seus prazeres. Simultaneamente, mais resignado e humilde na constatação de uma degenerescência e morte inerentes ao próprio curso da vida de cada um.

O médico, desde a Idade Média até o século XIX, tomava a iniciativa de prevenir a morte próxima, com uma baixa probabilidade de erros de prognósticos, dado o pequeno arsenal de possibilidades terapêuticas disponível. Após o século XIX, coincide o desenvolvimento científico e tecnológico da medicina com a recusa do médico em querer falar sobre doença e morte. Doravante, o médico falará quando indagado, produzindo-se na sociedade a cultura do “poupar” e “aliviar” o doente das suas próprias e más notícias (PITTA, 1999). A medicina, na atualidade, parece encarar a morte como um resultado acidental diante do objetivo de sua profissão que é a busca da saúde e a cura das doenças (THOMAS e CARVALHO, 1999).

Nesse sentido, hoje, a morte se esconde nos hospitais, nas UTIs, controlada por guardiões nem sempre esclarecidos da sua intensa e determinada missão: o trabalhador da saúde. A morte aparece quase em surdina com uma cumplicidade dos amigos e familiares que, por amarem o moribundo e não querendo vê-lo partir, negam-lhe a morte e dos profissionais que, obstinados pela cura da doença, estarão sempre lançando mão de suas onipotências e de uma “última medida terapêutica eficaz” para prolongar-lhe a vida (PITTA, 1999). Com isso, Libânio (1993, p.59) afirma que “hoje morre-se com grande freqüência na mais absoluta ignorância ou, pior ainda, na mais absoluta solidão. Em torno do moribundo reina um verdadeiro teatro. É o teatro da civilização que não sabe o que fazer da morte”.

A morte é uma preocupação universal para o homem, estando presente, nos dois sexos,

desde a mais tenra idade até a velhice, em pessoas de diversas crenças religiosas, níveis culturais e econômicos, sociedades e em várias épocas podendo assumir as mais diversas formas e estar relacionada a múltiplos fatos. Ela é a única certeza da vida e, de maneira alguma, podemos vencê-la, o que nos resta é aceitá-la de forma a transformá-la, não numa estranha, mas em algo inerente à existência humana (KOVÁCS, 1991).

Há uma grande dificuldade em definir quando a vida termina. Como vivemos em um ambiente social e cultural de pluralidade, no qual as pessoas não compartilham da mesma idéia sobre a vida e a morte, a questão suscita conflitos (SIQUEIRA, 2005). Sendo assim, na medida em que o desenvolvimento científico propiciar maiores benefícios para os tratamentos de patologias, quando de fato, proporcionar qualidade de vida e maior sobrevida; ficará mais difícil aceitar a morte ou fazer com que ela siga seu curso normal, nos enfermos com doenças incuráveis ou em fase terminal, pois poderão estar confiantes em uma possível cura.

No entanto, não considerar a morte como processo natural da vida, pode fazer com que a iminência da morte não seja encarada, adotando tratamentos sem perspectiva de cura, mas o de mascarar a morte, e o prolongamento do morrer e, se juntando a isso, o prolongamento do sofrimento do paciente.

3.3 Prolongamento do sofrimento no paciente em fase terminal e o respeito à dignidade humana

O desejo de prolongar a vida, por intermédio da tecnologia, não está ligado, exclusivamente, aos profissionais da área da saúde, mas a sociedade, isto é, aos pacientes que solicitam, nos seus tratamentos, a melhor tecnologia, bem como os melhores medicamentos, desconsiderando os limites do tratamento da doença, bem como o de prolongar, insistentemente, algo incurável, tornando-se vulneráveis (PESSINI, 2005). Ressalta-se que todo esse aparato pode afetar a dignidade da pessoa humana, no esforço de querer conservar a vida, afastando a morte em qualquer circunstância. Esse aspecto confirma-se a partir do pressuposto que o médico detém o sentimento de fracasso perante a morte do paciente sob os seus cuidados. Com isso, utilizam-se artifícios que não denotem o “fracasso” diante dos familiares e da sociedade, sobre a morte de um paciente (PERAZZO, 1990).

Combater a doença e, conseqüentemente a morte, prolongando a vida, tem sido uma atuação vigente na prática médica. Do ponto de vista de Klafke (1991), acompanhar um

paciente pelo qual já não é possível fazer um tratamento curativo pode ser muito angustiante, principalmente, quando se tem uma formação que ensina que a medicina é a ciência dos milagres e cabe ao médico não parar nunca de lutar contra a morte. Isso se torna mais evidente nos pacientes em fase terminal, ou seja, aqueles que possuem uma enfermidade avançada, progressiva e incurável. A falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico, apresenta numerosos problemas ou sintomas intensos, que são um grande impacto emocional para si, seus familiares e para a equipe terapêutica que os atendem, estando sua situação relacionada, implícita ou explicitamente, à presença da morte e a um prognóstico de vida inferior a seis meses (BLANCO, 1988).

Os avanços da medicina suscitam dúvidas e novos dilemas éticos, tais como, até que ponto pode-se levar adiante um determinado tratamento e quais são as obrigações morais das pessoas ao escolher determinados tratamentos médicos (PESSINI, 1990). Certas atitudes frente ao paciente terminal podem ser assumidas, seja pela equipe médica seja por profissionais isoladamente. Algumas são conscientes e maduras, muitas vezes compartilhadas com o próprio paciente ou com a família, mas, raras vezes, observam-se condutas assumidas de forma inconsciente e/ou irresponsável, inclusive com desrespeito aos princípios éticos e morais, o que resulta em sofrimento e/ou abandono do paciente terminal e de sua família (PIVA; CARVALHO, 1993, p.130).

Nessa realidade, os profissionais da área da saúde encontram-se atrelados às condutas, em que a tecnologia, associada à cura, impera sobre o dever de proporcionar uma morte digna ao paciente em fase final de vida. O papel da equipe de enfermagem, que opta pelo cuidado e não pela cura, não deve ser o de tornar-se escravo da tecnologia, mas deve aprender a usar a tecnologia em favor da harmonização do paciente, do seu bem-estar (SILVA, 2001). Desta forma, o intuito está centrado em evitar que a tecnologia venha a se transformar em instrumento que prolongue o sofrimento e retarde, a qualquer custo, o inevitável processo de morte, submetendo o paciente a uma agonia por métodos artificiais.

No entanto, trata-se de saber até onde as novas tecnologias, ligadas aos avanços do conhecimento, podem moldar a própria natureza da vida humana sem afrontar a dignidade da pessoa, e desta forma Amaral (2006) considera a manutenção do bem-estar biopsicossocial do ser humano, inserido no contexto político, histórico e ambiental, no fim de ser possibilitado seu pleno desenvolvimento. Com enfoque semelhante, Borges (2001) enfatiza a possibilidade de a pessoa conduzir a vida e realizar sua personalidade, conforme sua própria consciência e, também, alcançar os momentos finais da sua vida. Com isso, é necessário mantê-la até o limite final da sua vida.

Entretanto, possivelmente, muitos pacientes, em fase terminal, sofrem por não receberem tratamentos adequados para o alívio de seus sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, comuns nas doenças potencialmente incuráveis. A inadequação dos tratamentos e a tentativa de prolongamento da vida poderiam ser sanadas por intermédio de cuidados paliativos, que têm como meta alcançar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, a partir de uma proposta que prioriza a identidade do paciente enfermo, bem como seu poder de autonomia diante da decisão do tratamento e cuidados.

É importante considerar a relevância da família na contextualização da iminência da morte no paciente terminal e quando seu ente não está em condições de tomar decisões. Primeiramente, de acordo com Piva e Carvalho (1993), é indispensável haver um consenso em relação ao caráter terminal do paciente para, num segundo momento, discutirem-se as possíveis condutas em relação ao mesmo. Também é importante que seja conduzida uma etapa de discussão na equipe e, depois, com o paciente e/ou familiares, sempre invocando os princípios éticos e morais, sem perder de vista a particularidade de cada situação. Os objetivos devem ser comuns entre familiares e equipe médica, sempre visando mais conforto e menos sofrimento para o paciente.

3.4 Futilidade terapêutica e cuidados paliativos

Existe um determinado momento na evolução de uma doença que, mesmo que se disponha de todos os recursos tecnológicos e terapêuticos, o paciente não apresenta perspectiva de vida, ou seja, está em processo de morte inevitável. Isso se refere àquele momento em que ocorre a obstinação terapêutica. Portanto, cabe indagar-se, a solução mais correta é prolongar a vida ou prolongar o processo da morte do paciente terminal?

A obstinação terapêutica ou encarniçamento terapêutico pode ser definido, conforme Baudouin e Blondeau (1993 apud BORGES, 2001, p. 10), como "uma prática médica excessiva e abusiva decorrente diretamente das possibilidades oferecidas pela tecnociência e como o fruto de uma obstinação de estender os efeitos desmedidamente, em respeito à condição da pessoa doente". A obstinação terapêutica é igualada à prática da distanásia, que se trata do "prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte" (DINIZ, 2001, p. 307). Com o mesmo enfoque, Jaramillo (2004) expõe a obstinação terapêutica como o ato de prolongar o

acontecimento da morte com todos os métodos proporcionados, porém sem que haja esperança de cura, não importando o sofrimento do moribundo.

Nesse contexto, refere-se à adequação dos recursos terapêuticos, chamando-os de ordinários ou extraordinários, proporcionais ou desproporcionais, úteis ou fúteis. Essa classificação julga os tratamentos médicos a partir de critérios não só técnicos, mas também éticos, avaliando o benefício que pode causar ao paciente (KIPPER; MARTIN e FABBRO, 2000).

A terapêutica considerada fútil é, para Mota (1999), a ação médica cujos potenciais benéficos para o paciente são nulos, tão pequena ou improvável que não superam os seus potenciais maléficos. Nesse momento, a morte não mais é vista como um inimigo a ser temido e combatido, diferentemente, deve ser bem-vinda e recebida como um amigo que trará alívio aos sofrimentos.

Desde os tempos de Pio XII falava-se de meios terapêuticos “ordinários” e “extraordinários”. De acordo com essa diretriz, é obrigatório o emprego de meios ordinários para o amparo ao moribundo, mas pode-se renunciar licitamente, aos meios extraordinários, com o consentimento do paciente e a pedido, mesmo quando essa renúncia determine a antecipação da morte. O caráter “extraordinário” era definido em relação ao aumento do sofrimento que esses meios poderiam apresentar ou aos seus custos, bem como à dificuldade de acesso para todos aqueles que os podiam solicitar (SGRECCIA, 1996).

Os progressos da medicina tornaram difícil essa distinção, portanto muitos meios que eram considerados extraordinários tornaram-se ordinários. Há necessidade de se encontrar um outro critério de referência, não mais baseado no “meio terapêutico”, mas sim, no “resultado terapêutico”. Até pouco tempo, moralistas respondiam que jamais se obrigava o uso de meios extraordinários. Hoje essa resposta, sempre válida em princípio, pode talvez parecer menos clara, tanto pela imprecisão do termo como pelos rápidos progressos da terapia. Por isso, alguns preferem falar de meios proporcionados e de meios desproporcionados (SGRECCIA, 1996).

De acordo com Kipper, Martin e Fabbro (2000), os tratamentos proporcionados seriam aqueles que trariam mais benefícios que prejuízos para o paciente e os desproporcionados aqueles que, embora possam trazer algum benefício, fazem-no à custa de muito sofrimento, altos custos e pobres resultados finais.

Pessini (1994, p.61), quanto aos meios ordinários e extraordinários, salienta que:

os meios ordinários de preservar a vida são todos os remédios, tratamentos e

operações que oferecem benefício razoável para o paciente e que podem ser obtidos e utilizados sem gasto excessivo, dor ou outros inconvenientes. Os meios extraordinários são aqueles remédios, tratamentos e operações que não podem ser obtidos sem gasto excessivo, dor ou outro inconveniente, ou então, quando usados, não ofereceriam uma esperança razoável de benefício.

A distinção e decisão da abordagem de tratamentos considerados ordinários ou extraordinários, proporcionais ou desproporcionais, úteis ou fúteis são complicadas, pois poderão ficar dúvidas, no que tange aos limites entre eles. Além disso, é frustrante para o profissional médico não realizar um procedimento, sem considerar os conflitos com a consciência profissional. Contudo, não reconhecer o direito de o enfermo recusar uma proposta terapêutica ou diagnóstica é atitude inaceitável eticamente. De tal modo, o paciente enfermo tem o direito de exercer sua autonomia em tomar decisões sobre seu corpo (SIQUEIRA, 2005).

Partindo desta idéia, na preocupação e no empenho de prolongar, de forma incontestável, o sofrimento humano, na presença de uma doença incurável, possivelmente, muitos desses doentes sofrem por não receberem cuidados adequados. Com isso, surgem as novas metas de assistência aos pacientes, sem perspectiva de cura em fase terminal: os cuidados paliativos que possuem como meta alcançar o máximo possível da qualidade de vida para o paciente integralmente e seus familiares. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu cuidados paliativos como:

[...] uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (2002, p. 03).

Cabe salientar que a atenção dada aos pacientes não se faz no momento final, mas, quando a doença é descoberta. A OMS (2002) estabeleceu alguns princípios que a regem: procurar aliviar a dor e outros sintomas desconfortáveis; afirmar a vida e encarar o morrer como um processo normal; não apressar e nem prolongar a morte; integrar aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem tão ativamente quanto possível, até a morte; ajudar a família a lidar com a doença do paciente e no luto; exigir uma abordagem em equipe para dirigir-se às necessidades dos pacientes e familiares; buscar aprimorar a qualidade de vida; aplicar no estágio inicial da doença, concomitantemente, com as modificações da enfermidade, terapias que prolongam a vida.

Mencionar e atuar os cuidados paliativos como forma de manter a dignidade humana e a qualidade de vida é aproximar a ortotanásia e distanciar a obstinação terapêutica. Sendo assim, de acordo com as linhas de pensamento de Thomas e Carvalho (1999, p.48), relacionadas ao cuidado da equipe de enfermagem diante do paciente em fase terminal:

o compromisso do enfermeiro, [...], empenhar esforços, que o cliente possa usufruir de um ambiente para acolher a morte em paz, dignamente, livre de opressão, e sem imposição de sofrimentos adicionais. [...] proporcionar assistência à pessoa que caminha para a morte. [...] prestar aos doentes terminais assistência merecida [...] requer profissionais sensíveis ao sofrimento humano, capazes de se envolverem de forma positiva com quem sofre, dispostos ao diálogo, respeitadores da liberdade, reconhecedores da dignidade do ser humano. [...] se humanamente é impossível vencer a morte, devemos amenizar a tristeza e dar sentido à perda da vida biológica.

O cuidado ao ser humano é primordial, não só nesta fase, mas em todas as etapas da vida. Por isso, é de extrema relevância um treinamento contínuo desses profissionais quanto às atitudes diante do paciente. Quando e como agir, fazendo o máximo possível, sem ultrapassar o limite da futilidade.

3.5 Ordem de não-ressuscitação cardiorespiratória

Com a evolução da tecnologia aplicada à medicina e à busca desenfreada de manter a vida do paciente, surgem discussões referentes ao prolongamento do sofrimento humano. Contudo, surgem, nesse cenário, condutas médicas que visam inverter essa situação da obstinação, onde a tecnologia é quem dá os limites do tratamento e não o bom senso ou a prudência.

De fato, a introdução de massagem cardíaca externa e da ressuscitação cardiorespiratória⁸ (RCR), alterou a curva de sobrevivência dos indivíduos que sofriam parada cardíaca, demonstrando que a prática interferia na “esperada” morte do indivíduo. Criou-se a expectativa de continuidade da vida em situações em que a parada do coração foi revertida (SIQUEIRA, 2005). No entanto, no paciente terminal, mesmo que todos os métodos de cura fossem utilizados e lhe fossem proporcionados os cuidados paliativos, a fim de evitar o

⁸ O tratamento da parada cardiorrespiratória (PCR) recebe diferentes denominações: ressuscitação cardiopulmonar, ressuscitação cardiorrespiratória (RCR), reanimação cardiorrespiratória, reanimação cardiopulmonar, reanimação cardiorrespiratória cerebral; todas elas corretas. Entretanto, o termo mais utilizado em nosso meio e que será o adotado neste consenso é o RCR (SBC, 1996, p.377).

sofrimento humano, no ponto de vista de Kipper, Martin e Fabbro (2000) não se deve oferecer tratamentos que se caracterizem por serem desproporcionais ou fúteis, para evitar a distanásia.

Nesse contexto, emerge a questão relacionada a um recurso terapêutico que, em alguns casos, tem sido julgado desproporcional aos benefícios causados: a RCR, considerando que tem por objetivo recuperar um paciente em PCR súbita e potencialmente reversível, mas, também que, em alguns casos, essa situação é previsível, em doença terminal e é, muitas vezes, bem-vinda (KIPPER; MARTIN; FABBRO, 2000). A esse respeito, Pithan (2004) afirma que no meio médico, surgem dúvidas quanto à legalidade dessa prática devido à ausência de lei específica abordando o tema. Essas dúvidas se fortalecem pela inexistência de políticas hospitalares nacionais que institucionalizem ou justifiquem a opção por não reanimar os pacientes para os quais não existe indicação técnica da RCR.

Embora de forma oculta, pode ser encontrada e adotada uma outra terminologia para essa indicação, podendo ser interpretada pela equipe de saúde, como SPP (se parar parou), como encontrado em Thomas e Carvalho (1999, p.13) “[...], o médico assistente avaliou o cliente e disse ou deixou registrado no prontuário, “SPP” [...] assim, a equipe de enfermagem, não se preocupava mais com formas de intervir caso o cliente viesse a falecer”. Apesar disso é destacável que qualquer procedimento realizado ou não, aqui incluindo-se a não RCR, requer uma forma de manifestação prévia do paciente, em que este possa ter disponibilidade de expressar antecipadamente sua vontade sobre o modo como deseja ser tratado em situações de enfermidades irreversíveis (PITHAN, 2004).

Diante do exposto, é expresso pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), por intermédio do Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória, que existem situações em que não há indicação para início de manobras de RCR, que incluem:

as condições de doenças irreversíveis, quando bem estabelecida a doença do indivíduo e o médico assistente encontra-se apto a afirmar ser uma doença terminal. [...] Na condição em que existam evidentes sinais de deterioração dos órgãos, caracterizando morte biológica (SBC, 1996, p.402).

Nessas condições, aconselha-se que sejam discutidas com os familiares e com o paciente, a obtenção e a ordem expressa de não ressuscitação; este consentimento do paciente e sua família é presumido e universalmente aceito, porém nem sempre atende aos interesses do paciente. Assim, obtida a ordem por expresso, estará autorizada a não proceder a ressuscitação, ou até mesmo a, interrompê-la; seja no ambiente hospitalar seja em outro local (SBC, 1996). Porém, diante do exposto, a não RCR, legalmente expressa pela medicina como

ato lícito, põe em dúvida a questão ligada aos aspectos jurídicos. A esse respeito surge uma indagação: Isso será uma forma de provocar a eutanásia ou a ortotanásia?

Conforme a publicação de uma entrevista realizada com Clóvis Francisco Constantino, vice-presidente do CFM na época, a prática da ortotanásia constitui o ato de cessar o uso de recursos que prolonguem, artificialmente, a vida quando não há mais chances de recuperação, como por exemplo: um paciente sofre uma parada cardíaca a ação seria a de não RCR. Importante salientar que a ressuscitação pode ser comparada a qualquer outro procedimento médico. No entanto, o médico ressalta e distingue a prática da eutanásia, considerando que a medicina é totalmente contrária a provocar a morte – eutanásia (COLLUCCI, 2006).

Para Pithan (2004) diversos criminalistas interpretam que não existe dever legal do médico em aplicar todos os recursos terapêuticos disponíveis, desde que considerados excessivos ou desproporcionais ao estágio final da evolução da doença. Este entendimento demonstra a clara noção de limites, além de um maior respeito pela autonomia individual do paciente. O dever da assistência médica acaba a partir da constatação da impossibilidade de cura ou ao menos de alguma recuperação do doente terminal ou irreversível, restando aos médicos, nesses casos, oferecer medidas paliativas, que diminuam o sofrimento e ofereçam conforto ao paciente que está morrendo. A decisão deve ser sempre tomada pensando no maior benefício do paciente.

3.6 Ortotanásia e eutanásia

O indivíduo tem direito à vida digna e, da mesma forma, tem direito à morte digna. Com isso, na atualidade, convive-se com uma polêmica, relativa à demarcação dos limites da vida e até quando insistir com um tratamento considerado fútil, para determinada patologia, considerada de acordo com o prognóstico estabelecido pela equipe médica. A eutanásia e outras expressões correlatas voltam a ocupar o debate atual sobre os limites do poder humano sobre o processo de morte.

A inserção da terminologia – ortotanásia – na prática médica induz a uma distinção dos conceitos, já que se encontra associada, em muitas bibliografias, à prática da eutanásia passiva. Algumas considerações históricas relacionadas à prática da eutanásia, de certa forma, podem estar vinculadas à sociedade de hoje o que se fundamenta em Sgreccia (1996, p.602)

a sorte reservada aos recém-nascidos disformes, em Esparta, e que Aristóteles aprova essa prática por razões de utilidade política. Platão legitima aos adultos gravemente doentes, [...] eliminados com a colaboração dos médicos. [...] Sílio Itálico, que praticou a eutanásia nele mesmo, elogia os costumes dos celtas bem preparados para acelerar a morte de seus velhos, de seus doentes e de seus feridos de guerra. Em Roma [...] a repugnância pela velhice e pela doença se une com a doutrina estoíca, que exaltou e tornaram célebres muitos suicídios de personalidades conhecidas na cultura: Sêneca, Epíteo e Plínio, o jovem. Os opositores, Pitágoras, Hipócrates e Galeno.

A eutanásia estava vinculada, não somente a pacientes com doença em fase terminal, mas a práticas que beneficiariam a sociedade, excluindo pessoas não úteis. Acredita-se que, atualmente, muitas dessas idéias façam parte dos pensamentos da sociedade e, desta forma, incutem dúvidas sobre sua real utilidade na era tecnológica. O termo eutanásia empregado com conotação pejorativa e negativa advém, de acordo com Pessini (1990), da sua associação à prática nazista de genocídio durante a Segunda Guerra Mundial. Na época, os nazistas exterminaram entre 80 e 100 mil pessoas, sendo essa ação, muitas vezes, denominada como um processo de eutanásia. O equívoco fica evidente, ao se considerar a definição de Dodge (1999, p. 117), na qual eutanásia “é a morte causada por conduta do médico sobre a situação do paciente incurável e em terrível sofrimento”.

A eutanásia seria a forma de permitir a morte do paciente, separada em duas situações distintas. A eutanásia ativa, que é um ato comissivo, com real induzimento ou auxílio ao suicídio, e a eutanásia passiva que omite ou retira o suporte avançado de vida daquele em sofrimento e com a morte iminente, inevitável (TERZI; SILVEIRA, 2006). É relevante salientar que, para Sgreccia (1996, p.617), evita-se uma distinção na linguagem médica entre eutanásia ativa e eutanásia passiva, em que o objetivo “passivo” queira indicar a omissão dos cuidados e das intervenções médicas, mas a palavra “passiva” tem um significado amplo, podendo gerar ambigüidade: a eutanásia é sempre e em certo sentido passiva, se considerada por parte do doente, e sempre ativa por parte de quem a provoca.

Para Gomes (2006) e Souza (2006), a ortotanásia, eutanásia passiva ou paraeutanásia significa morte no tempo certo e caracteriza-se pela limitação ou suspensão de tratamentos que estão prolongando a vida de doentes terminais, sem chance de cura. Não sendo o caso em paciente com morte encefálica. Nessa concepção, Boff (2000) considera que o médico deva buscar todo o esforço para curar o paciente. Entretanto, isso não significa que tratamentos que posterguem a vida devam ser prescritos. Deixar morrer não é a mesma coisa que fazer morrer.

Alguns autores não relacionam a eutanásia passiva à ortotanásia, como é o caso de Ollero (2001 apud PITHAN 2004). Este a considera como uma situação em que o paciente morre em decorrência da omissão de um socorro necessário e devido. Com enfoque

semelhante, Pithan (2004, p.46) usa o termo eutanásia passiva, referindo-se à “morte de paciente decorrente da omissão ou retirada de recurso terapêutico, muitas vezes utilizada indiscriminadamente sem se avaliar a adequação do tratamento”. Embora existam autores que dissociam os termos eutanásia passiva e ortotanásia, muitos os vinculam como análogos.

No entanto, diferente de ortotanásia é a situação do paciente que já se encontra em morte cerebral ou encefálica. Nesse caso, a pessoa já está morta, permitindo a lei, inclusive, não apenas que os aparelhos sejam desligados, mas que seus órgãos sejam retirados para fins de transplantes (BORGES, 2001). Cabe ressaltar e considera-se importante a distinção da morte encefálica para o estado vegetativo, sendo que este não necessita de meios tecnológicos para a manutenção de suas funções vitais e não é considerado doente terminal, porém sua condição pode se prolongar estável e, indefinidamente, por anos. Não existe previsão, se os doentes em estado vegetativo se restabelecerão ou não (PESSINI, 2005). A possível decisão de suspender a alimentação e a hidratação tem como consequência inevitável a morte, configurando-se como o ato de eutanásia por omissão, moralmente inaceitável (PESSINI, 2005).

As distinções e semelhanças dos conceitos e da prática da eutanásia e ortotanásia, explicitam as contradições e a falta de clareza quando se trata desses assuntos, envolvidos por diversos dilemas éticos. Contrapondo, Santos Filho (2006) refere que a distinção entre eutanásia ativa e a ortotanásia, não parece fornecer qualquer distinção moral útil. Na visão do autor mencionado a melhor opção seria tornar a eutanásia, ativa ou passiva, excludente de antijuridicidade. Assim como o homicídio é aceitável em casos de legítima defesa, talvez, possa ser aceitável em casos no qual a motivação seja a compaixão. Obviamente respeitando parâmetros específicos pré-estabelecidos, e que incluam a manifestação prévia, quem sabe na forma de um testamento de vida (ou testamento vital), e a aprovação do paciente ou da família, ou ainda do Poder Judiciário em procedimento próprio. Desta forma, para Santos Filho (2006) a eutanásia, seja ativa ou passiva, ainda é homicídio, porém alguns homicídios talvez sejam justificáveis.

Acredita-se ser necessário empenhar esforços no esclarecimento da aplicabilidade de fato a rever os conceitos e práticas, que hoje são condenadas e consideradas como anti-éticas e considerar assim a idéia e a reflexão de Szklarowsky (2002) quando aponta que os doutrinadores apresentam três hipóteses de eutanásia: eliminação da vida indigna de ser vivida, no caso o portador de doença mental incurável; a morte de enfermo, em circunstâncias de incurável e que está sofrendo demais; e a ortotanásia, ou seja, o doente que está incurso em processo irremediável que o levará à morte.

3.7 Implicações éticas e legais na prática da ortotanásia

A legalização da ortotanásia, como alternativa de amenizar o sofrimento dos agonizantes, bem como de proteger os profissionais, é uma preocupação antiga do Senador Gerson Camata, o qual conduziu a criação do projeto de lei do Senado nº 116, de 2000 que regulamentaria a ortotanásia no Brasil. Este projeto tramita há oito anos para autorização e hoje se encontra na Comissão de Justiça. No projeto de lei do Senado nº 116 de 2000 consta:

No parágrafo 6º: Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão. No parágrafo 7º: A exclusão de ilicitude a que se refere o parágrafo anterior faz referência à renúncia ao excesso terapêutico e não se aplica se houver omissão de meios terapêuticos ordinários ou dos cuidados normais devidos a um doente, com o fim de causar-lhe a morte.

É importante salientar que o projeto de lei, embora pouco discutido, ou talvez evitado pelo senado, é moderno e de caráter urgente. Muito embora sua pretensão tenha surgido em 2000, já se passaram alguns anos, para que o assunto viesse novamente à tona, mostrando cada vez mais sua necessidade de inserção na população brasileira como método, não de resolver tão somente os problemas éticos, mas para amparar os profissionais da área da saúde, os pacientes e os familiares que necessitam de sua aplicação.

A Resolução 1.805, de 9 de novembro de 2006, do CFM, autoriza a prática da ortotanásia, determinando que, na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal (BRASIL, 2006). A resolução determina ainda que o médico seja obrigado a esclarecer ao doente ou ao seu representante legal os tipos de terapia apropriados a cada situação. Se houver consentimento de todos, a decisão de limitar ou suspender os procedimentos e tratamentos deve ser registrada no prontuário do paciente.

Embora reconhecida a importância da legalização da ortotanásia, muitas são as dúvidas que imperam em sua aplicabilidade. Junqueira (2007) se refere à eutanásia passiva como sinônimo da ortotanásia, destacando sobre a questão dúbia de dar poderes ao representante legal para dispor da vida do seu representado, pois existe a possibilidade de um

médico vir a ser processado, devido a possibilidade de não ter como provar que o paciente e a família estavam de acordo com a interrupção do tratamento. Menciona, também, que não é clara a situação do enfermo sem capacidade de se expressar e sem representante legal. A partir desta análise pode-se então interpretar, que o trecho "respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal" significa que, no caso de ausência de autorização, no caso do paciente não puder expressar sua vontade e na ausência de representante legal, o médico poderá decidir.

Conforme o autor supracitado, seguindo literalmente a legislação penal brasileira, a aprovação da resolução 1.805 do CFM representa "incitação ao crime", previsto no art. 286 do Código Penal, que consiste em "incitar, publicamente a prática de crime" (BRASIL, 1940). Assim, os membros do Conselho Federal de Medicina deveriam ser responsabilizados criminalmente.

Contrapondo, acredita-se que talvez seja possível que a resolução tenha relativa eficácia quanto à responsabilidade ética do médico perante os conselhos regionais e o federal. Desta forma, os Conselhos Regionais não poderão aplicar penalidades aos profissionais que se arriscarem a realizar a ortotanásia (JUNQUEIRA, 2007), mas serão processados civil e criminalmente.

Uma alternativa que poderia ser atribuída à prática da ortotanásia, de acordo com Pithan (2004), é a utilização do testamento vital, também chamado de testamento biológico, testamento em vida, *living will*, *testament de vie*, que evitaria os procedimentos médicos desmedidos, bem como a chance de o médico não ser processado por não ter realizado um procedimento em paciente em fase terminal, conforme solicitado por ele.

Esse testamento é um documento que tem como objetivo auxiliar os médicos para decidir sobre uma determinada forma ou não de tratamento, como expressão da vontade do paciente, registrada por escrito, que pode vir a estar impedido de manifestar seu desejo em virtude da doença, em estado incurável ou terminal e incapaz de manifestar-se. É importante ressaltar que, atualmente, no Brasil, não há regulamentação sobre o testamento vital, mas admite-se sua validade, diante da autonomia da pessoa e do princípio da dignidade. Nos EUA, esse documento é reconhecido e com valor legal (BORGES, 2001). Um outro modelo de documento, apresentado por Diniz (2001), que pode ter a mesma finalidade, é chamado "Diretrizes Antecipadas Relativas a Tratamentos de Saúde e Outorga de Procuração".

A prática da ortotanásia possivelmente estará rodeada de controvérsias, como refere Junqueira (2007), relacionado a citada resolução do CFM como nula, por tratar de tema, manifestadamente ilegal, com efeitos discutíveis e limitados no campo da responsabilidade

médica, considerando que os médicos e demais pessoas que agirem em conformidade com a citada resolução não estarão isentos da responsabilidade civil e criminal oriunda de seus atos.

Essa discussão quanto à fundamentação de uma conduta médico-hospitalar já cotidiana, porém não explícita, põe em dúvida a sua licitude jurídica. Pithan (2004) compreende o receio dos médicos em relação ao entendimento da lei, pois não há dúvidas de que os códigos estão defasados em relação ao progresso da ciência e a interpretação jurídica nem sempre se encarrega de renovar o sentido das normas. Assim, de pouco adianta a medicina e demais ciências da vida buscarem prudência em suas aplicações se a jurisprudência também não o fizer e continuar interpretando as leis de maneira desconectada da realidade social.

Não existe a possibilidade de desconectar a questão legal direcionada à prática da ortotanásia no Brasil que conforme o Código Penal Brasileiro se enquadra como crime de acordo com Art. 4º em que se considera praticado o crime no momento da ação ou omissão, ainda que outro seja o momento do resultado (BRASIL, 1940).

A Comissão criada para elaborar a reforma do Código Penal, em 1984, pretendeu introduzir esse novo conceito, que coloca a eutanásia como privilégio ao homicídio e descrimina a ortotanásia. No anteprojeto no parágrafo 4º, a exclusão de ilicitude;

[...] deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão (MARCÃO, 2006, p. 04).

Para que a ortotanásia possa estar vinculada a uma prática legal, faz-se necessário que essa resolução do anteprojeto entre em vigor. Enquanto isto esta prática será considerada ilegal. No momento, a Reforma do Código Penal ainda aguarda a aprovação do Congresso Nacional.

Com certeza, as alterações em torno do tema ortotanásia, constantemente põem na polêmica, os debates entre aqueles que defendem e os que repudiam a prática de abreviar uma vida, independentemente dos motivos. Em torno destas questões, os mais prejudicados são os pacientes terminais e os familiares que procuram a solução de um sofrimento aterrorizante.

Assim, para dificultar as ações da classe médica e dos profissionais da saúde, bem como dos pacientes que procuram dignidade; no dia 23 de outubro de 2007 atendendo ao pedido liminar feito pelo Ministério Público Federal no Distrito Federal (MPF/DF), o juiz Federal Roberto Luis Luchi Demo, da 14ª Vara da Justiça Federal no DF, suspendeu os

efeitos da Resolução nº 1.805/2006, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que regulamenta e autoriza a prática da ortotanásia. Apesar de o CFM ter apresentado justificativa nos autos de que a ortotanásia não antecipa o momento da morte, mas a permite em seu tempo natural, esta situação não afasta a circunstância em que tal conduta parece caracterizar crime de homicídio. O juiz reitera que, conforme o Código Penal, o artigo 121 sempre abrangeu e parece abranger tanto a eutanásia como a ortotanásia.

A decisão enfatiza que a interpretação da ortotanásia e do seu mencionado tipo penal não podem ser feitas mediante resolução aprovada pelo CFM, mesmo que essa resolução venha ao encontro dos anseios da classe médica e de outros setores da sociedade. A decisão acerca do assunto deve ser feita mediante lei aprovada pelo parlamento. A ortotanásia necessitaria ser discutida no âmbito hospitalar, judicial e social, pois o conflito entre a resolução e o Código Penal, já é o suficiente para impor suspensão deste ato.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As representações sociais procuram reconhecer como os grupos constroem um mundo estável e previsível, a partir das diferenças, uma vez que há como ponto de partida a diversidade dos indivíduos. As representações se apresentam como uma rede de idéias, metáforas e imagens, que existem na sociedade, e à medida que são necessárias, circulam e tomam diferentes formas na memória, na percepção dos indivíduos, ficando depois reconhecidas como autênticas (MOSCOVICI, 2005). Assim, a realidade vivenciada pelos diferentes grupos é específica da sociedade.

As pessoas criam as representações como consequência de um ajuste necessário para a adequação ao mundo, ou seja, é para saber como se comporta física e ou intelectualmente, além de identificar e resolver os problemas que se apresentam (JODELET, 2001). Desta forma, há necessidade de sempre se estar informado sobre o mundo à volta. Ao interpretar o mundo, o indivíduo utiliza as estruturas herdadas de seu processo formativo social, isto é, ele lê sua experiência a partir de suas próprias estruturas subjetivas. Os grupos sociais e os indivíduos produzem e comunicam suas representações e soluções, que influenciam de maneira decisiva, seu próprio comportamento. Desta forma para Moscovici (2005, p. 21), a representação social é:

um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam no cotidiano através das comunicações interindividuais; contribuem para a formação das condutas e a orientação das comunicações sociais; possibilita o processo de objetivação e ancoragem. Enfim, a representação social pode ser compreendida como a “teoria do senso comum” designando, numa perspectiva ampliada, uma forma de pensamento social.

Partindo do exposto e considerando que não se vive num mundo social isolado, Jodelet (2001) complementa no sentido de que frente ao mundo de objetos, pessoas, acontecimentos

ou idéias, partilham-se esse mundo com os outros, que inclusive servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Dessa forma, uma representação não pode ser compreendida como processo cognitivo individual já que é produzida na interação das relações e comunicações sociais.

A TRS é uma importante ferramenta à análise da realidade social, considerando que permite enxergar as concepções que os diferentes grupos constroem a respeito do mundo e da realidade vivenciada. Assim, essa teoria possibilita a realização de pesquisas em diversas áreas, considerando que são vários objetos de estudos que podem ser analisados à luz das representações sociais, como temas que envolvam a comunicação entre as pessoas, ou que busquem entender: o comportamento das sociedades, a realidade construída, a visão do mundo em relação ao trabalho, ao cotidiano, a um grupo de profissionais, à saúde e à doença. Sendo assim, o objeto deve fazer parte do universo consensual, estar inserido na estrutura social e apresentar um caráter peculiar. Para Farr (2002, p.46), “somente vale a pena estudar uma representação social se ela estiver relativamente espalhada dentro da cultura em que o estudo é feito”.

A pesquisa sobre representações sociais apresenta um caráter ao mesmo tempo fundamental e aplicado e recorre às metodologias variadas: experimentação em laboratório e campo, enquête por meio de entrevistas, questionários e técnicas de associação de palavras; observação participante; análise documental e de discurso. São inúmeros os elementos que atestam a fecundidade da noção, sua maturidade científica e sua pertinência para tratar dos problemas psicológicos e sociais de nossa sociedade (JODELET, 2001).

A esse respeito, descrever um fenômeno pela identificação de suas representações, favorece a compreensão da realidade contextual e do comportamento das pessoas. As representações revelam características que escapam ao observador se não for considerado como o conhecimento se formou e em qual estrutura social.

O conceito de representação social tem sua origem em Durkheim, sendo este um dos primeiros autores a desenvolvê-lo, considerando-o como de representações coletivas, defendendo uma separação radical entre representações individuais e coletivas. A convicção de considerar a representação como coletiva estava pautada na idéia de que representam as categorias de pensamentos por meio da qual uma sociedade elabora e expressa sua realidade (MINAYO, 2002). Nesse conceito, há a idéia de que a sociedade é a que pensa, portanto, na construção das representações, não existe necessariamente uma consciência individual mas sim coletiva.

Partindo do exposto, Moscovici (2005, p.14) afirma que “há impossibilidade de

manter qualquer distinção clara entre o “social” e o “coletivo”. [...] os termos “representação social” e “representação coletiva” apenas colocam uma distinção, sem estabelecer uma diferença”. Nesse sentido pautado nas idéias de Durkheim, o psicólogo social francês, Serge Moscovici, resgatou e introduziu em 1961, na sua obra intitulada “*A representação social da psicanálise*”, o conceito de representações sociais na Psicologia Social.

A esse respeito, Machado et al. (1997) destacam que o autor utiliza como objeto de pesquisa a apropriação da psicanálise por alguns segmentos da sociedade francesa, nos anos 50. Interessou a Moscovici averiguar como ocorreu a penetração e integração deste novo conhecimento na cultura francesa. Nessa perspectiva a TRS busca, então, compreender como os indivíduos em uma sociedade, e como essa mesma sociedade produz e sustenta seu conhecimento e procura, ainda, identificar os símbolos construídos pelo senso comum, na busca social de entender a própria existência.

Neste contexto, percebe que o estudo das representações está num crescente, em virtude da possibilidade de estudar os fenômenos, a partir do desvelamento dos significados e da compreensão das atitudes frente a determinadas situações. Desta forma, conforme Spink (2002, p.300) “as representações são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, tem de ser entendidos a partir do seu contexto de produção”.

No transcorrer das duas últimas décadas, a abordagem das representações tem recebido atenção crescente e sua referência é base para diversos estudos, abrangendo uma camada multidisciplinar a nível mundial. A terminologia Representações Sociais designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los (SÁ, 2004). Neste caso analisar como os profissionais enfermeiros e médicos representam a ortotanásia, induz a uma concepção de suas atuações diante da situação que se apresenta, partindo do pressuposto que a realidade é comum num determinado meio social. De fato, representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual um sujeito se reporta a um objeto. Não há representação sem objeto (JODELET, 2001).

O uso da teoria das representações sociais, no presente trabalho, parte da premissa que não se centra somente no sujeito individual, mas nos fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade social, como totalidade, o que quer dizer que o social envolve uma dinâmica que é diferente de um agregado de indivíduos (JOVCHELOVITCH, 2002). Ou seja, devem-se ao fato de que se pode considerar como aquilo que as diferentes opiniões individuais têm em comum, a lógica que lhes une e que é compartilhada por todo um grupo social de forma mais ou menos estável. É uma interpretação que se origina em estreita relação

com o social e que se torna, para aqueles que dela compartilham a realidade ela mesma. É próprio da representação social não se pensar como tal, visto que, para aqueles que a compartilham, ela é a própria realidade (VÍCTORIA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Para Minayo (2002, p. 89), as Representações Sociais são como “um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento [...] categorias de pensamento, de ação e de sentimento”. Elas constituem a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Partindo deste pressuposto para, conhecer como determinado grupo de indivíduos, aqui delimitados em médicos e enfermeiros, significam a operacionalização da prática da ortotanásia com os pacientes adultos em fase terminal, revela-se indispensável de fato visualizar os acontecimentos na perspectiva do sujeito que o vivencia. Salientando que não importante apenas à influência unidirecional, dos contextos sociais sobre os comportamentos, estados e processos individuais, mas, também, a participação destes na construção das próprias realidades sociais (SÁ, 2004).

A prática da ortotanásia, termo atribuído, para se distinguir da eutanásia, suscita dúvidas, quanto sua real aplicabilidade e distinção de conceitos. O assunto está envolto por muitas dúvidas e atrelada a práticas realizadas de forma criminal e indiscriminada, nos tempos remotos. Diante disso, considera-se que as representações são essencialmente dinâmicas; são produtos de determinações tanto históricas como do “aqui-e-agora” e construções que tem uma função de orientação: conhecimentos sociais que situam o indivíduo no mundo e, situando-o, definem sua identidade social (SPINK, 2004).

Assim, nas Representações Sociais, se podem detectar os valores, ideologias e as contradições, enfim, aspectos fundamentais para a compreensão do comportamento social, sem a necessidade de inferir predisposições que pouco garantem uma relação causal com comportamentos (LANE, 2004). Assim, para que as representações sociais possam ser compreendidas como fenômenos, são construídas com a finalidade de tornar familiar algo não-familiar, ou a própria não-familiaridade (MOSCOVICI, 2005).

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que as pessoas já sabem. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que tem como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem de percepções, que reproduzam o mundo de forma significativa (MOSCOVICI, 2005).

Explorar as representações sociais é uma tentativa de trazer à tona, no registro das experiências simbólicas, estruturas sociais que podem e devem ser abertas para transformações substantivas (JOVCHELOVITCH, 2000). Considerando, segundo menciona

Jodelet (2001, p.17), que as representações são sociais e importantes na vida cotidiana porque “elas nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e posicionar-se frente a eles de forma defensiva”.

Partindo desse pressuposto, é necessário para que de fato aconteça a representação de um objeto que ocorra a transformação do não-familiar em familiar. Desta forma, ao investigar o processo de formação de representações sociais é necessário, para dar-lhes uma feição familiar, pôr em funcionamento os dois mecanismos de um processo de pensamento baseado na memória e em conclusões passadas. Assim, para que as representações sociais sejam geradas, são necessários, segundo Moscovici dois processos: a ancoragem e objetivação.

A ancoragem, de acordo com Moscovici (2005), é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que intriga, no sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que se pensa ser apropriada. Ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras. Com efeito, classificar e dar nomes são dois aspectos fundamentais na ancoragem das representações.

Para Jodelet (2001), o ancorar por ser um dos dois processos formadores das Representações Sociais, consiste na integração cognitiva do objeto representado, sejam idéias, acontecimentos, pessoas, relações, a um sistema de pensamento social preexistente e nas transformações implicadas. De um modo geral, o processo é responsável pelo enraizamento – ou, como o próprio nome indica ancoragem – social da representação e de seu objeto.

Deste modo, pela classificação do que é inclassificável, pelo fato de se dar um nome ao que não tinha nome, é possível imaginá-lo, de representá-lo. Assim, a representação é, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes. Neste contexto, o classificar e o dar nomes, tem como objetivo principal facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas; na realidade, formar opiniões. Na verdade, é uma preocupação fundamental, pois ao interpretar uma idéia ou ser não-familiar sempre requerem categorias, nomes, referências, de tal modo que a entidade nomeada possa ser integrada na sociedade dos conceitos (MOSCOVICI, 2005).

Na objetivação, une-se a idéia de não-familiaridade com a realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade. Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece então física e acessível, ou seja, objetivar é

descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem (MOSCOVICI, 2005).

Para Jodelet (2001) a objetivação é o outro processo de formação das Representações Sociais, e consiste em uma operação imaginante e estruturante em, que é estabelecida uma forma, ou ainda uma figura específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando concreto, quase tangível, o conceito abstrato, materializando a palavra. Neste contexto, Sá (2004) complementa afirmando que o dar materialidade a um objeto abstrato, isto é, naturalizá-lo, é o objetivar e assim a função de duplicar uma figura por um sentido, fornecendo um contexto inteligível ao objeto.

Desta forma, a ancoragem e a objetivação, processos indispensáveis na formação das representações sociais, sinteticamente iniciam com a concepção de ancoragem onde as idéias estranhas são reduzidas às categorias e às imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar, a partir da classificação e da denominação. Após é possível objetivá-las, ou seja, unir a idéia de não-familiaridade com a realidade torna-se a verdadeira essência da realidade. Complementando, para Jovchelovitch (2002), a objetivação e a ancoragem são as formas específicas em que as representações sociais estabelecem mediações, trazendo para um nível quase que material a produção simbólica de uma comunidade e dando conta da concreticidade das representações sociais na vida social.

Ao representar, conforme Moscovici (2005), é dada uma identidade social ao desconhecido, é dado sentido ao que antes não tinha no senso comum, assim, o científico integra a linguagem familiar. O essencial não é compreender o que os profissionais sabem sobre a ortotanásia, e sim entender pontos antes inexplicados, como é o caso do caráter social da prática profissional cotidiana, considerando, conforme Sá (2004, p.26), [...] que “as representações sociais realmente acontecem, em todas as ocasiões e lugares onde as pessoas se encontram informalmente e se comunicam [...]. Faz simplesmente parte da vida em sociedade”.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório pautada na abordagem qualitativa, que adota como referencial teórico as Representações Sociais de Moscovici que permitiu o conhecimento aprofundando do seu universo, considerando o coletivo. Nesse sentido, as representações sociais são estratégias desenvolvidas por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente (JOVCHELOVITCH 2002).

A abordagem qualitativa de acordo com Oliveira (2002) possui a facilidade de poder descrever um determinado problema, analisar, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentando contribuições no processo de mudança. Com efeito, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno e que tem como objeto situações complexas ou estritamente particulares (RICHARDSON, 1999).

Para complementar a abordagem metodológica, conforme Gil (2002) e Leopardi (2002), a pesquisa exploratória tem como objetivo principal explorar tipicamente a primeira aproximação que visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno. Pode-se dizer, também, que o objetivo principal é o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Assim, ao realizar um estudo qualitativo e exploratório, é possível coletar dados sobre uma determinada realidade social para, então, compreendê-la em sua totalidade. Partindo do pressuposto que na abordagem qualitativa, não há preocupação com a mensuração, mas sim com os significados dos fenômenos, a partir de uma análise rigorosa e criteriosa, não se pretende testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las (MORAES, 2003).

Sendo assim, permitem a observação de vários elementos, simultaneamente, em um pequeno grupo, propiciando um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A pesquisa em representação social, de acordo com Minayo (2002, p.110), detém-se “na questão de que através da realidade vivida os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicitam-na mediante seu estoque de conhecimento”. Mas, além disso, as representações sociais possuem núcleos de modificação e de resistência na forma de conceber a realidade. Portanto, devem ser analisadas criticamente, uma vez que correspondem às situações reais da vida. Nesse sentido, a visão de mundo dos diferentes grupos expressa as contradições e os conflitos presentes nas condições em que foram construídas.

De tal modo, essa prática apresentou-se adequada para conhecer as representações dos profissionais enfermeiros e médicos acerca da ortotanásia, considerando que as representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente, por meio de uma palavra, em um gesto, ou na reunião, em nosso mundo cotidiano. Elas impregnam a maioria de nossas relações estabelecidas, os objetos que produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos (MOSCOVICI, 2005).

Interessante destacar e ressaltar que corroborando com a idéia de Minayo (2002) as representações são consideradas matéria-prima para a análise do social e, também, para a ação de transformação, pois retratam a realidade, segundo determinado segmento da sociedade. Porém, é importante observar que as Representações sociais não conformam a realidade e seria ilusão tomá-las como verdades científicas, reduzindo a realidade à concepção que os homens fazem dela.

5.2 O local do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida na UTI adulto de um Hospital público de uma cidade localizada no centro geográfico do Estado do RS, com aproximadamente 1.780Km² e 263.403 habitantes (IBGE, 2007). Os principais motivos que nortearam a opção pela pesquisa, no campo da UTI, foi o fato de que a maioria dos óbitos intra-hospitalares ocorre nesta Unidade⁹. Ainda, pela iminência da morte ser precedida, na maioria das vezes, de discussões sobre a

⁹ De janeiro a setembro de 2008, de 169 internações na UTI, ocorreram 67 óbitos, correspondente a 42 %, conforme os dados fornecidos pelo serviço de estatística do Hospital em estudo.

recusa ou suspensão dos tratamentos, o que poderá impor à equipe multidisciplinar decisões que envolvam problemas éticos, religiosos, culturais e legais (SOARES; TERZI; PIVA, 2007). Siqueira (2005) expõe que as UTIs recebem pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis, com intercorrências clínicas das mais diversas e são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos, sendo que para esses, com frequência, alcança-se plena recuperação enquanto que, para os crônicos pouco se oferece, além de um sobreviver precário e, às vezes, não mais que vegetativo.

O hospital é de grande porte e serve de referência para região Centro - Oeste do Estado, atendendo, exclusivamente, o Sistema Único de Saúde (SUS). Os atendimentos prestados à comunidade são realizados em aproximadamente 309 leitos da Unidade de Internação e nos 27 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo, além das 67 salas de ambulatório, 09 salas para atendimento de emergência, nas 06 salas do Centro Cirúrgico e nas 02 salas do Centro Obstétrico. A equipe é composta por 147 docentes das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina e odonto-estomatologia; 1276 funcionários em nível de apoio médio e superior; 312 funcionários de serviços terceirizados, além de 876 alunos da graduação, estagiários residentes, mestrandos e doutorandos¹⁰.

Importante salientar que além do atendimento à comunidade, a Instituição hospitalar destina-se também ao ensino e pesquisa, como forma de aprimorar o desenvolvimento e qualificação da assistência à população. São oportunizados campos de ensino prático aos alunos de graduação e pós-graduação, em especial aos da área da saúde, permitindo que as atividades curriculares sejam realizadas em consonância entre a teoria e a prática⁹.

O hospital é constituído por seis andares que disponibilizam o atendimento a diversas especialidades. Sua estrutura é dividida por unidades de clínicas médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e ginecológica, intensivismo adulto, pediátrico e neonatal, atendimento ambulatorial, serviço de Hospital-Dia para portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (AIDS), serviço de hemato-oncologia e nefrologia, atendimento domiciliar, além de contar com outras especialidades. No térreo e subsolo, concentram-se serviços aos quais a comunidade externa tem acesso, como pronto-atendimento, farmácia e ambulatórios, laboratório de análises clínicas, centro cirúrgico, centro obstétrico, e o setor administrativo.

A UTI adulta está localizada no quinto andar do hospital, sendo que neste andar ainda se localiza a Unidade Cardiológica Intensiva (UCI) e uma unidade de clínica médica. A área da UTI dispõe de nove leitos. De janeiro a dezembro de 2007, atendeu trezentos e noventa e

¹⁰ Dados obtidos no site do Hospital em estudo.

quatro pacientes, sendo cento e noventa e sete internações, e cento e noventa e sete decorrentes de transferências recebidas. Em 2008, de janeiro a setembro foram cento e sessenta e nove, destes 10 internações e cento e cinquenta e nove transferências recebidas¹¹.

A equipe de saúde conta com 10 profissionais enfermeiros, vinte e sete técnicos de enfermagem, 5 auxiliares de enfermagem, 8 médicos intensivistas, 2 fisioterapeutas, 8 bolsistas de enfermagem, 2 residentes, além dos profissionais que são solicitados. Participam ainda do atendimento aos pacientes, os acadêmicos dos diferentes cursos da área da saúde, além de 3 funcionários da higienização/limpeza, e 2 secretárias¹².

5.3 Os sujeitos participantes

Na delimitação dos sujeitos participantes, foram considerados fatores relevantes à temática, como: profissionais que atuassem constantemente e diretamente com os pacientes com doenças crônicas e degenerativas, internados na UTI, e que exercessem ou participassem de ações, decisões e atividades que determinem o tratamento e o cuidado do paciente.

A esse respeito, a escolha desses profissionais também ocorreu devido ao fato de que constantemente são submetidos a situações de tensão diante de pacientes hospitalizados no máximo da vulnerabilidade e, muitas vezes, na iminência da morte. Além disso, Costa e Diniz (2004) consideraram que os enfermeiros e médicos são continuamente confrontados com diferentes escolhas sobre quando, como e onde morrer, preferências relacionadas aos padrões de vida das pessoas e não apenas a questões de ordem técnica. Ainda, em algumas situações críticas e terminais, dada a inevitabilidade da morte e o esgotamento das alternativas curativas ou paliativas biomédicas, a possibilidade de decidir sobre a própria morte assume um papel de conforto moral. Um número crescente de pessoas, especialmente idosas, procura auxílio de médicos e enfermeiras não apenas para tratar doenças, mas para garantir que a experiência da morte seja também resultado de escolhas individuais.

A fim de desvendar as representações sociais, da ortotanásia, constituíram os sujeitos deste estudo cinco enfermeiras, e cinco médicos que atuam na UTI e que aceitaram, voluntariamente, participar do estudo. Esta amostra fora previamente considerada como intencional, ou seja, formada por um número pequeno de pessoas selecionadas

¹¹ Indicadores hospitalares, dados estes obtidos no Serviço de Estatística do Hospital em estudo.

¹² Dados obtidos pelo Centro de Recursos Humanos do Hospital em estudo.

deliberadamente, em virtude da importância que elas possuem em relação à temática escolhida, consideradas assim portadoras de representatividade social em determinada situação e que contribuíram com informações substanciais (TURATO, 2003). Desta forma, para explicitar as representações e considerar que cada fato, cada lugar comum esconde dentro de sua própria banalidade um mundo de conhecimento, determinada dose de cultura e um mistério que o faz ao mesmo tempo compulsivo e fascinante (MOSCOVICI, 2005).

5.4 Aproximação ao campo, procedimentos e instrumentos utilizados na coleta de dados

Para a realização da pesquisa, foi necessária a seqüência de procedimentos indispensáveis à sua aplicação. Neste caso, primeiramente foi realizado um projeto que teve de ser registrado junto ao Gabinete de Projetos do Centro de Ciências Sociais e Humanas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Após, encaminhado à autorização da UTI na Instituição Hospitalar.

O consentimento, para a realização da coleta dos dados, foi fornecido pela chefia dos médicos e da enfermagem. A autorização por parte destes profissionais responsáveis pelos serviços da Unidade serviu como elemento obrigatório, subsidiando o encaminhamento do projeto à Direção de Ensino Pesquisa e Extensão (DEPE), da instituição hospitalar local da pesquisa, o qual após sua análise permitiu a realização do mesmo (ANEXO A). Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM, obtendo parecer favorável (ANEXO B).

Assim, concedidas às autorizações, a enfermeira chefe da UTI marcou uma reunião com as enfermeiras da unidade, e na ocasião foram expostos os objetivos da pesquisa e a metodologia que seria empregada. Quanto aos médicos, foi conversado individualmente. Após deu-se início à visita ao campo do estudo, onde foram realizadas duas visitas nos três turnos de trabalho, a fim de uma aproximação, o que colaborou e facilitou na familiarização com os profissionais, aspecto fundamental da pesquisa qualitativa. Turato (2003) enfatiza que a entrada do pesquisador no campo é essencial para a realização do estudo, considerando-o como artifício de amenização das possíveis atitudes de resistências dos pesquisados.

Deste modo, posteriormente foi possível conhecer o campo e aproximar da realidade vivenciada na Unidade. Também foi realizado o agendamento das entrevistas com os profissionais, adequando os horários, conforme o turno do trabalho sem prejudicar o

andamento das atividades assistenciais. Ressaltando que todas as entrevistas, exceto uma que foi em uma Clínica da instituição, foram realizadas na própria Unidade.

Antes do início da coleta dos dados foram explicitados os objetivos, bem como a possibilidade do uso do gravador em áudio. Salientou-se o direito do anonimato, e a escolha de participar ou não, e de uma possível desistência em qualquer momento sem nenhum prejuízo, e também, informado que, ao aceitar participar da pesquisa, deixaria assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), conforme a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A esse respeito, a assinatura do termo, é um procedimento abrangente e visa, prioritariamente, resguardar o respeito às pessoas e acontece por meio do reconhecimento da autonomia de cada indivíduo, garantindo a sua livre escolha após ter sido convenientemente esclarecido sobre as alternativas disponíveis (GOLDIM, 2000).

Cabe salientar que neste estudo optou-se por realizar a coleta dos dados por meio de entrevista semi-dirigida e para norteá-las foram elaboradas algumas proposições ou questões orientadoras da investigação, que se constituíram de: paciente em fase terminal; o morrer com dignidade; as siglas se parar parou (SPP) e sem indicação de reanimação (SIR); a morte e morrer; as experiências na UTI; os cuidados paliativos e a morte do paciente. Assim, nesse tipo de entrevista, partiu-se do pressuposto que devem ser considerados no máximo alguns tópicos a serem discutidos, mas sem nenhuma pergunta preconcebida, pois isso implicaria a imposição do ponto de vista do pesquisador em vez de permitir aos entrevistados estruturar a pesquisa (RICHARDSON, 1999).

Para Moscovici (2005) a conversação está no centro do universo consensual porque molda e anima as representações sociais e lhes dá vida própria. As representações são resultado de um contínuo diálogo que é tanto interno quanto externo, e durante o qual as representações individuais ecoam ou são complementadas. Nesse sentido, a fala é precisamente o produto de um processo contínuo de diálogo, conflito e confrontação entre o novo e o velho, de idéias que se formam precisamente enquanto são faladas. Neste sentido, as representações sociais são móveis, versáteis e estão continuamente mudando (JOVCHELOVITCH, 2000).

A coleta dos dados, foi realizada de modo que os entrevistados pudessem dialogar e expor suas idéias livremente, sem perguntas pré-estabelecidas. Corroborando Turato (2003) expõe que a entrevista semi-dirigida proporciona a aquisição de dados, numa direção alternada, ora pelo entrevistador, ora pelo entrevistado, porém com flexibilidade que permita também ao entrevistado assumir o comando em respeito ao alvo da melhor construção das

idéias em exposição. Isso ocorre segundo uma ordem livre de temas particulares, que o informante vai associando ao assunto geral proposto pelo pesquisador.

Junte-se a isso o fato de que conforme Turato (2003, p. 276) “o investigador que utiliza a representação social indaga a seu entrevistado sobre um assunto de contornos mais restritos, esperando que este traga idéias que lhe foram interiorizadas, a partir do material processado no grupo”, neste caso justifica-se a utilização da entrevista para determinar a representação social dos entrevistados. Além disso, conforme Jodelet (2001) nos fenômenos representativos, a comunicação exerce uma importância primordial. A própria transmissão da linguagem, é portadora de representações.

O período de coleta das informações junto aos profissionais ocorreu durante três meses ininterruptos de janeiro a março de 2008. Acrescenta-se ainda que após a análise preliminar dos dados, a saturação dos dados foi detectada. Enfatizando, Richardson (1999) considera importante a qualidade das informações, não o número de entrevistados que compartilha a informação.

As entrevistas foram realizadas em local reservado de forma a proporcionar privacidade aos sujeitos da pesquisa. Durante a realização das mesmas, fora constatado que os participantes estavam interessados em conversar sobre o assunto e em alguns casos, foi possível escutar alguns desabafos e histórias pessoais quanto às experiências profissionais que não foram utilizadas no estudo, pois foram explanadas após o término da entrevista .

As falas foram gravadas em gravador digital e após transcritas respeitando o anonimato e o sigilo das informações em seus aspectos éticos. Os nomes foram substituídos por códigos, ou seja, os enfermeiros com o código ENF; e os médicos MED, ambos seguidos de uma numeração de um a cinco, que os distingue. O gravador serviu de auxílio a fim de garantir a fidelidade na reprodução das falas, evitando com isso o risco de interpretações inverídicas. Além de permitir maior atenção à fala por parte do entrevistador e assim, possibilitando, ainda, intervenções quando necessário. Ressalta-se que as entrevistas com a utilização do gravador só ocorreu com a autorização do entrevistado.

Na realização das entrevistas, somente uma não foi realizada com o gravador, em virtude não da falta de autorização, mas sim pela falha do gravador. A duração das entrevistas levou em média em torno de cinquenta minutos. Depois de realizadas as entrevistas, as gravações foram transcritas imediatamente visando manter a integralidade das falas. Salienta-se que antes da utilização definitiva da entrevista, o pesquisado teve disponível a transcrição realizada pela autora, para certificar-se do que realmente estava sendo considerado da fala do entrevistado e para que não ocorressem equívocos.

5.5 Análise, discussão e interpretação dos dados

A prioridade deste estudo centra-se na resposta dita dos sujeitos como fonte de informação. Desta forma Minayo (2002) expõe que as representações sociais se manifestam em palavras, consideradas mediações privilegiadas, tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama para as relações sociais em todos os domínios. Assim, após a realização e transcrição das entrevistas, deu-se início à leitura e à releitura das informações com a intenção de atender os objetivos propostos da pesquisa, e conhecer as Representações Sociais dos profissionais enfermeiros e médicos. Em seguida, procedeu-se à seleção de textos significativos ao objeto, procurando estabelecer as categorias para iniciar a sua análise.

Partindo deste pressuposto, considera-se que “qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor controlado ou não por este, deveria poder ser escrito, decifrado” (BARDIN, 1977, p.32). Portanto, a fim de buscar elementos para a compreensão das representações dos enfermeiros e médicos acerca da ortotanásia, os achados foram analisados qualitativamente, por meio da análise de conteúdo, especificamente a análise temática proposta por Bardin (1977).

No entanto, neste caso, e para garantir a fidedignidade, devem-se estar baseados em teorias, relevantes e que sirvam de marco de explicação para as descobertas (RICHARDSON, 1999). Como decorrência disto a TRS, proposta por Moscovici (2005, p.08) o seu precursor, serviu de âncora na abordagem metodológica e sua utilização está justificada pelo fato de que “as representações sociais sustentadas pelas influências sociais da comunicação constituem as realidades de nossas vidas cotidianas e servem como o principal meio para estabelecer as associações com as quais nos ligamos uns aos outros”.

5.5.1 Análise de conteúdo

A análise de conteúdo é, basicamente, utilizada para estudar material do tipo qualitativo. Trata-se de compreender melhor um discurso, de aprofundar suas características e extrair os momentos mais importantes.

Bardin (1977, p.42), escolhida nesta pesquisa como referencial para representar o tratamento dos dados coletados, conceitua a análise de conteúdo, como sendo,

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.

Na concepção de Minayo (2002) a análise de conteúdo ultrapassa os significados manifestos. Desta forma, relaciona as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisa com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

Para Lakatos e Marconi (1990) a técnica da análise de conteúdo visa aos produtos da ação humana, estando voltada para o estudo das idéias e não das palavras em si. De acordo com Bardin (1977, p. 44), “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. [...] é uma busca de outras realidades através das mensagens”.

Sendo assim, para captar e explorar as mensagens optou-se, entre as diversas técnicas de análise de conteúdo, a análise temática, que na percepção de Richardson (1999) consiste em isolar os temas de um texto, extraindo as partes utilizáveis, de acordo com o problema pesquisado, para permitir sua comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira. Complementado, para Minayo (1996, p.209) a análise temática,

[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. [...] tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

A operacionalização da análise temática, tendo o tema da pesquisa como unidade de registro, para sistematizar as idéias, e conduzir adequadamente à aquisição dos resultados, organiza-se em três etapas: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 1977; MINAYO, 1996).

5.5.1.1 Etapas de desenvolvimento da análise de conteúdo

A pré-análise constituiu a fase de organização dos dados e compreendeu:

a) transcrição das gravações digitais: o documento submetido à análise é composto pelas gravações digitais transcritas das entrevistas realizadas com os enfermeiros e médicos. As gravações foram escutadas exhaustivamente e, depois foram transcritas respeitando algumas normas de validade: exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (que contenha a representação do universo pretendido); homogeneidade (que obedeça aos critérios precisos de escolha em termos de tema, técnicas e interlocutores); pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho). Preservaram-se ao máximo as palavras dos entrevistados; no entanto as expressões coloquiais foram retiradas, visto que a análise tinha caráter temático.

As transcrições foram organizadas no Programa do Word 2003, em forma de duas grandes caixas de texto; à direita da folha, estavam as falas dos informantes; à esquerda, o espaço estava em branco para que fosse preenchido com os temas encontrados nos conteúdos.

b) leitura flutuante: corresponde ao momento em que foram realizadas leituras repetidas e atentas do material. Conforme Bardin (1977), durante essa fase, deve-se deixar invadir por impressões e orientações e, aos poucos, a leitura torna-se mais precisa. Assim, foi-se tomando conhecimento das idéias centrais dos entrevistados e definindo o recorte temático: a ortotanásia e ainda a unidade de significação: as representações dessa prática na UTI.

A exploração do material é a segunda etapa da análise de conteúdo, que consiste essencialmente na operação de codificação. Para Bardin (1977) é o tratamento do material que corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto que, por recorte e agregação, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer as características do texto.

Para a organização da codificação, utilizou-se do recorte do texto, o tema, como unidade de registro. Assim, registra-se o fato de que a noção de tema é largamente utilizada em análise temática. Junte-se a isso a ocorrência de que a partir do momento em que a análise de conteúdo decide codificar o seu material, deve produzir um sistema de categorias, que possui como objetivo, fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 1977).

Acrescenta-se, ainda, que a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, após por reagrupamento segundo o gênero, com os critérios previamente definidos. As categorias reúnem um grupo de elementos, unidades de registro, sob um título genérico, em razão dos caracteres comuns destes elementos, conforme Bardin (1977).

Partindo do exposto, seguiu-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias, que comandarão a especificação dos temas. A construção das categorias foi se efetivando ao longo da realização das etapas e resultou da análise de cinco entrevistas dos enfermeiros e cinco dos profissionais médicos.

A terceira etapa da análise de conteúdo corresponde ao tratamento e a interpretação dos resultados da pesquisa. A partir daí se propõe à inferência nas interpretações previstas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Esta abordagem da inferência procura efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens, a partir da disposição de todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver. Pode utilizar uma ou várias operações, em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados, ou aumentar a sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada (BARDIN, 1977).

Partindo do exposto, o método proposto por Bardin de analisar os dados coletados com vista a extrair os significados da comunicação, por intermédio das entrevistas, e assim estabelecer as representações dos profissionais da área da saúde diante da ortotanásia, foi satisfatório no discernimento dos resultados encontrados.

5.6 Considerações éticas

É relevante salientar que todos os cuidados relacionados aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram devidamente observados pela pesquisadora. As questões éticas na mesma foram consideradas desde o primeiro momento de sua concepção. Com isto, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa da UFSM, conforme previsto pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, para a realização de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

Os sujeitos participantes do estudo manifestaram por escrito o consentimento pós-informado, e foi-lhes facultado a possibilidade de desistirem a qualquer momento de participar, sem qualquer tipo de prejuízo. Os seus nomes foram trocados por códigos, a fim de garantir o anonimato.

5.6.1 Relação risco-benefício

Conforme estabelecido pela Resolução 196/96, as pesquisas sem benefício direto ao indivíduo devem prever condições de serem bem suportadas pelos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional. A esse respeito, a proposta desta pesquisa, se enquadra de acordo com as normas como sem risco, ou seja, são aqueles estudos que empregam técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa e aqueles em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, entre os quais se consideram: questionários, entrevistas, revisão de prontuários clínicos e outros, nos quais não se identifique nem seja invasivo à intimidade do indivíduo (BRASIL, 1988).

Assim, os benefícios da pesquisa não contemplarão imediatamente aos pesquisados, no entanto, se acredita que com os resultados obtidos, auxiliarão como contributivo para estudos desta área considerando que os avanços tecnológicos permitem cada vez mais prolongar a vida do paciente, confrontando o profissional de saúde com a questão do fim da vida e a morte com dignidade. Portanto, acredita-se que a compreensão de como a ortotanásia é representada auxiliará na reflexão desses profissionais que constantemente vivenciam situações limites em suas práticas assistenciais.

5.6.2 Confidencialidade e privacidade

Na realização da pesquisa os dados de confidencialidade (APÊNDICE B) e privacidade são primordiais, de fato, considerando como o dever de resguardar todas as informações dadas pessoalmente, em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada, isto é, a sua privacidade (GOLDIM, 2007). Desta forma, torna-se indispensável assegurar os direitos dos pesquisados nas pesquisas, para assim, resguardar a ética na realização dos estudos com seres humanos, e desta maneira evitando a banalização das pesquisas.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta pesquisa proporcionou o conhecimento, tanto das representações dos profissionais enfermeiros e médicos da UTI sobre a prática da ortotanásia, quanto a possibilidade de refletir sobre as dificuldades que estes profissionais encontram ao desenvolver atividades com a temática em questão, entendendo que é fundamental a apropriação deste conhecimento com o intuito de colaborar no conhecimento científico, bem como oferecer elementos para nortear a prática profissional e o cuidado, embora complexo. Em decorrência disso, foram analisados muitos aspectos da atuação dos profissionais enfermeiros e médicos da UTI entre eles, a morte em UTI, paciente em fase terminal, indicação de não RCR, ortotanásia e eutanásia.

Observou-se a necessidade de ampliação deste conhecimento, por considerar e contextualizar a UTI como sendo um ambiente dotado de particularidade, entre elas, a gravidade do estado clínico do paciente, a permanência exagerada de pacientes já considerados incuráveis, e as questões que envolvem os momentos decisórios e que repercutem nas opções de investimento ou não ao paciente. Acrescenta-se ainda a atuação dos profissionais diante dos dilemas que envolvem os aspectos de ordem social, legal, ética e religiosos por tratarem constantemente com a iminência da morte. Assim, pode-se dizer, conforme Oliveira (2005), que entre todos os que de alguma forma preocupam-se ou dedicam-se ao cuidado de seres humanos, há grande dificuldade em definir quando a vida termina. Como se vive em um ambiente social e cultural de pluralidade, no qual as pessoas não compartilham da mesma idéia sobre a vida e a morte, a questão suscita conflitos.

Desta forma, a fim de permitir a discussão das informações levantadas nesta pesquisa, serão contempladas as análises e as discussões das idéias apresentadas nas representações dos profissionais enfermeiros separadamente dos médicos, para posteriormente uní-las numa discussão atendendo aos objetivos propostos nesta pesquisa. Para uma melhor compreensão e

visualização dos resultados obtidos neste estudo, os dados foram organizados em categorias, com a finalidade de ajustar a natureza do material coletado, identificadas pela proposta de análise de conteúdo de Bardin.

Junte-se a isso o fato de que as representações dos profissionais médicos e enfermeiros diferem em alguns aspectos, pois conforme Jodelet (2001) as representações sociais apóiam-se em valores variáveis – segundo os grupos sociais de onde tiram suas significações – e em saberes anteriores, reavivados por uma situação social e particular, processos centrais na elaboração representativa. Estão ligadas tanto aos sistemas de pensamento mais amplos, ideológicos ou culturais, a um estado dos conhecimentos científicos, quanto à condição social e à esfera da experiência privada e afetiva dos indivíduos.

6.1 Representações dos enfermeiros diante da ortotanásia

A menção ao termo terminalidade está intimamente relacionada com as questões que envolvem os momentos finais da vida, ou seja, quando a cura não é mais possível, mas sim a manutenção da dignidade humana e da melhor qualidade, de acordo com as condições apresentadas. Nesse contexto, quando se menciona os termos: paciente terminal, UTI, sem chances de cura, limitação do suporte de vida, não investível¹³, estas parecem designar situações que levarão o paciente à morte, o que de fato confirma-se. No entanto, somam-se ainda nos indivíduos que estão ao redor dos pacientes sentimentos e reações dos mais diversos e que repercuti diretamente ao deixar o paciente viver seu processo de morte da melhor forma possível.

Obviamente, cada ser humano e grupo social reage de maneira distinta frente às situações de terminalidade, neste caso uma significação influencia a outra, como por exemplo: com o avanço tecnológico presente nos ambientes hospitalares, contextualização da morte parece estar muito distante, em virtude das possibilidades de tratamento e perspectiva de cura, porém isso pode provocar, na sociedade ou nos profissionais, sentimentos de que sempre pode-se fazer algo para salvar a vida do paciente. Contudo, sabe-se que isso nem sempre é possível e nessas situações surgem os dilemas, pois a morte embora seja uma constante, isto é,

¹³ Terminologia utilizada pelos profissionais enfermeiros, quando se referem a paciente fora de expectativa de cura ou fora das possibilidades terapêuticas. Atribui-se a terminologia não somente aos considerados em fase terminal, mas sim a todos que não possuem condições de serem curados.

a presença certa, ela parece ser ou estar mascarada.

A construção das representações sociais dos profissionais enfermeiros diante da ortotanásia, passa por diferentes situações que a levam de fato a acontecer e de contextualizar no ambiente hospitalar. A esse respeito, a observação das representações sociais para Jodelet (2001) é algo natural em múltiplas ocasiões, circulam nos discursos e são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais.

Assim, de posse das informações obtidas, procurou-se realizar a análise do conteúdo temático seguindo suas etapas, trazendo nessa fase, os depoimentos dos profissionais enfermeiros¹⁴ entrevistados com base nas seguintes categorias que emergiram de suas falas: reconhecimento *versus* distanciamento da morte; quem decide é o médico; não é investível; participação dos familiares; morrer com dignidade; ortotanásia oculta.

Categoria 1 – Reconhecimento *versus* distanciamento da morte

A UTI é um local de trabalho complexo e intenso, sendo necessário o enfermeiro estar preparado para atuar em qualquer momento e circunstância. Diante do emaranhado de situações que são propiciadas nesta unidade, o enfermeiro, como principal ator no cuidado do paciente, experimenta diversas sensações que podem repercutir diferentemente e influenciar diretamente nas ações de assistência, como por exemplo, a presença iminente do processo de morrer do paciente. Assim, de acordo com as linhas de pensamento de Kovács (2003, p. 27), o modo como se encara a morte “traz informações importantes para compreender rituais e formas de seu enfrentamento, presentes na vida das pessoas, e que é base inicial e fundamental na lida cotidiana com a morte”.

As questões relacionadas à morte do paciente, se mostram influenciadas pelo objetivo que norteia a ação central da UTI, o cuidado que prioriza em suma a cura. As UTIs foram criadas a partir da necessidade de atendimento do paciente cujo estado crítico exigia assistência e observação contínua de médicos e enfermeiros. Ainda, a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento à pacientes graves, em estado crítico, mas tidos como recuperáveis, e da necessidade de

¹⁴ A opção terminológica utilizada para apresentar e discutir os dados das enfermeiras será - “profissionais enfermeiros”, contudo isso não configura a relação com o sexo masculino.

observação constante, centralizando os pacientes em um núcleo especializado (VILLA; ROSSI, 2002).

Nas exposições a seguir, retrata-se a realidade vivenciada pelos profissionais enfermeiros, que reconhecem o ambiente como uma possibilidade para poder fazer a diferença e assim curar o paciente.

Nós queremos a recuperação, quando recebemos o paciente, o intuito é investir 100%, se não ele não seria admitido na UTI [...] tu já entrou ali dentro vão tentar ao máximo fazer todos os investimentos. [...]. O paciente muito grave e com empenho e dedicação de toda uma equipe, ele sai depois de um mês ou duas semanas num quadro totalmente diferente [...] a UTI possui essa característica que é tu pegar o paciente que às vezes chega do lado do avesso, e dia-a-dia com o teu cuidado e com o resto da equipe, ele vai se ajeitando e melhorando e tu o vê saindo [...].(ENF 2)

[...] o paciente que vem para cá é aquele paciente que com intervenção e com cuidado intensivo ele tem chance de melhora. [...] eu acho pelo menos dentro da UTI, que a gente faz a diferença, eu sinto que eu faço a diferença, porque tem que estar atento, por mais que tu faças todos os cuidados, tu vais aprofundando e sabe que pode fazer um pouco mais, é um desafio diário [...].(ENF 5)

A ênfase parece estar centrada, única e exclusivamente, na perspectiva de possibilitar a saída deste ambiente do paciente que está na UTI, sem o comprometimento que o afetava quando foi admitido nesta unidade. Parece que a alternativa viável e aceitável, por se tratar de um ambiente rico em recursos tecnológicos e terapêuticos, é a obstinação por parte dos profissionais em investir na cura. Assim sendo, pode acontecer dos profissionais sempre quererem buscar uma medida terapêutica eficaz para prolongar a vida dos pacientes (PITTA, 1999).

Para Shimizu (2007) nas UTIs, por existirem inúmeros recursos tecnológicos, pode acontecer dos profissionais não terem o espaço para perceber a morte como um fenômeno natural da vida dos pacientes. No entanto, possuem a plena consciência da sua proximidade neste ambiente. Nesse sentido, alguns relatos evidenciam que os profissionais enfermeiros tratam a morte como um assunto presente, embora esperem a cura:

Eu posso te dizer hoje dos nove pacientes que eu tenho aqui da UTI, cinco são pacientes com todo o investimento e que dão, ou vão dar nenhuma resposta ou vão dar pouquíssima resposta. [...] a morte faz parte do nosso dia-a-dia, não posso dizer que todos os dias alguém morre, mas com certeza todos os dias a gente vivencia o processo de morrer, por que às vezes ficam morrendo durante uma semana. (ENF 2)

[...] no hospital dependendo e geralmente a maioria dos casos já entra pisando morto, porque hospital é isso aí, mas deveria ser o contrário, deveria ser para cura para a reabilitação, mas geralmente não é. (ENF 3)

A partir da análise das entrevistas, pode-se perceber que os profissionais enfermeiros reconhecem a morte no dia-a-dia, contudo parecem esperar um resultado diferente, simplesmente pela possibilidade e condições que a UTI oferece em curar os pacientes. Embora os elementos da equipe de enfermagem saibam que todos os pacientes assistidos nessa unidade apresentam risco de vida iminente, devido à gravidade do quadro clínico, eles podem apresentar certa dificuldade de encarar a morte (SHIMIZU, 2007), considerando que desde sua formação acadêmica o enfermeiro é instigado a fazer tudo pela vida do paciente.

Assim, emerge nesta categoria a possibilidade e as menções de que existe por parte dos profissionais enfermeiros o reconhecimento da morte, contudo somado ao fato de tentar distanciá-la pela perspectiva de desejar a cura. Estes fatos podem repercutir no vivido profissional e assim influenciar na atuação diante do paciente considerado terminal. Este fato liga-se principalmente pela questão da UTI ser organizada para recuperar os pacientes, e o que é visto muitas vezes na rotina hospitalar dos entrevistados, é justamente o contrário, isto é, a presença constante do processo de morrer.

Por conseguinte, embora saibam que a morte é um componente irremediável da vida de todos os seres humanos, o seu distanciamento ilustra uma tentativa que configura um fator importante nas discussões que referem sobre a aceitação da morte em UTI e, conseqüentemente, da terminalidade. O contato com a morte dos pacientes internados na UTI, transmite aos profissionais sensações de sofrimento ou inconformismo, conforme exposto nos relatos a seguir:

[...] na verdade qualquer morte traz sofrimento. Então a morte não tem, de qualquer forma é horrível. Não se aceita. (ENF 3)

[...] quando o paciente está internado, parece conseguir formular o processo na tua cabeça, só que ninguém se contenta e se conforma com a morte (ENF 2).

Embora o processo de morte esteja constantemente presente no dia-a-dia da UTI, e que os profissionais enfermeiros tenham conhecimento prévio do prognóstico do paciente, parece que a familiarização com ela ainda é um pouco distante, que não permite que tomem contato com essa realidade. Para Waldow (2004), os profissionais de enfermagem possuem dificuldade de encarar a morte, com uma sensação de frustração pelo processo de cuidar, não resulta em cura, mesmo sabendo que essa não é missão da enfermagem. A cura, evidentemente, é almejada, mas nem sempre possível, contudo não significa que o cuidado não contemple a cura, o que é necessário salientar é que não é sua prioridade.

Esta percepção de que o paciente em UTI deve ser curado, poderá interferir nas ações de cuidado diante dos pacientes na iminência da morte, favorecendo o distanciamento dos trabalhadores em UTI, justamente por perceberem a morte como fracasso e derrota, representando o insucesso de todos os esforços e investimentos feitos pela equipe durante a internação, como evidenciado nas expressões dos enfermeiros:

[...] então porque aspirar, dar o banho, porque está registrado medidas de higiene e conforto, para quem, se a gente acredita que ele esteja morto, então não está morto, então fica uma coisa bem dúbida, a gente não trabalha bem como a morte. (ENF 1)

[...] quando aplica os investimentos, se espera uma resposta e nem sempre esta resposta vem, muitas vezes quando a gente tem muitos pacientes em processo de morte, que é quando se sabe que está investindo e ele não está respondendo, então ele já está entrando em processo de morte, tu nota que a equipe trabalha, tu trabalha num ambiente mais pesado porque a equipe fica frustrada [...]. (ENF 2)

[...] a perspectiva de saída da UTI é difícil, às vezes dependendo é muito complicado, a maioria progride para o óbito. E esta é a parte pior, de derrota e não ter o que fazer para reverter a morte [...].(ENF 3)

[...] quando tu fez tudo, e tu vê que tudo que você está fazendo tá prolongando o sofrimento, tu só está mantendo, mais ou menos uma coisa assim que uma coisa mais confortável para aquele sofrimento, então as vezes você se aperta um pouco, sofre um pouco. (ENF 4)

Durante o exercício da profissão, os enfermeiros seguem normas e condutas objetivando salvar vidas e evitar a morte, que, quando se faz presente, pode causar um estado de tristeza, perda, frustração e estresse já que ver o corpo inerte de uma pessoa para o qual se prestou cuidados, se dedicou tempo, energia, carinho, amor, se trocou palavras e até mesmo se riu lado a lado é algo que causa estranheza (PITTA, 1999).

Ainda na academia, o estudante de enfermagem experimenta uma relação íntima com as peças anatômicas, nas aulas de anatomia, parecendo ser algo muito mecânico sua relação com a morte. Desta forma, Kovács (2003, p.28) afirma que “às vezes, o mais difícil não é lidar com a morte e sim acompanhar o paciente vivo que está morrendo”. Assim, face ao paciente terminal, o mesmo confronta-se com seus limites, impotência e capacidades, gerando o distanciamento, que, muitas vezes, poderá acarretar o abandono do paciente na hora em que ele mais precisa.

Acrescente-se ainda o fato, que de acordo com Spindola e Macedo (1994) a morte é percebida pelos profissionais de saúde como um inimigo que contraria seus propósitos de salvar vidas, derrotando-os. A morte é visualizada pelos profissionais como um momento de

derrota. É como se travassem uma luta imaginária e, quando o paciente morre, significa que perderam a batalha. Neste contexto, os profissionais da enfermagem ao lidarem com o sofrimento de pacientes que estão diante do processo de morrer sentem-se expostos aos sentimentos estabelecidos durante a internação, como observado na fala:

[...] é muito difícil tu aceitar, principalmente quando é algo que tu não espera. Eu digo assim que a morte é uma coisa que ta ali, tem pacientes que tu se apega muito e a gente fica triste de entrar, de ver já que é um paciente que já faz dois meses que ta aí, então se apega, [...] tu acaba sofrendo também. (ENF 3)

O enfermeiro, lidando com diversos sentimentos vividos pelos pacientes e familiares pela aproximação da morte, está diante do conflito de como se posicionar frente ao sofrimento e à dor, que nem sempre pode aliviar, tendo também de elaborar perdas de pacientes, principalmente daqueles com quem estabeleceu vínculos mais intensos (KOVÁCS, 2003). Ainda existem muitas razões para se fugir de encarar a morte calmamente; uma das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo muito solitário, muito mecânico e desumano (KÜBLER-ROSS, 2005).

A esse respeito, conforme Shimizu (2007) em diversos momentos, os profissionais da enfermagem sentem a perda do paciente como se fosse de alguém de sua família, como alguém que amam muito. Assim, além de vivenciar constantemente a morte em UTI e suas angústias, percebe-se que os profissionais enfermeiros apresentam dificuldades de adaptação diante da morte, o que configura um quadro preocupante, conforme ilustrado nas frases:

[...] a morte ninguém nunca está preparado. Se alguém te disser eu tô preparado esperando a morte do fulano é mentira que não está. (ENF 1)

[...] na verdade eu acho que a gente não está preparado, independente da única certeza que temos que é da morte, ninguém ta preparado para morrer, as pessoas a maioria são muito materialistas elas não se conformam, às vezes ficam pensando de passar para um outro plano. (ENF 3)

Sgreccia (1996) considera que a incapacidade de dar sentido à morte leva a duas atitudes relacionadas entre si: de um lado, ela é ignorada e banida da consciência, da cultura, da vida e, sobretudo, é excluída como critério de verdade e de avaliação da existência cotidiana; de outro lado, é antecipada para se fugir de seu choque formal com a consciência. Acrescenta-se ainda que o homem abomina a morte. É inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para a vida, e se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora do alcance. Ou seja, no inconsciente só se pode ser morto, assim é

inconcebível morrer de causa natural ou de idade avançada. Portanto, a morte em si está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo (KÜBLER-ROSS, 2005).

É interessante ressaltar quando Klafke (1991) considera que na comunicação da equipe, a palavra morte é raramente pronunciada, sendo substituída por outras, como parada cardíaca, por exemplo. A questão central parece estar no fato de que a morte, no ambiente hospitalar, é identificada como fracasso da instituição e do profissional. A esse respeito, Kübler-Ross (2005) refere que muito ajudaria se as pessoas conversassem sobre a morte e o morrer, como parte intrínseca da vida. Acredita-se que a inclusão deste assunto no cotidiano, não só dos profissionais da saúde, mas da sociedade, ajudaria a encarar a morte como algo natural e inerente à vida do ser humano.

O distanciamento do contato com a morte por parte dos profissionais, parece ser mais evidente, e mais problemático quando acomete pacientes jovens, muitas vezes por remeterem seus pensamentos a idéia de que a morte está muito próxima de todos os indivíduos e que a situação poderia acometer qualquer um desses profissionais. Nos depoimentos que seguem podem-se contextualizar algumas dessas situações vivenciadas pelos profissionais enfermeiros na UTI e que fazem da morte algo hediondo.

[...] a gente já tamponou paciente chorando, claro que sim [...] a gente que é mãe, nossa a gente fica muito abalada. Muito, muito, muito, muito, é uma coisa que mais nos abala. A gente sente de trabalhar com crianças é muito angustiante, penoso um sofrimento bem grande. [...] eu fico assim, digamos retraídas com uma criança. Como se fosse um filho da gente e aí, é a coisa meio [...]. (ENF 1)

[...] eu me abalo quando eu vejo o paciente jovem: “este paciente tem a idade e é a cara do meu irmão”, às vezes tu acabas remetendo, então te abala principalmente com os pacientes que interagem com a equipe e que estão se encaminhando à morte, que vão morrer conosco ou vão para unidade, para morrer junto com os familiares. Então a gente sabe que está se investindo nele, mas não vai dar resultado, porque as tomografias estão mostrando que o tumor está avançando e que realmente não tem tratamento, e que está se encaminhando para morte, com certeza todo mundo vai se abalar de uma maneira diferente quando esse paciente for a óbito. (ENF 2)

Na atual sociedade, não é aceito a morte de um paciente jovem, uma vez que está apenas começando a viver. Assim sendo, sentem que tem um maior desafio para ser enfrentado, no que diz respeito à responsabilidade para salvar as vidas dos pacientes jovens ali internados (SHIMIZU, 2007). Nesta perspectiva, é evidente que dentre os agravantes da percepção do sofrimento do profissional enfermeiro, são ressaltados os aspectos relativos à faixa etária do paciente: a morte é percebida como mais traumatizante quanto mais jovem for

este paciente; muito mais ainda, em se tratando de crianças (LUNARDI; LUNARDI FILHO, 1997).

Contudo, é indispensável acrescentar que muito embora os profissionais enfermeiros almejem a distância da morte, de alguma forma eles procuram conviver de forma a aceitar o processo de morrer dos pacientes. Em seus relatos, eles demonstraram vê-la como fato natural, mas para isso desenvolvem sentimentos como de imparcialidade, que também pode ser considerada como uma forma de defesa frente à dor e ao sofrimento.

[...] se eu não pensar que todos que entram na UTI, 50% a 60% vão morrer e que eu tenho que estar preparada para isso e que eu sei que o meu trabalho é um ambiente que isso vai estar presente, daí eu não posso trabalhar [...] se eu refletir, que ela (paciente) tinha um convívio social, que tinha muita coisa ainda para viver e agora ela está deixando todo mundo, e se a cada morte você for fazer essa reflexão tu não trabalha aqui, tu não consegue trabalhar. (ENF 2)

[...] de alguma forma tem que se estar preparado, e quando é aqui (UTI) é uma coisa mais natural, eu no caso fico mais assim, quando é uma paciente nova que tem filhos pequenos [...] mas eu acho assim, fora isso para mim eu acho normal, por também eu já ter vivenciado de alguém muito próximo. (ENF 3)

[...] as vezes alguns membros da equipe tem medo e receio e que nunca vivenciaram uma morte, mas é uma coisa natural, eu hoje vejo como uma coisa natural. (ENF 5)

Com relação a este aspecto, podem ser observadas algumas contradições presentes nas falas. Os profissionais anseiam a cura dos pacientes internados na UTI, e desta forma tentam distanciar a morte o máximo possível, contudo em circunstâncias esperadas reconhecem a sua presença no ambiente hospitalar e, assim, alegam que é um processo natural e esperado, sendo que não existe qualquer tipo de sentimento desagradável diante do seu acontecimento. A esse respeito, e a partir das falas supracitadas, constata-se que a possível menção da aceitação da morte na UTI, está intimamente relacionada ao reconhecimento de que a morte acontece e não existe uma maneira de distanciar-la. Desta forma, a aceitação da morte estaria relacionada com a questão de tentar trabalhar com os pacientes na iminência da morte, pois se não existisse esse pensamento talvez não pudessem trabalhar.

Pode-se concluir que serão necessárias muitas tentativas, e mudanças de condutas e pensamentos diante do vivido de cada personagem de determinada situação. É correto afirmar que as condutas e pensamentos podem ser modificados. Moscovici (2005, p.22) considera que “a mudança dos interesses humanos pode gerar novas formas de comunicação, resultando na inovação e na emergência de novas representações”.

Categoria 2 – Quem decide é o médico

As incertezas que se armam quando mencionados os assuntos relacionados às decisões que envolvem a limitação de tratamentos de suporte em pacientes com doenças incuráveis e terminais, são inúmeras e sempre acompanhadas de dúvidas e angústias. Diante dos resultados encontrados nesta pesquisa, não é possível delimitar uma sincronia de conduta diante das situações impostas na UTI, bem como é percebido certo desconforto por parte dos profissionais enfermeiros que podem não participar ativamente dos processos decisórios. Acredita-se, fortemente, que esteja associado à insegurança de saber como atuar diante das situações, ou ainda como traz Soares, Terzi e Piva (2007) por ainda esses assuntos serem considerados como tabu no Brasil sendo sua discussão mais aprofundada negligenciada durante anos até bem pouco tempo.

A esse respeito, Pessini (1990) diz que os profissionais da saúde lutam contra a morte com todo o arsenal tecnológico à sua disposição. Indubitavelmente considerando como justo e indispensável. Há, porém, um momento em que a luta chega a um término e deve-se parar de investir, porque do contrário se estaria não somente impondo gastos desnecessários em nome de uma terapia já inútil, mas principalmente desrespeitando a dignidade humana. No entanto, a problemática está direcionada, na questão de estabelecimento dos limites de condutas, já que existem divergências e incertezas dos profissionais.

Partindo do pressuposto de que as ações referentes ao estabelecimento do diagnóstico e do tratamento da doença são realizadas pelo médico, é importante ressaltar, para que ocorram ações de atenção no ambiente hospitalar e que estes sejam efetivos e contribuam para a melhora do paciente, é necessário não somente o médico, mas sim uma equipe, sendo indispensável a enfermagem, já que exerce ações de cuidado.

Os profissionais enfermeiros, que primam pelo cuidado e não prioritariamente pela cura, pode apresentar certa indecisão frente às situações de limitação do suporte de vida, direcionado principalmente a questão da não RCR, já que a decisão é do médico. Muito embora se saiba que, frente às características específicas da UTI, o trabalho em equipe torna-se crucial (VARGAS; BRAGA, 2007).

Os relatos dos profissionais enfermeiros expõem uma preocupação que, segundo eles, podem interferir na assistência ao paciente assistido: a rotatividade de profissionais médicos, e a falta de continuidade de condutas. Esses fatores, conforme relatado podem atuar nas ações de investimentos de tratamento, bem como nas decisões de limitações de suporte de vida.

[...] se tu passasse dia-a-dia em cada leito e a pergunta fosse “e esse aqui você acha que tem que continuar os investimentos” com certeza eu te digo que as enfermeiras mais iriam dizer, não [...] e os médicos iriam investir mais um pouquinho com tal medicação, por que não existe uma continuidade, vem um mês aquele residente o plantonista vem e faz o plantão e vai embora, então não se tem muito a noção de continuidade que a gente têm [...].(ENF 2)

[...] é muito difícil de resolver, por que tem muito plantonista e equipe muito grande, muito diversificada, têm residentes, têm acadêmicos, tem médicos que vem de fora, cirurgiões e daí tem o médico de plantão, daí é muita interferência. (ENF 4)

O lugar fixo do enfermeiro, que fica várias horas por dia e durante quase todo o tempo de internação do paciente lhe permite um pensamento contínuo e evolutivo, diferentemente da medicina por ter uma rotatividade maior e que fica esporadicamente, acaba ocorrendo à falta da continuidade do trabalho que se vê alterada e influenciada por outros profissionais e colegas de profissão.

Os enfermeiros acreditam que os motivos que levam as ações de indecisões e falta de direcionamento na assistência ao paciente terminal podem estar relacionados com a inexperiência dos profissionais e falta de acompanhamento contínuo. Frente a isso, uma das falas exemplifica claramente esta situação referenciada pelos enfermeiros.

[...] talvez pela inexperiência eles invistam mais, mas se tivesse um plantonista ou rotineiro, que fosse todos os dias e acompanhasse os residentes, ou se acompanhasse desde o início a trajetória deste paciente com certeza esse médico teria a mesma opinião do grupo da enfermagem, que pensa e que prefere isso, e porque o grupo esse pensa assim pela questão da continuidade do cuidado, por que nós estamos ali 24 horas, vendo que o paciente não está dando resultado [...].(ENF 2)

A partir dos dados encontrados, os profissionais enfermeiros enunciam que se sentem incomodados pela falta de unanimidade nas decisões que envolvem o fim da vida, além de em diversos momentos, não participarem dos processos decisórios que repercutem diretamente na assistência ao paciente, fazendo da sua opinião e/ou conduta mostre-se quase que insignificante ou dispensável perante a assistência. A esse respeito, o diálogo e a concordância do fato entre os profissionais, auxiliaria na assistência evitando possíveis distorções.

Nas falas a seguir estão explícitas as diferentes condutas dos profissionais enfermeiros, frente às situações de indicação ou não da RCR, impostas de maneira similares. Na primeira situação, encontramos a concordância da enfermagem em não realizar a RCR, partindo da premissa de seu convencimento próprio, para não realizar o procedimento. Eis o que relatam a esse respeito os profissionais enfermeiros:

[...] e a gente não reanima, porque a gente tem a convicção de que o paciente não é reanimável. (ENF 1)

[...] geralmente é conversado no round¹⁵ deles, daí eles comunicam, mas na verdade tu vê, já tá uma coisa meio que a gente vê que não tem muita coisa realmente não tem perspectiva, até agora a gente tem um aqui um paciente com lesão de tronco e não tem [...] (ENF 3)

Quando eu não reanimo, já se sabe que o paciente é SPP, então eu vou para pasta, vou ver os exames, vou olhar a evolução do caso, vou ver porque este paciente é SPP, para ver se eu me convenço de que é isso mesmo. [...] (ENF 5)

Identifica-se, nos depoimentos supra referidos, que embora os profissionais enfermeiros não participem diretamente da decisão de realização ou não da RCR, parece que atuam conforme suas convicções e pensamento diante de determinada situação. Sem dúvida, mostram suas representações frente aos pacientes que não possuem expectativa de cura.

Em contrapartida, existem alguns momentos em que os profissionais enfermeiros não concordam com as decisões médicas e atuam isoladamente de forma contrária ao solicitado, demonstrando uma atuação que consideram correta no momento. No fragmento da frase a seguir, pode-se perceber esta situação:

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

Pelo que parece a enfermagem embora excluída do processo decisório pode interferir direta ou indiretamente na atenção dada ao paciente, seja por omissão, ou faz de conta. Neste caso poderiam ser consideradas duas situações: o respeito à dignidade do paciente que está sofrendo, ou um desrespeito à equipe, aos familiares e simplesmente ao próprio paciente. Isto leva a pensar que a decisão fora tomada sem nenhuma autorização e articulação. Uma questão semelhante pode ser a de reanimar o paciente sem recomendação de reanimação, já que esta conduta pode ser isolada.

Sem dúvida, partindo do relato apresentado, e pelo que se pode inferir a atitude de não realizar procedimentos, referindo-se a RCR, pode estar relacionada ao propiciar uma morte tranqüila ao paciente. Ou seja, pelos enfermeiros considerarem a sua atuação como contínua e

¹⁵ Terminologia utilizada que caracteriza a reunião dos médicos, residentes e demais profissionais, a fim de apresentar e discutir as condutas a serem realizadas nos pacientes.

permanente, muitas vezes os médicos podem não perceber o sofrimento daquele paciente e familiar. Frente a isto a decisão da enfermagem seria simplesmente paliar um sofrimento que considera dispensável.

Nas situações expostas acima, encontram-se decisões isoladas, ou seja, uma por parte do médico e outra por parte da enfermagem, o que leva a uma preocupação com relação ao resultado de resposta para o paciente. Pode-se dizer que provavelmente a equipe não interage, isto é, não ocorre a comunicação necessária, para que as decisões sejam feitas conjuntamente. Neste aspecto, a comunicação e interação entre os diversos profissionais, bem como, com os familiares e quando possível com os próprios pacientes, é uma alternativa plausível para evitar decisões e ações fragmentadas.

Importante destacar que a pretensão não está em dizer quem age de modo certo ou errado, quem não dialoga, mas sim, alertar para a necessidade de comunicação e entendimento entre os diversos profissionais para assim prestar uma assistência qualificada ao paciente que já padece de um sofrimento.

Neste contexto, além das ações que podem se tornar isoladas, junte-se ainda o fato de que as decisões médicas, conforme as expressões dos profissionais enfermeiros, em diversos momentos, não seguem uma conduta unânime, o que contribui muitas vezes com as indecisões dos profissionais enfermeiros frente às situações que envolvem o fim da vida. Como exemplo, destacam-se os seguintes recortes das falas das enfermeiras:

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

[...] é muito difícil, depende do médico, geralmente se começa todo o protocolo, normal, mas daí chega o médico e daí quem vai decidir se vai reanimar ou não, é o médico e isto é bem complicado de trabalhar e bem relativo [...]. Dizem que o paciente não é investível¹⁶, e daí quando se vê numa parada estão reanimando [...].(ENF 3)

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

¹⁶ Os profissionais enfermeiros denominam pacientes não investíveis, aqueles quando não existe qualquer recurso a fim de reverter o quadro clínico, ou seja, não existe expectativa de cura.

[...] não existe uma discussão, o médico chega no plantão, e ele pergunta, [...] daí ele vai dizer, ah: “esse aí se parar a gente não vai fazer nada”, e daí muda o plantão ah: “esse daqui nós vamos investir, fazer tudo, muda o antibiótico, não sei o que há”, é meio um ping-pong [...] eles tem muita discordância, não tem uma coesão, uma harmonia. (ENF 5)

Assim, a tomada de decisão sobre limitação terapêutica deveria passar por uma ampla discussão e por um processo de racionalização que deveria levar em conta critérios cognitivos da doença, critérios objetivos e subjetivos da homeostase do paciente naquele momento para aquela doença e dentro do contexto familiar e social (PIVA; CARVALHO, 1993). A partir das falas apresentadas, percebe-se, que as decisões parecem ser permeadas por uma falta de critérios objetivos frente às situações problemas que se apresentam, ou seja, parecem serem realizadas em função das concepções de cada profissional. Frente a isso a enfermagem, por diversos momentos, pode consentir e não discutir frente à decisão tomada única e exclusivamente, pelo médico ou pela equipe médica. Destaca-se o fato de que a enfermagem parece estar sempre fazendo o que é solicitado.

Se nós estamos juntos ali, é em conjunto, mas a partir do momento que o médico diz: “ta, nós não vamos mais investir” e que tu desliga aquela medicação é porque você está assinando em baixo, ou seja, está sendo conivente com a ação dele, mas nós não participamos da decisão, mas somos coniventes, indiretamente participamos, porque fazemos. Quem decide o investimento de medicação e tudo é o médico, que nem eu te disse a enfermagem não deixa de investir. Não existe um padrão de conduta. [...].(ENF 2)

[...] E a enfermagem acaba fazendo o que é solicitado dos médicos, não tem outro jogo para isso daí! [...] seria reanimado, depende da ordem de quem está ali de plantão, porque se diz assim, que é para parar e não fazer mais medicações não tem porque se ficar massageando (ENF 4)

Sabe-se que o trabalho em equipe é essencial para o estabelecimento de qualquer ação. Porém, observou-se nas falas que nem sempre isso ocorre. Assim, por meio das menções supracitadas, confirma-se o fato da enfermagem seguir uma conduta médica solicitada, sem ao menos ser consultada. Outro fato está relacionado à conivência, ou seja, a enfermagem age de forma consciente frente ao fato apresentado, o que faz da sua ação tão importante quanto à do médico.

Sob esse enfoque, é indispensável destacar que a integração e o apoio entre as diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde não são possíveis, quando a autonomia do médico e sua ascendência sobre os demais praticamente anulam a noção de trabalho multiprofissional integrado (CAMPOS, 1994). Os diferentes olhares e conhecimento

complementam-se e servem como ferramenta essencial na construção do conjunto de ações diante de determinado paciente, ou seja, nada pode ser feito de forma isolada.

As ações e discussões na área da saúde não se resumem a apenas um profissional, mas envolvem uma série deles. Dessa forma, torna-se difícil trabalhar sozinho em equipe, necessitando-se da integração, com os outros. A esse respeito, é prioritário enfatizar o quanto o cuidado deve estar presente, em nível de papéis profissionais e também de um relacionamento de mútuo respeito, confiança, interesse, preocupação e apoio de pessoas, umas para com as outras (WALDOW, 2004). A enfermagem, como integrante essencial da equipe de saúde, por vezes parece permanecer isolada do processo integral de atenção ao paciente o que repercute na assistência.

A seguir, pode-se perceber que a inclusão da enfermagem nas discussões que envolvem assuntos relacionados com a assistência globalizada ao paciente, envolvendo os diferentes profissionais da equipe de saúde da UTI, não é rotineiro. Alega-se que o tempo destinado a esses encontros, referindo a participação direta da enfermagem, resultará na falta de tempo para realizar outras ações com os pacientes, incluindo as burocráticas.

[...] não é padrão que todos os dias a enfermagem participe do “round”, nós participamos quando nós temos tempo. (ENF 2)

A justificativa parece se deter na priorização do tempo e não na falta de uma rotina que deveria ser implementada no ambiente de trabalho. Corroborando, Kipper (1999) reconhece que freqüentemente se comete o erro de não fazer participar o restante da equipe de saúde, especialmente a enfermagem, das discussões e tomada de decisões. Isto traz desconfortos, desconfianças e problemas para toda a equipe e para o relacionamento com o paciente e sua família, já que a enfermagem tem mais contato com o paciente e família e conhece melhor a dinâmica familiar.

Frente a estes posicionamentos, é importante ressaltar que embora a enfermagem não participe das reuniões diárias da UTI, para discutir sobre a melhor conduta que deverá ser empregada para cada paciente, é interessante destacar que este espaço lhe é propiciado, ou seja, a enfermagem é convidada a participar, no entanto não existe uma rotina ou obrigatoriedade em fazê-la, até porque as decisões passam pela equipe médica.

Como consequência, outro ponto que aparece de forma destacável nos relatos dos profissionais enfermeiros, diz respeito à falta de autonomia da enfermagem no processo decisório de atenção ao paciente. Obviamente, sabe-se das diferentes responsabilidades dos

profissionais, mas o que é interessante pontuar é que quando uma ação decidida por um é realizada por outro, e que gerará um resultado positivo ou negativo, acredita-se que deve ser construído conjuntamente. No fragmento das frases podemos ilustrar a preocupação:

[...] é bem confuso, tu não tem muita noção, vai depender muito da situação e de quem tiver ali, do médico que estiver de plantão. Eu independente se é SIR (sem indicação de reanimação) ou não na minha situação particular eu em qualquer circunstância eu vou reanimar, mas vai depender do médico de dizer [...].(ENF 3)

[...] parou, na verdade às vezes o que acontece o outro médico decide investir e daí prolonga mais uns dias, mas se é realmente se parar, parou (SPP), não se massageia, não se faz medicação e se deixa. (ENF 4)

Na verdade estes discursos deixam clara a incerteza de ação diante de uma ocasião, por que num momento é dito que sempre é reanimando, mas em contrapartida é exposto que irá depender do médico. Fica algo contraditório e na verdade demonstra mais uma vez a incerteza do que fazer diante de um caso. Junte-se a isso, o fato de que as decisões implicarão diretamente na vida e/ou morte do paciente e diante disso há os aspectos éticos a serem considerados. Assim, para Sgreccia (1996), as situações limites trazem problemas éticos sobre a licitude e obrigatoriedade de certas intervenções de técnicas de RCR além de um determinado ponto, apresentando o problema ético da obrigação da assistência humana e psicológica a esse tipo de paciente.

A partir de suas experiências profissionais, Gaíva e Scochi (2004) colaboram no sentido de que no processo de trabalho na UTI, médicos e profissionais de enfermagem, no desempenho de suas funções diferenciadas, nem sempre conseguem se comunicar adequadamente em função do saber que o médico detém para se apropriar do objeto do trabalho e conduzir a produção do assistir. Considere-se que as decisões que envolvem a terapêutica do paciente, não necessitem exclusivamente da opinião da enfermagem, pois é o médico que detém este poder, no entanto, para que a assistência seja de qualidade é importantíssimo diferentes olhares, isto é, como uma abordagem multiprofissional e neste caso a enfermagem é prioritária.

Conforme as linhas de pensamento de Freidson (1970) a tese de dominância profissional dos médicos refere que a autonomia relativa de cada profissional está submetida à autoridade médica, sustentada pela dominação do saber e da competência. Ainda, nesse sentido, a profissão médica exerce controle considerável sobre a base de conhecimento da enfermagem, e grande parte do trabalho desses profissionais é desempenhada a pedido ou sob

a supervisão médica. Muito embora a referência seja antiga, temos reflexos da hegemonia médica em muitos serviços de saúde, como os mencionados nesta pesquisa, e que de forma considerável influenciam diretamente no papel do profissional enfermeiro, partindo da vivência dos sentimentos angustiantes provocados pelas incertezas.

As decisões conduzidas somente pelo médico indicam que a hegemonia médica ainda é significativa, o que nos mostra a fala a seguir:

Às vezes quando o médico entra no plantão até a gente pergunta: “tá doutor este paciente a gente vai investir?”, daí ele diz: “não to entendendo tua dúvida”, tem umas pessoas que são bem ofendidas, [...] ficam ofendidas com isso, até com a pergunta que a gente faz, então eu sou uma que não pergunto mais, sabe se o paciente parar, a não ser que me digam para não reanimar, eu vou lá reanimar o paciente e daí o médico vai ser chamado daí ele vai decidir na hora o que se vai fazer, porque eu para determinadas pessoas eu não vou perguntar mais [...].(ENF 5)

Pautada no discurso mencionado, fica claro que as decisões são exclusivas da equipe médica, no entanto ressalta-se a importância da participação da equipe multiprofissional, bem como da família diante das decisões de limitação terapêutica em pacientes em fase final da vida. Oselka e Troster (2001) consideram que a equipe multiprofissional deve participar da discussão para propor à família a decisão de reanimar ou não. Havendo incertezas, deve-se recorrer ao parecer de outros médicos para um julgamento preciso da situação clínica. Todo este processo, e a conseqüente proposta de conduta, devem ser registrados e justificados no prontuário do paciente.

A esse respeito, é salutar destacar que a integração entre a equipe, familiar e paciente é necessária, pois é uma das maneiras de conservar a dignidade, muitas vezes escondidas por traz do aparato tecnológico dos hospitais. Sem dúvida, quando existir esta complementaridade, os registros nos prontuários serão realizados de forma fidedigna e farão parte de uma rotina, hoje mascarada por diversos receios éticos e legais.

É possível afirmar que as dúvidas referentes aos registros no prontuário contribuem para incertezas de ações. Em um estudo realizado por Torreão et al. (2000) que apresentava como um dos objetivos caracterizar como foi efetuado o registro da não RCR no prontuário, foi constatada a discrepância entre os procedimentos de RCR efetivamente realizados e os dados correspondentes registrados no prontuário. Ou seja, a RCR muitas vezes não realizada, era registrada no prontuário como ação realizada pelos profissionais.

Em face disso, as menções das frases a seguir retratam e corroboram com o estudo de Torreão et al. No entanto, se faz importante salientar que os prontuários não foram analisados,

a fim de realmente constatar esta discrepância, apenas foram consideradas as falas dos profissionais enfermeiros.

[...] a gente cuida muito, então às vezes quando o paciente ta com uma noradrenalina e fica hipotenso e o funcionário vem dizer que está com 5 por 3, eu já digo: “não registra, por que o que tu vai registrar, tu vai estar colocando a corda no teu pescoço dizendo que tu viu um 5 por 3 e tu não fez nada”, isso quando o paciente é sem investimentos, [...] mas se a conduta do médico, for de não fazer nada e tu mesmo não concordando e tu coloca ali que não foi feito nada, a culpa também vai ser tua, porque tu viu que o paciente estava em risco e não tomou uma atitude. (ENF 2)

[...] eu escrevo, paciente evoluindo para parada cardíaca e evoluindo para o óbito, bem suave, porque não vou escrever outra coisa ou não foi investido, porque seria muito ruim se tivesse uma auditoria eu acharia muito feio tá escrito, [...] porque não iria colocar paciente fez parada cardíaca, foi feito manobras, [...] tu escreve que foi medicado, foi feito massagem, ventilado com ambu evoluindo para óbito. (ENF 4)

Como decorrência disso, percebe-se que os profissionais são levados por suas convicções, a reagir diante da situação, de maneira a beneficiar o paciente, ou seja, a não realização da RCR configura no óbito, que acontece como resultado de sentimentos de fragilidade e angústia dos profissionais frente à situação do paciente sem expectativas de cura. O resultado esperado na atenção dada ao paciente é exclusivamente, acredita-se ser com o intuito de beneficiá-lo, contudo estas ações não são amparadas, caso registradas fidedignamente, o que constituem-se em obstáculo na assistência ao paciente sem expectativas de cura.

A discrepância encontrada é apenas um sinal que revela a relutância em assumir um ato médico, assim, o não registro está relacionado com as implicações legais, pois a este ato pode ser atribuída omissão de socorro. No entanto, a sensação de não existir um respaldo legal gera conflito entre o não incorrer na futilidade terapêutica, o que pode implicar num risco de punição legal, ou seja, como respaldo se tem uma conduta antiética de encobrimento. Assim, para Torreão et al. (2000, p. 431) para “alguns pacientes terminais o não reanimar é conduta amparada moral e eticamente, no entanto, não está ainda institucionalizada e não tem aceitação legal unânime e pacífica no Brasil”.

Partindo deste pressuposto, embora sabendo da possibilidade de não reanimar um paciente, muitos impasses travam essa atitude, em virtude principalmente, das dificuldades de expor a real condição do paciente, aos familiares, e também pela insegurança dos profissionais de atuarem de forma sincrônica diante das situações. Nas falas, a seguir, podemos ilustrar algumas situações que geram preocupações, e sobre isso surge a

possibilidade de pensar alternativas que possam ser tomadas, a fim de trabalhar mais qualificadamente com a terminalidade da vida:

[...] ele parou e daí já decidiram depois de uma parada não vamos mais, vamos deixar descansar, só que daí vai lá outro médico e reanima [...], mas geralmente depois de reanimar eles não duram muito. (ENF 3)

[...] eu tava sozinha no plantão, o médico não tinha chegado ainda, e daí o que eu faço agora, daí massageie e daí voltou [...] e o médico disse: “pois é, tu não devia ter massageado, porque é um paciente que não se vai mais investir porque é tetraplégico e tal”, e daí eu disse: “mas então deveria estar escrito, [...] se o paciente ta acordado, ta me olhando, ta se comunicando, se ele parar eu vou ter que fazer alguma coisa, não vou medicar porque não é da minha competência, agora fazer uma massagem eu vou”, então é o tipo da questão de dúvida, é muito difícil, tanto é que ele fez a parada ontem e ele morreu. (ENF 4)

A dificuldade encontrada pelos profissionais enfermeiros é ilustrada diversas vezes nos discursos. Em consequência desse fato, é importante ressaltar a necessidade da sincronia na assistência, pois diante dessas dificuldades, o que mais parece estar presente e em jogo é a ausência de uma assistência singular na iminência da morte. Ou melhor, a assistência decidia isoladamente, faz com que cada profissional em determinada situação reaja de forma distinta, representando na prática uma assistência fragmentada.

Sem dúvida, toda a discussão referida nesta categoria traz à tona a necessidade de integração das diferentes disciplinas, pois esta articulação será um fator decisivo na assistência ao paciente. Nesse aspecto, Gaíva e Scochi (2004) mencionam que os limites da autonomia do enfermeiro estão na interdependência com o médico. No cotidiano do assistir, o enfermeiro tenta ampliar esses limites, sugerindo a mudança de condutas e, de certa forma, participando das decisões terapêuticas. Isso nos faz crer que as relações entre equipe podem ser mudadas, mesmo reconhecendo a autonomia terapêutica do médico.

Sob outra perspectiva, nota-se que na atualidade, os profissionais são influenciados fortemente pela tecnologia presente nas UTIs, deixando de lado a atenção humanizada, e desta forma podem serem estabelecidos distanciamentos de convívio com a morte. Percebe-se que o assunto é pouco enfatizado e muito pouco trabalhado, ficando na superficialidade, e por consequência conduz a dificuldade de tratar os assuntos que relacionam o paciente sem expectativas de cura. Pelo que fora exposto nos discursos dos enfermeiros, fica claro a perturbação referente à ausência de sincronia de ação e pensamentos com relação às condutas. Pode-se considerar, ainda, que o assunto morte não é pautado na rotina e assim todos os assuntos que o cercam estarão permeados por dúvidas, incertezas e possivelmente angústias.

Em face do que já se disse, é imprescindível alertar para uma necessidade iminente dentro da UTI, da interação entre os profissionais, no caso aqui se referindo mais especificamente aos médicos e enfermeiros, pois o que se percebe é uma desvirtuação de condutas frente às situações problemas no ambiente de trabalho. É salutar considerar que a mudança nas relações está acontecendo, porém é necessário empenhar-se para que as alterações ocorram com o objetivo único de atender com qualidade o paciente que está na dependência destes profissionais.

A representação dos profissionais enfermeiros demonstra a exclusão e convivência da enfermagem em tomada de decisões que envolvem os pacientes sem expectativa de cura. Desta forma, ao longo da discussão foi exposto, de forma elucidativa, o que acarreta esta representação, pois se está representado desta forma, não quer dizer exatamente que seja pela maneira como se pensa, mas sim como isso acontece, ou seja, como é manifestado nesta vivência profissional.

Categoria 3 – Não é investível

O assunto vida e morte despertam nos indivíduos uma imprecisão, pois não se sabe quando realmente a vida termina, ou melhor, qual é o limite que deve ser estabelecido ou quando poderá ser propiciada uma morte tranqüila, ou no tempo certo, sem abreviação e nem mesmo o prolongamento da vida e do sofrimento humano. O ambiente hospitalar, especificamente a UTI, suscita esta dúvida, pois o que se sabe, de acordo com Thomas e Carvalho (1999), é que, a partir de meados deste século, convencionou-se que o lugar para morrer é o hospital e mais precisamente a UTI.

Em oposição a isso, embora convencionado como lugar destinado a morrer, a UTI foi instituída, a fim de curar pacientes com chances de recuperação, como corrobora Sá (2005) quando considera a UTI, em muitos casos, o passaporte para a vida. No entanto, sabe-se que na atualidade, nas UTIs habitam pacientes, por vezes sem qualquer chance de cura, frente às perspectivas de diagnóstico da doença.

Partindo dessas considerações, o que foi percebido a partir dos relatos dos profissionais enfermeiros, é a existência dos pacientes que permanecem por muito tempo na UTI, muitas vezes sem qualquer chance de recuperação ou saída deste ambiente, pois podem

tornar-se dependentes das máquinas necessárias para a manutenção da vida. Une-se a isso a limitação do número de leitos disponíveis na UTI.

[...] a morosidade de um leito de UTI, às vezes os pacientes estão num quadro grave e ficam bastante tempo internado e não tem uma rotatividade de leito, que as vezes os que tem indicação de UTI acabam ficando no pronto socorro, indo para as unidades, ou até indo a óbito, em função da baixa rotatividade de leitos numa UTI, em função da quantidade de pacientes que são crônicos que a gente tem. (ENF 1)

Sabe-se que nas UTIs encontram-se doentes em estados críticos, que só estão vivos por estarem ali. No entanto, vivos, mas cercados de aparelhos eletrônicos, todos complexos e quadros clínicos que inspiram cuidados diários, sendo que um dia os rins não funcionam bem, em outros, o doente é acometido por inevitáveis infecções decorrentes mesmo da fragilidade do corpo, e assim por diante (SÁ, 2005). Deste modo, os pacientes podem permanecer dias e dias dentro da UTI, sem qualquer perspectiva de recuperação, além de serem limitados do convívio com as pessoas importantes que fazem parte de sua vida.

Pode-se perceber também, de acordo com o que foi relatado, que muitos pacientes não deveriam estar internados na UTI, não por serem pacientes que não necessitam de cuidado, mas sim por serem pacientes com necessidades diferentes das propostas no ambiente de terapia intensiva. Com relação a isso, pode-se a partir dos relatos, perceber esta problemática:

[...] tu se frustra, porque aquele paciente está ali, e a lista está grande, e a lista para os pacientes com chances de investimento entrar na UTI está grande [...]. (ENF 2)

[...] internam muitos pacientes terminais, pacientes com CA, paciente que acabam vindo por causa da medicação, por um fato ou por outro [...]. (ENF 4)

Nesse sentido, considerando as particularidades da UTI, é possível que em algum momento ocorram admissões de pacientes que não possuem chances de cura ou de melhora. Nesta perspectiva, instalam-se pacientes crônicos e muitas vezes que se tornam terminais dentro da UTI.

[...] o paciente vem para a UTI quando ele tem uma chance de melhora, mas muitas vezes ele torna terminal aqui, então o paciente que vem para cá é aquele paciente que com intervenção e com cuidado intensivo ele tem chance de melhora, mas, às vezes, ou nem sempre isso acontece (ENF 5).

Frente a isto, é difícil determinar claramente quem é o paciente considerado terminal, já que muitas vezes estes pacientes tornam-se terminais, após vários investimentos, dentro da

própria UTI. Como decorrência disso, Thomas e Carvalho (1999) expõem a dificuldade encontrada, ao se tratar dos assuntos que envolvam a determinação de paciente terminal, bem como os aspectos que envolvem os limites impostos aos pacientes que não possuem chance de recuperação:

Situações difíceis e conflitantes nas ciências biomédicas multiplicam-se diante do desenvolvimento das ciências e das técnicas a elas relacionadas. Esses avanços abrangem somente a potencialidade da cura, atingem também casos nos quais as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, apenas prolongam o processo lento de morrer. Com o auxílio da técnica é possível manter em estado vegetativo persistente uma pessoa ligada a um respirador ou a um marcapasso em condições extraordinárias, quando já não existem prognósticos de recuperação. Nessas situações, tomar decisões apropriadas é muito difícil. Diante dessas possibilidades, definir um diagnóstico terminal é uma questão delicada, por isso cada caso deve ser estudado como singular, sem perder de vista a dignidade da pessoa humana e o fim último de sua existência (p. 53).

Em face disso, embora sejam inúmeras as menções com relação à determinação de paciente terminal, bem como as diversas facetas utilizadas para o diagnóstico deste paciente, deve-se levar em conta que é difícil gessar os conceitos e direcionar sua atuação diante do que a bibliografia traz. É certo que cada situação é única e desta forma, deve-se sempre ser considerada como tal, pois caso for generalizada, diversas situações que poderiam ser resolvidas, podem ser tratadas como inviáveis.

É necessária muita cautela na assistência prestada aos pacientes com provável diagnóstico de terminal, e sem dúvida é um processo lento que deve ser preparado gradativamente, junto da equipe multiprofissional, e prioritariamente do paciente e dos familiares. Por conseguinte, França (2000) considera qualquer que seja o entendimento da equipe em relação a um paciente terminal, é correto que toda conduta seja discutida com a família e, quando possível, com o próprio doente, levando em conta o que é melhor para assistí-lo e para confortá-lo.

Frente a esses apontamentos, é indispensável salientar, como os profissionais enfermeiros, consideram e determinam o paciente terminal no seu ambiente de trabalho:

É um paciente que apesar dos investimentos que serão dados, ele vai morrer num curto espaço de tempo, como por exemplo: os pacientes oncológicos que às vezes fazem alguma cirurgia e vem recuperar aqui na UTI. Ele é um paciente terminal, e tu sabe que a outra clínica, que é a onco não tem mais investimentos para ele, já foi feito os investimentos, a quimioterapia e radioterapia e não deu resposta, mas para alívio de algum sofrimento ele fez a cirurgia para retirada do pedaço do tumor, que estava comprimindo algum órgão e ele vai recuperar na UTI e dali ele pode nunca mais sair [...].(ENF 2)

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

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

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

De fato, as concepções dos profissionais enfermeiros, sobre a conceituação de paciente terminal assemelham-se às encontradas nas bibliografias. Para Torreão (2003) o paciente terminal encontra-se em processo de morte inevitável, portanto, não há meios disponíveis para salvá-lo. Porém, é uma definição difícil de ser empregada, já que sua determinação é envolta por muitas dúvidas. França (2000) considera que não é tarefa fácil definir paciente terminal, inclusive a expressão terminal, é complexa e arriscada, porque um paciente portador de uma enfermidade de evolução fatal e grave pode, em determinados instantes, voltar às suas atividades, graças ao avanço vertiginoso das terapêuticas hoje empregadas. Pode-se dizer que seu conceito, portanto, é impreciso, até porque a própria vida já é por si mesmo terminal. Nesse contexto, surgem algumas falas, que demonstram as incertezas frente à determinação de fato, do paciente terminal:

[...] eu dificilmente classifico um paciente como terminal, por mais que eles tenham uma doença com prognóstico ruim, às vezes eles reverterem o quadro. (ENF 1)

Nós tínhamos uma paciente com fibrose pulmonar e aí, ela fazia umas paradas recorrentes, eu me lembro que numa das paradas a gente reanimou e o médico plantonista disse: “se ela parar de novo a gente não reanima”. Graças a Deus ela nunca mais parou e até hoje ela vem trazer lembrança de Natal e de Ano Novo. Então, era uma paciente dada como terminal, mas era uma paciente bem querida, que a gente teve uma afinidade, que ela internou conversando e foi evoluindo [...] que foi no fundo do poço e voltou. Então é bem difícil. Às vezes são pessoas assim, que tu diz nossa isto aqui não dá. Eu já cansei desses politrauma, essas eviscerações, às vezes a gente diz não, isso não tem mais, mas a gente continua fazendo o nosso trabalho acreditando que sim, mas imaginando que não. (ENF 4)

[...] a princípio até a última instância nenhum paciente é terminal [...] para um plantonista da manhã o paciente é terminal e para outro da tarde não é terminal, geralmente não tem esse consenso. (ENF 5)

Na verdade, na teoria é possível um conceito que defina o paciente terminal, já na prática fica difícil a sua implementação. A valorização e a manutenção da vida no ambiente hospitalar sobrepõem-se a morte. Embora reconheçam a existência da iminência da morte nos pacientes terminais, espera-se que este possa reverter o quadro clínico e recuperar-se. Na verdade o que se espera é a recuperação plena. Desta forma, parece que a vontade dos profissionais está além dos limites do corpo do enfermo. Como decorrência disso, fica difícil denominar quem vive e quem morre, até mesmo porque é arbitrário, ou melhor, determinar o que é terminal ou não.

A identificação do paciente terminal, sem esperança de vida ou com morte inevitável, não é simples e nem envolve um raciocínio lógico. Em geral, ela é permeada por uma avaliação crítica, neutra e isenta de preconceitos, onde se consideram a condição prévia do paciente, a gravidade da apresentação clínica, o grau de comprometimento de órgãos e sistemas, a capacidade de resposta às opções terapêuticas indicadas e disponíveis, potenciais indicadores diagnósticos, entre outros (PIVA; CARVALHO, 1993). Considerando como uma determinação neutra, crítica e isenta de preconceitos, como justificar os posicionamentos supracitados que por ora determinam um conceito prático de paciente terminal, e por outro lado, desconsideram o paciente como terminal.

De fato, a determinação de paciente terminal demanda temas duvidosos que causam estranheza e desconforto quando da necessidade da sua presença no ambiente de UTI. É possível afirmar que as dificuldades encontradas, decorrem de suas relações com decisões que implicam limitações de suporte de vida. Como decorrência disso, Piva e Carvalho (1993) trazem que a terminologia sobre as condutas empregadas ou negadas ao paciente terminal é ampla e polêmica, incluindo mais comumente: a não-adoção e/ou retirada de medidas de suporte de vida, ordem de não reanimar, interrupção de tratamento fútil, suspensão de cuidados ordinários e/ou extraordinários, distanásia e eutanásia.

Em consequência disso, é legítimo referenciar a preocupação com a questão da determinação de paciente terminal, e da decisão por atos que são no momento considerados adequados, mas que se fossem tomados poderiam ter alterado o resultado. Segue na frase as dúvidas que imperam nas decisões que implicam e envolvem a morte do paciente:

[...] um jovem [...] teve um ferimento por arma de fogo na cabeça e saía massa encefálica, escorria. E o menino quando foi dar alta ele veio nos dar tchau. Nós nunca acreditávamos que um dia ele fosse recuperar ou então a gente ia dizer: “vai ficar uma alface, um repolho, uma coisa em cima da cama”. E não, então a gente se surpreende, então às vezes a vivência nos deixa mais cautelosos. (ENF 1)

A esse respeito, fica claro que embora os profissionais tenham certo conhecimento da determinação de paciente terminal, são muito explícitas as dificuldades de como reagir diante de uma situação real. A ausência de uma unanimidade faz com que a morte, embora presente a todo instante, seja escondida, fazendo com que os pacientes não investíveis sejam desconsiderados como alguém com necessidades e ansiedades frente à situação imposta. Pode-se dizer, claramente, que estas situações são permeadas por diferentes orientações e sincronia nas decisões e condutas.

[...] é o médico que determina, ele nos informa, o problema é que alguns, eles tem muita divergências, alguns acham que não é para intervir, outros acham que é para intervir, então fica aquela coisa, assim [...]. (ENF 5)

Em síntese, a determinação de paciente terminal necessita ser amplamente discutida em âmbito multiprofissional, pois desta maneira poderá ser proporcionado aos pacientes na iminência da morte, um final com dignidade e com respeito a sua autonomia, bem como dos seus familiares, considerando-se como traz Torreão (2003) que o paciente terminal encontra-se em processo de morte inevitável, portanto, não há meios disponíveis para salvá-lo.

Paciente terminal não é investível, ou seja, não tem chances de recuperação, no entanto, conforme as entrevistas realizadas com os profissionais enfermeiros e enfatizado que, embora reconheçam os conceitos, a sua aplicação é pouco difundida em virtude, provavelmente, das incertezas que norteiam esta temática. Um fator determinante está embasado nas incertezas da equipe médica de como atuar diante do paciente.

Assim, aprofundar a questão do trabalho interdisciplinar e a necessidade de a equipe juntamente com a família assumir essa decisão ajudaria por um lado em ser uma tomada de decisão mais fundamentada em preceitos éticos, legais, e por outro a responsabilidade não recairia somente numa pessoa.

Categoria 4 – Participação dos familiares

A UTI por ser um local de características peculiares, ou seja, reservada para manutenção da vida a qualquer custo, pode ocorrer dos pacientes terminais necessitarem de uma atenção diferenciada; como por exemplo, os aspectos que envolvam a iminência da

morte o qual incluem a limitação dos suportes de vida. Diante deste processo, a consideração à família deste paciente, também acaba por necessitar da atenção dos profissionais da saúde.

Neste contexto, Soares, Terzi e Piva (2007) trazem que o cuidado dos familiares é uma das partes mais importantes do cuidado global dos pacientes internados nas UTIs, considerando que diante de um paciente terminal onde as perspectivas de recuperação são muito improváveis, esta face do cuidado assume uma importância ainda maior, pois na maioria das vezes o paciente não estará desperto e será preciso lidar e cuidar dos seus familiares. Por considerar que muitos dos sentimentos podem ser direcionados à equipe de saúde, tais como raiva e rancor, daí a importância de a equipe estar preparada para entender as reações familiares. Dessa forma, a comunicação aberta, também entre familiares, e o ambiente de cuidado e as relações de cuidado na instituição favorecerão para que a família (e paciente) se sinta mais segura e confiante (WALDOW, 2004).

Diante desta situação, o processo de comunicação é um artifício indispensável, pois este ambiente possui a característica de amparar os pacientes considerados graves, ou seja, aqueles que poderão, mesmo após a utilização da tecnologia possível, salvar-se ou ao contrário apenas esperar a morte, a custo de muito sofrimento. Silva (2003) atenta que o profissional da área da saúde, tem como base do seu trabalho as relações humanas, sejam elas com o paciente, familiar ou com a equipe multidisciplinar. A escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientemente ou não. Em consequência disso, é indispensável um processo comunicativo contínuo, pois presume-se que desta forma pode-se ter uma coesão na assistência, onde o paciente, os familiares e os profissionais atuam conjuntamente e com objetivos únicos diante de determinada situação.

Em consequência disso, é possível afirmar conforme Silva (2001) para que a família cumpra seu papel de dar suporte à situação vivenciada pelo paciente, ela também precisa de suporte nas suas necessidades físicas e emocionais. Quanto mais o clima for de conforto e confiança, mais a experiência pode ser positiva, não esquecendo os gestos de atenção e cuidado.

Considerando que a comunicação é primordial nas relações dentro da UTI, principalmente deixando ciente o paciente e os familiares das reais condições, é importante destacar alguns pontos evidenciados nas entrevistas dos profissionais enfermeiros. Assim, a comunicação do profissional enfermeiro com o familiar durante a visitação na UTI uma forma de elo percebido de duas formas: a atenção dispensada e a indispensável.

[...] eu penso o seguinte que é pouco tempo que eles tem para ficar com o paciente, é meia hora em cada turno, então tu não vai ir lá conversar, muitas vezes eles estão querendo conversar com o paciente mesmo o paciente sedado, agora se eles vêm e me procuram e vêm para conversar comigo eu converso, a gente dá uma força, mas de eu chegar ele estar a beira do leito eu não vou, só se eu vejo que ele está olhando e querendo chamar, daí tudo bem, se não eu não vou. (ENF 3)

Nesse sentido vem contribuir Soares (2007, p.483) quando relata que “o tempo despendido em um número excessivo de procedimentos e tarefas que um paciente grave demanda, compete muitas vezes por limitar o tempo dispensado à sua família”. Entretanto, a equipe da UTI deve se organizar para diminuir este desequilíbrio no processo de cuidado de pacientes e familiares.

Embora a comunicação seja uma parte indispensável do cuidado, principalmente aos familiares de pacientes inconscientes, por outro lado, é essencial privilegiar o contato da família com o paciente considerando-o como momento único. A comunicação, apesar de importantíssima, ela parece não muito presente, seja por um ato involuntário e inconsciente ou decidido de forma consciente, considerando, às vezes, o receio dos profissionais de comunicarem algo aos familiares que não seja o que eles estejam esperando.

Assim, Klafke (1991) afirma que os hospitais são lugares onde à família é apenas permitido um acesso parcial, controlado. As visitas são rigorosamente controladas, rápidas e escassas, e parece que os familiares são pessoas indesejáveis para a saúde do paciente, sendo, muitas vezes, encarados como os que não deixam a equipe hospitalar realizar adequadamente seu trabalho. Em se tratando de pacientes terminais, cujas chances de sobrevivência são poucas, essa experiência de afastamento pode ser traumatizante para pacientes e familiares.

Nesse sentido, embora reconheça a importância de manter a privacidade do paciente com o familiar, é indispensável a presença do profissional, pois, supostamente, os familiares podem sentir-se desamparados e excluídos. Assim, como contraponto, encontraram-se relatos da vivência dos profissionais de manterem a família bem informada e demonstram-se atentos aos possíveis anseios que acometem as famílias dos pacientes que estão internados na UTI, considerando-os como elemento prioritário na atenção dispensada.

Nas falas a seguir, segue exemplificada a dinâmica adotada pelos profissionais com os familiares, na tentativa de despertar uma maior segurança de ambos:

[...] eu sempre procuro pensar muito na família e trazer para junto do paciente, principalmente no horário de visita eu procuro ficar e faço questão. (ENF 4)

[...] eu procuro conversar, quando o familiar chega fica com um pouco de receio, não quer tocar, não quer chegar perto, daí eu pego e vou ali, e digo: “olha você pode falar com ele, ele está te ouvindo, ele pode não expressar ou não falar, mas ele está ouvindo você”. Então, eu sempre procuro amenizar um pouco aquilo que eles estão vendo [...]. (ENF 5)

A família, às vezes, muito mais que o paciente, necessita do amparo dos profissionais que ali excetuam suas atividades. Em face disso, atender às necessidades dos familiares é uma das responsabilidades da equipe da UTI. A avaliação cuidadosa destas necessidades fornece subsídios importantes para a melhoria da compreensão, da satisfação e da capacidade para participar nas decisões relacionadas ao cuidado de alguém que, na maioria das vezes, não poderá decidir por si próprio (SOARES, 2007).

Partindo deste pressuposto, a atuação da família nas decisões acerca de condutas de tratamento do paciente, é essencial, considerando sua responsabilidade sobre este. Assim, para Sá (2005) o respeito ao paciente e à sua família é imprescindível, pois há situações em que, devido à evolução da doença, não há razão para causar mais desconforto ao paciente, o que implica o conhecimento dos familiares acerca do problema como elemento fundamental.

Neste contexto surge um impasse, provavelmente, gerado pela condução inadequada dos profissionais que assistem o paciente e a sua família, que acaba por dificultar as decisões que envolvem o fim da vida, e que repercutem diretamente na atenção prestada. Com relação às decisões de condutas de investimentos e limitações de suporte de vida, segue exemplificado nas exposições a seguir trechos que relatam esta dificuldade de relação com os familiares:

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

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

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

Na maioria das vezes, quem tem que decidir são os familiares, contudo comumente as decisões continuam sendo isoladas, ou seja, cada médico decide frente à determinada situação. No entanto, existe o risco da iminência da morte, em que os familiares optam por manter os equipamentos ligados, mesmo sabendo que o paciente não tem chance de vida e cura. Contudo, surge a dúvida: como assegurar que o paciente não terá volta, já que existem os milagres? De fato, é necessária muita compreensão por parte dos familiares e um ótimo relacionamento de confiança com a equipe multiprofissional, para que os mesmos possam tomar a decisão adequada livre de qualquer tipo de arrependimento e imposição de culpa (KUBLER-ROSS, 1979). Assim, a iminência da morte pode fazer com que cada um aja de maneira distinta, com o intuito de conservar a vida, embora se reconheça a presença inevitável da morte.

Nesse sentido, é importante procurar manter o paciente, se possível, e a família informada sobre as reais condições de reversibilidade da doença, considerando que somente com a interação da equipe multiprofissional, paciente e familiar será possível estabelecer uma ação diante da situação do paciente, isentando-se de qualquer tipo de ressentimento ou mágoa de ter sido realizada ou não alguma ação.

Convém salientar que além da deficiente interação da equipe com os familiares, existe outro fato que pode contribuir nas dúvidas relacionadas às decisões das famílias, com relação ao tratamento do seu familiar. Por saber que a sociedade não tolera a morte, a expectativa de cura de qualquer doença é sempre possível, ainda mais quando, a todo o momento, fatos relacionados ao avanço da ciência são trazidos à tona na mídia. Assim, no relato a seguir, pode-se ilustrar esse entrave:

[...] a mídia não ajuda muito, porque tem casos que acontecem e que disseram que estava morto e que hoje está tão bem, então às vezes eles se apegam a isso “mas no fulano aconteceu, e porque não pode acontecer com o meu”, então isso interfere muito. (ENF 1)

Com certeza, a morte em si é difícil de ser trabalhada, principalmente quando os envolvidos não estão cientes da sua iminência. A partir desta constatação, conforme as linhas de pensamento de Kübler-Ross, traz que:

[...] o que acontece com o paciente que apresenta uma “síndrome pseudoterminal”, isto é, que foi desenganado pelos médicos, mas apresentou uma melhora sensível após um tratamento adequado. De um modo ou de outro estes pacientes foram “dados como perdidos”. Pode ser que tenham dito “que nada mais resta a fazer por eles” ou pode ser que tenham sido mandados de volta para casa, numa antecipação

não expressa de sua morte iminente. Quando são tratados com todos os meios disponíveis, serão capazes de achar que sua recuperação foi “um milagre”, “uma nova chance na vida”, ou “um tempo extra que não pedi”, dependendo da forma de atuação e comunicação anteriores (2005, p. 145).

Assim, partindo da premissa de que a família é indispensável no processo decisório de tratamento do paciente terminal, aparece o seguinte relato:

[...] a família participa da ação, da decisão [...] e o que eu vivenciei até hoje a família sempre participa das decisões, em todas as visitas eles informam quais as intenções [...] o que a gente costuma ouvir deles: “esse não tem mais o que fazer”, às vezes nem está tão mal. (ENF 5)

Não há dúvidas que o assunto é contraditório. Reconhece-se a importância da família na atenção dispensada ao paciente, inclusive auxiliando nos processos decisórios de tratamento, no entanto, é percebido que não existe um protocolo previamente estipulado, ou seja, as ações são decididas momentaneamente.

Para Pithan (2004), a exigência de participação da família no processo decisório da intervenção terapêutica em final de vida não visa apenas proteger os pacientes, mas os próprios médicos de eventuais acusações por arbitrariedade. Confrontando, Pitta (1999) considera que é quase consenso que médicos e enfermeiros adiem o mais breve possível o momento de avisar a família, e mais ainda, de avisar o doente de sua morte próxima. O temor é de que sentimentos e reações descontroladas os façam perder o controle de si e da situação. Na fala a seguir, demonstra-se como os profissionais pensam quanto a possível reação do familiar para ajudar nas decisões quanto ao tratamento ou limitação:

[...] não iriam concordar, eu imagino que isso é complicado, porque a família não iria entender, porque depende muito do grau de espiritualidade [...] depende muito da crença da pessoa, mas eu acho que jamais. (ENF 3)

A esse respeito, embora reconheça-se a significância da participação da família, é visto que existem algumas contradições diante das condutas frente do paciente e familiar. Junte-se a isso, o fato de que com relação aos investimentos de tratamento nos pacientes em UTI, especificamente a não RCR, os entrevistados enfatizam muito a família como ator indispensável e responsável juntamente com o médico pela decisão, já que, por diversos momentos, fora exposto a preocupação com o sentimento da família diante da perda do ente querido. Neste caso, o entrevistado expõe seu ponto de vista partindo de suas experiências pessoais:

Eu não sei se o familiar fica sabendo disso, mas deveria saber, [...] é bem complicado isso. (ENF 2)

[...] eu acho que realmente teria que ter um parecer da família [...] às vezes eu penso assim que se fosse eu que estivesse com a minha mãe ou um familiar meu [...] eu acho que só quando a pessoa sofre na pele para saber com o familiar teu. (ENF 3)

A participação da família é primordial na assistência ao paciente em fase terminal internado em UTI, mas de fato percebe-se um grande receio dos profissionais diante da possibilidade de consultar os familiares, pois se atribui o significado de que os familiares não possuem as condições necessárias para auxiliar nas decisões terapêuticas ou paliativas. Ainda, como o processo não é rotineiro, as condutas parecem estar na dependência do perfil da família.

[...] depende do paciente e da família! O residente no caso irá dizer: “olha nós tentamos tudo até agora e não vamos tentar mais” mas daí depende da família e não é para todas as famílias que se fala [...].(ENF 2)

Tem muito daquela coisa de criar uma coisa para fugir do problema, então eles sabem, que não dá mais, mas continuam dizendo que dá, que está se mexendo, eles vêem tudo, então é muito difícil. E é muito difícil eles aceitarem a morte. (ENF 4)

Interessante considerar o fato de lidarmos, no Brasil, predominantemente com famílias de baixa renda, parcialmente analfabetas, com baixo nível cultural, não se justificando uma atitude paternalista e uma filosofia de segredo que permeia muitas das nossas UTIs. Frente a isto, não há mais lugar à exclusão das famílias das decisões nas UTIs(GARROS, 2003).

Sem dúvida, a família no contexto de ator indispensável na assistência à totalidade do doente, pressupõe tanto novas modalidades de relação entre os diversos membros da equipe, como uma nova relação profissional de saúde/paciente. Inclusive, considerando que poucas são as UTIs que dispõem de boxes individualizados, locais reservados para a comunicação com familiares e políticas de flexibilização do acesso ou mesmo de acesso livre aos familiares de pacientes, especialmente em situação de terminalidade (SOARES, 2007). Como decorrência, é destacável a consideração a seguir, que compartilha de uma visão diferenciada, no entanto salutar, na atenção à família do paciente.

[...] o conversar com a família, o conhecer antes a família ter esse contato, porque isso é interessante nem sempre têm-se a oportunidade de estar conversando com eles, e geralmente depois que o médico atesta, então, para ver o que esta pessoa significa no meio familiar, [...] então para esta pessoa que vem ver o paciente é importante, e a gente tem que dar o suporte para esta pessoa [...].(ENF 5)

A partir desta constatação, é imprescindível considerar o paciente na sua totalidade, não somente seu corpo e mente, mas sua família, ou seja, a sua vida. Assim, o ajudar o paciente e sua família a entrarem em sintonia com suas necessidades recíprocas e chegarem juntos a uma aceitação de uma realidade inexorável, evitaria muita agonia e sofrimentos desnecessários por parte do doente, e mais ainda por parte da família (KÜBLER-ROSS, 2005).

Frente a isto, se a família do paciente terminal não for devidamente considerando, não poderá ser ajudada com eficácia. No período da doença, os familiares desempenham papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente (KÜBLER-ROSS 2005). Nesta perspectiva, o relato a seguir ajuda na reflexão:

[...] tem famílias que eles dizem: “olha esse familiar não é meu, ele não é assim desse jeito”, eles ficam muito desfigurados por causa do edema, então a família não reconhece que aquele corpo sendo como do seu familiar, e muitas vezes a família já desistiu muitas vezes antes da gente. Às vezes várias famílias já desejam a desistência, então para essa família é mais fácil de se abrir e tem famílias que estão achando que a pessoa está vendo já que a pessoa não reage mais a nada e está com sepe grave não reage mais e a família está acreditando que vai sair e tu está vendo que não vai sair. (ENF 2)

Como em qualquer outro lugar, decisões sobre a propriedade da instituição ou da suspensão dos cuidados intensivos sempre ocorreram no Brasil. Entretanto, alguns médicos em nosso meio têm receios relacionados à ordem legal na limitação de cuidados vitais em pacientes com doenças terminais. Este receio legal (mesmo que discutível), inibe uma maior participação da família neste processo decisório, impedindo assim maior discussão e divulgação de informações a respeito destas práticas (SOARES; TERZI; PIVA, 2007).

Não raro, em virtude das incertezas e inseguranças dos familiares, é solicitado aos profissionais que não prolonguem o sofrimento do paciente, no entanto, este pedido suscita algumas considerações que devem ser consideradas com muita cautela no momento de decisão de qualquer procedimento.

[...] alguns familiares pedem para não fazer sofrer, mas tem que se ter muito cuidado nisso, porque às vezes eles pedem no desespero e depois se arrependem, e às vezes eles pedem intencionalmente, mas isso a gente não faz, a gente não desliga porque não é rotina nossa [...].(ENF 4)

A esse respeito, Kübler-Ross (2005) traz que em nenhum momento deve-se desistir do paciente, esteja ou não em fase terminal. Quem está fora do alcance da ajuda médica merece maiores cuidados do que aqueles que ainda podem esperar. Desistir de um paciente pode fazer

com que ele se entregue; nesse caso, qualquer ajuda médica posterior poderia chegar tarde demais, não encontrando o paciente em condições ou com o espírito pronto para “tentar mais uma vez”. Muito mais importante é dizer: “Ao que me consta, fiz todo o possível para ajudá-lo, mas vou continuar tratando dele o melhor que puder.” Este paciente guardará um fio de esperança, e continuará vendo em seu médico um amigo que ficará a seu lado até o fim. Não se sentirá abandonado nem desprezado, quando o médico o considerar fora de qualquer possibilidade de cura, pois segundo Kipper (1999) considerando que nenhuma decisão de retirada de suporte vital, não-oferta de suporte vital ou ordem de não-RCR podem ser colocadas em prática sem a concordância do paciente ou de seu representante.

Frente aos diferentes e contraditórios posicionamentos apresentados, se percebe que existe um pensamento de conduta pautado na teoria e que, conforme os depoimentos, não é posto em prática. Atribui-se a justificativa de que muitas dúvidas permeiam a prática de assistências dos pacientes terminais. Abordar a família para auxiliar nos processos decisórios é algo que pode ser realizado, porém irá depender de como esta família supostamente irá reagir. Caso seja difícil de abordar, ela possivelmente não será consultada.

Finalmente, o que parece muito claro é que não existe uma ação determinada e sincrônica de abordagem do familiar. A enfermagem, com suas competências específicas, não pode assumir o dever de outros profissionais. A esse respeito, o que pode ser considerado é uma linguagem própria e harmônica, e que não suscitem dúvidas frente aos diferentes questionamentos que o ambiente hospitalar estimula para quem assiste um familiar em condições, muitas vezes, desoladora.

Categoria 5 - Morrer com dignidade

O morrer com dignidade é um direito indispensável a todas as pessoas, sendo necessário propiciá-lo, pois segundo Boff (2000, p. 170), já a muito tempo, “Madre Tereza de Calcutá recolhia os moribundos da rua e os levava para que pudessem morrer com dignidade”, mostrando que o cuidado aos mais necessitados deve ser visto com respeito e dignidade.

A menção sobre a dignidade humana é alicerçada sobre um princípio básico; o da autonomia, isto é, o direito de escolha. No entanto, a UTI por acolher pacientes crônicos e que muitas vezes permanecem sedados e com dificuldade de comunicação, podem não exercer o seu direito de escolher o tipo de tratamento, ou seja, de participar ativamente na escolha da

condução de sua vida. A esse respeito, destaca-se a importância de ter o assunto terminalidade presente no cotidiano dos indivíduos, para que aos poucos possam ser preparados a enfrentar a morte certa.

Assim, a fim de complementar, Borges (2001) colabora no sentido de trazer à tona que a concepção de dignidade da pessoa humana liga-se à possibilidade de a pessoa conduzir sua vida e realizar sua personalidade conforme sua própria consciência, desde que não sejam afetados direitos de terceiros. Esse poder de autonomia também alcança os momentos finais da vida da pessoa. Frente a isso, reforça-se o destaque dado ao direito do paciente escolher as ações destinadas a sua vida, ou melhor, o paciente tem direito de escolher o que considera o melhor para si.

Em face disso, a consideração da dignidade do ser humano, fica por diversos momentos, atrelado ao seu representante legal, obviamente quando consultado, que necessita ajudar a equipe multiprofissional a decidir sobre a melhor conduta no tratamento ou palição, e nesta situação o paciente fica inerte, ou seja, dependente da decisão de um responsável com, quem muitas vezes não possui laços fortes de afinidade. Ou, ainda, os profissionais que ali o assistem não possuem o conhecimento adequado para tratar, além da doença da alma.

A menção sobre o morrer com dignidade foi acompanhado de dúvidas e angústias, pois por momentos, os profissionais consideravam-na como impossível no ambiente da UTI, e desta forma apresentavam certa dificuldade de enumerar os meios sobre o que é realmente propiciar a morte digna ao paciente, já que essa é uma especialidade que atende pacientes em sua vulnerabilidade máxima. Os relatos ficaram muito direcionados à condição física, em alguns momentos foi mencionada a presença da família.

Frente aos diferentes posicionamentos, as evidências apontam que os profissionais enfermeiros foram unânimes em considerar a dor como algo que deve ser combatido a todo o momento, referindo-se que os métodos analgésicos utilizados nos dias atuais atuam como alternativa plausível quando se considera o morrer com dignidade associada à redução do sofrimento. Em algumas declarações ilustra-se essa referência:

[...] eu na minha visão acho, acho que é digno o momento que ele tá sedado, que aí a gente acredita que ele não; esteja sedado né, ou analgesiado, a gente acredita que ao menos dor ele não tenha [...] a gente se detém bastante nessa parte de humanização em UTI. (ENF 1)

[...] eu cuido do paciente como eu gostaria de ser cuidada, sabe, então eu procuro fazer o máximo que eu posso pelo paciente [...] mesmo que a morte seja iminente, eu acho que neste finalzinho alguma coisa tem que se fazer, não pode deixar a pessoa sofrer, eu no caso tenho aversão à dor e comigo ninguém pode sentir dor, e

para mim eu não quero que ninguém sinta dor, porque eu não gosto de sentir dor [...] (ENF 5)

Importante destacar que a dor referida pelos profissionais enfermeiros está relacionada à dor física e não a dor de encontrar-se distante dos amigos, familiares, ou por estar em um ambiente desconhecido e distante da sua realidade. Nesse sentido, Waldow (2004, p.164) expressa que a doença e, por conseguinte, a hospitalização resulta em uma “experiência ímpar e há várias situações que só quem as vivencia compreende. A experiência da dor é uma delas. A dor é única, indecifrável, intransferível e tremendamente solitária”.

A convivência com a dor física e emocional faz dos pacientes terminais, um simples objeto que deve estar neste ambiente a fim de atender um pedido indigno de um familiar, ou até por uma percepção do profissional que o assiste. É salutar destacar que se deve pensar no paciente como um todo considerando sua doença, bem como o seu bem-estar físico, psíquico e espiritual. Há de se considerar a dignidade como bem maior, com o intuito de respeitá-lo até o momento da morte, pois também faz parte da vida.

Atualmente, é inadmissível que um paciente sinta dor, considerando a infinidade de analgésicos disponíveis no mercado farmacêutico. No entanto, convém salientar que existem problemas relativos às conseqüências do uso de analgésicos, contudo, hoje é sentido com menor dramaticidade, pois, a ciência médica realizou notáveis progressos, estando à disposição terapias contra a dor que limitam e anulam essas conseqüências, particularmente a perda da consciência. De outro lado, deve-se evitar que, por meio de doses maciças de analgésicos, se pratique conscientemente, de maneira oculta, a verdadeira eutanásia (SGRECCIA, 1996).

Um dos objetivos centrados na assistência ao paciente na UTI e que repercute na morte com dignidade é a ausência de dor. Frente a isto, é possível afirmar conforme Pessini (1990, p. 32), que “a instituição hospitalar é uma empresa de eliminação da dor, de produção de conformidade orgânica e psicológica e de luta contra a morte”. Assim, como já relatado anteriormente, o objetivo dos profissionais na UTI está intimamente relacionado com o que foi exposto pelo autor supracitado.

Além da preocupação com a dor, também foi exposta a preocupação com a presença da família junto ao paciente. A dor física pode ser aliviada com potentes analgésicos disponíveis na indústria farmacêutica, mas a dor emocional necessita ser considerada como tão importante e tratada como fundamental na evolução do quadro assistencial ao paciente. Nesse sentido, a família ancora este sofrimento, por isso a sua importância no ambiente da

UTI e por ser mencionado como indispensável pelos profissionais enfermeiros que assistem os pacientes sem expectativa de cura.

A família como essencial na assistência foi descrito unanimemente pelos enfermeiros, desta forma segue alguns relatos que ilustram esta faceta:

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

Salienta-se ainda que o cuidado integral é fonte indispensável às necessidades impostas em uma UTI.

[...] eu acho que digna pelo menos seria em condições hospitalares adequadas, sendo bem tratado e cuidado, com mais respeito. Acho que por mais que o paciente esteja sedado eu acho, que a capacidade auditiva é a última coisa que se perde, então eles ouvem, o paciente então ouve. (ENF 3)

Sabe-se que o paciente terminal não vai curar-se, mas nem por isso deve-se deixar de atender as suas necessidades e desejos, ainda que, muitas vezes, o paciente não tenha força para solicitá-los. Assim, o cuidado do outro no ambiente hospitalar envolve uma ação interativa. Desta forma, o processo de cuidar é definido como o “desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico realizado para e com o cliente, cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana” (OLIVEIRA; BRÊTAS; YAMAGUTI, 2007, p. 387).

Partindo do pressuposto da manutenção da dignidade e assim de, propiciar uma morte digna ao paciente terminal, contando com o cuidado integral e a exclusão da dor, abre-se destaque ao não prolongamento do sofrimento humano, diante de uma doença que se tem o conhecimento da irreversibilidade da sua cura. Destaca-se neste contexto, algumas das menções utilizadas pelos profissionais enfermeiros quanto à utilização dos meios extraordinários:

[...] acho que manter o conforto e a higiene, acho que a respiração se mantém, eu acho que seria digno, agora não massagear, não sei lá expor a grandes procedimentos que fazem sofrer. É o que eu acho, reanimar, massagear eu acho que isto estaria excluído, isso é o no meu ver no meu entendimento. (ENF 4)

[...] eu acho violenta, essa de coisa de tira e coloca (medicamentos, hemodiálise, ressuscitação), sabe-se que não tem mais nada o que fazer é violento, é o tipo da questão foi até lá e puxaram de volta, foi e puxaram de volta, e daí o coitado. (ENF 5)

A partir dos relatos apresentados, percebe-se que os profissionais enfermeiros não estão de acordo com a prática de tratar o paciente sem expectativas de cura como um objeto. O objetivo da enfermagem que propõe o cuidado como meta principal, parece vivenciar, juntamente com o paciente, a angústia e o sofrimento. De fato, a realização de manobras que mantenham, a qualquer custo, a vida, segundo os enfermeiros, não é considerado digno, pois como expressa um dos profissionais “puxaram de volta”, ou seja, parece que a pessoa é simplesmente um objeto e não um ser humano.

Em face do que foi exposto, conforme as idéias de Pessini (1994), o mesmo colabora no sentido de que a utilização dos meios extraordinários são os remédios, tratamentos e operações obtidos com gastos excessivos, dor ou outro inconveniente, ou, quando não ofereçam esperança razoável de benefício. Assim, é possível afirmar que a morte digna só poderá ser mantida quando forem respeitados os limites de aceitabilidade do organismo do paciente, bem como a sua vontade e/ou dos seus familiares. Percebe-se, conforme a idéia passada nos relatos, que na prática parece ser difícil identificar os parâmetros que fazem dos tratamentos, de fato, os meios extraordinários.

Como decorrência do que foi exposto, é adequado destacar e salientar que uma das maneiras de garantir a morte digna é, para Amaral (2006), o respeito ao enfermo, não o mantendo artificialmente conectado ao aparelho, com respiração artificial, entubado com a manutenção artificial de dados vitais, sem qualquer possibilidade de restabelecimento da saúde. A morte digna é a não agressão à dignidade do ser humano, do seu direito, da sua autonomia, da sua participação na tomada de decisão, sempre que possível. Esta poderá ocorrer em ambiente hospitalar ou residencial, sempre na presença dos entes queridos, familiares e pessoas do convívio, amparadas pela equipe médica assistencial, qualificada em cuidado paliativo.

A relação da morte digna está intimamente ligada em não propor os considerados meios extraordinários nos tratamentos dos pacientes sem expectativa de cura. Isso se soma aos relatos dos profissionais enfermeiros quando não aprovam a utilização de recursos que não trarão benefícios reais aos pacientes. É comum o ser humano morrer nos hospitais em meio à parafernália tecnológica, que prolonga a todo custo a vida do paciente, mas muitas vezes paradoxalmente, tirando-lhe a dignidade, mesmo nas situações limite, quando já não há

qualquer expectativa de reversibilidade. O paciente assim é observado como objeto clínico. Ele não possui o direito de opinar, como se a vida já não lhe pertencesse (PALÚ; LABRONICI; ALBINI, 2004).

O morrer com dignidade é resumido e explícito de forma objetiva por um profissional enfermeiro. Esse ilustra na sua fala a preocupação sobre algo considerado tão importante na vida do paciente: a morte iminente, ou seja, o morrer com dignidade, da mesma forma em que se vivia dignamente. Importante ressaltar que a possibilidade de propiciar uma morte digna depende não só dos profissionais, como dos familiares e prioritariamente do paciente, a partir de uma educação para morte e morrer que deverá estar presente em todos os momentos da vida.

[...] o morrer com dignidade, é quando o paciente pode alcançar a morte! E entregar aquele corpo em condições para a família, que ele possa ter tido seus últimos momentos com a família e que também ele teve durante todo o tratamento, um tratamento adequado, pois de nada adiantaria ter ficado na UTI e não ter feito uma cirurgia que seria necessária [...] (ENF 2)

O morrer com dignidade é uma das premissas consideradas indispensáveis na contextualização da ortotanásia, pois conforme Pessini (2004, p. 203) “a filosofia dos cuidados paliativos, procura operacionalizar na prática esta visão da ortotanásia, ou seja, do morrer com dignidade e em paz cercado de amor, ternura, sem abreviação de vida ou prolongamento artificial dela”.

Em síntese, fazer com que o paciente terminal morra de forma digna é, conforme os profissionais enfermeiros, considerar o paciente como um todo, ou seja, atendê-lo de maneira integral. Desta maneira, a representação dos enfermeiros é de que a morte só poderá ser considerada digna com a ausência da dor, a não utilização dos meios extraordinários que prolongam o sofrimento e a presença da família.

A esse respeito, embora suas representações externem os significados a fim de propiciar a morte digna, seria conveniente uma rotina que atendesse o paciente sem expectativas de cura em suas maiores necessidades, o que deve ser esperado por quem tem que permanecer durante um longo tempo na UTI.

O assunto suscita indagações, por parte de quem assiste os pacientes, os profissionais, os familiares e a sociedade. Estar num ambiente hospitalar como paciente, ou como familiar, a partir de realidades vivenciadas, é muito debilitante e desperta um sentimento de impotência. Frente a isto, os profissionais são a âncora que procuram fazer da sua assistência o melhor para o paciente e familiar que estão à mercê de seus cuidados.

Categoria 6 – Ortotanásia oculta

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

A determinação conceitual não é explícita como ortotanásia, até mesmo por que os profissionais ora entrevistados, em sua maioria, não possuem um conhecimento conceitual de seu significado, ou seja, não faz parte do universo simbólico destes profissionais. No entanto, sabem que o termo é polêmico e suscita nuances diversas, pois está muito associado à questão da eutanásia que é motivo de discussão em diversos meios, seja ele entre advogados, cientistas sociais, médicos e outros.

A menção à ortotanásia diferentemente da eutanásia é sensível ao processo de humanização da morte e alívio das dores e não incorre em prolongamentos abusivos com a aplicação de meios desproporcionados que imporiam sofrimentos adicionais. Contudo, sua apropriação aparece de forma discreta e amedrontada. Alguns autores, inclusive, recusam-se a denominar a retirada de mecanismos de sustentação artificial da vida ou dos meios extraordinários de tratamento como ortotanásia ou eutanásia passiva. Preferem classificá-la simplesmente como "recusa de tratamento", haja vista a carga emocional e moral que o conceito de eutanásia carrega consigo (COSTA; DINIZ, 2004).

[...] paciente sem investimento, ah: “nós vamos praticar uma eutanásia passiva aqui neste paciente, durante a passagem de plantão, não nós estamos praticando uma eutanásia passiva ou naquele ali nós vamos fazer uma ativa e nós vamos tirar os vasopressores”, não a gente não utiliza porque talvez o termo fique pesado e implique várias coisas éticas, então acredito que seja por isso que a gente não goste de tocar termo, embora pratique tanto e não fale o termo. (ENF 2)

Termos mais amenos como “deixar a morte seguir seu curso” ou “reconhecer que não há mais o que fazer” são expressões equivalentes e que resumem, sob outro léxico moral, a prática da ortotanásia ou da retirada de tratamento. A recusa do tratamento é mais comum após tentativas sem sucesso de reversão do quadro clínico, acompanhadas de longas internações hospitalares.

Percebeu-se, a partir da realização das entrevistas, que a ortotanásia parece estar presente nesta UTI, mas sua aplicabilidade livre de qualquer discriminação é envolta por alguns aspectos que influenciam sua total adequação e implementação, ou ainda, um diálogo direcionado e aberto com a equipe de saúde, pacientes e familiares.

A ortotanásia, acredita-se que não seja um termo explícito em virtude dos receios quanto a punições legais¹⁷, bem como os rastros deixados na história que confundem e denigrem a sua real utilização no meio hospitalar. Corroborando, Costa e Diniz (2004) afirmam que o tema da eutanásia está repleto de sutilezas argumentativas, que procuram diferenciar, como o exercício de um direito fundamental, do extermínio praticado pela medicina nazista, em que idosos e deficientes foram arbitrariamente assassinados. Ou ainda, conforme os autores supracitados, o objetivo é de fazer da eutanásia, seja ela passiva ou ativa, o resultado de um processo livre e informado e, por isso, deve ser compreendida como um direito fundamental amparado nos princípios éticos da autonomia e da dignidade.

[...] a ortotanásia de desligar os aparelhos, ou não colocar o aparelho, [...] nunca vi essa questão em pauta, [...] as leis do nosso país não são muito claras e não amparam então fica uma situação um pouco difícil até onde você pode se envolver e não uma questão que seja legal ou não, [...] por exemplo o não massagear já uma maneira [...]. (ENF 4)

Pode-se dizer que os assuntos referentes aos limites impostos no fim da vida, no que se refere aos pacientes sem expectativas de cura, estão trilhando um caminho diferente. Contrapondo-se à postura tradicional de manter a vida a qualquer custo, está a defesa, não apenas da vida biológica, mas da vida com alguma qualidade e dignidade. Frente a isto, pode-se dizer que os defensores da vida num sentido mais amplo encontram eco no universo jurídico, embora não representem posição dominante. A justificativa ética, da conduta que admite o limite da intervenção médica, tem sido importante apoio para a renovação e revisão da teoria jurídica conservadora (KIPPER; MARTIN; FABRO, 2000). Neste sentido, sabe-se que a ortotanásia procura no anteprojeto do código penal¹⁸ amparar uma conduta que o CFM, aprova sendo imune de qualquer tipo de omissão ou conduta inadequada frente ao paciente terminal, necessitando somente da manutenção de sua dignidade.

¹⁷ Em relação aos limites da vida humana, para o sistema legal brasileiro, pode-se afirmar que a posição mais conservadora, ainda acolhida por importante parte da doutrina jurídica nacional, é a de que todos os meios disponíveis devem ser usados para prolongar a vida humana, sob pena de incidir, aquele que não os utiliza, em ilícito penal (omissão de socorro, lesões corporais ou mesmo homicídio) (KIPPER, MARTIN E FABRO, 2000, p. 404).

¹⁸ O tema da ortotanásia no direito brasileiro, está no Anteprojeto de Reforma do Código Penal Brasileiro – que inclui a exclusão da ilicitude da eutanásia passiva (PITHAN, 2004, p.88).

Partindo deste pressuposto e antes mesmo de realizar a pesquisa, por meio das diversas leituras realizadas, foi possível perceber que inúmeras foram as menções em que os profissionais (especificamente enfermeiros e médicos) relacionavam ortotanásia ou eutanásia passiva com sentimentos de preocupação e insegurança, em virtude das incertezas que entornam esta proliferação vocabular, bem como os poucos debates no Brasil que contemplem esta temática como indispensável.

Há diversos estudos em UTIs, infantil ou adulta, mostrando que a eutanásia passiva, prática conhecida por “desligar os aparelhos” ou “deixar a morte seguir o seu curso” são procedimentos correntes. O que há, na verdade, é uma enorme resistência em enfrentar abertamente esse tema, pois ele, por um lado, representa a falibilidade da biomedicina e, por outro, mostra que há situações em que a melhor medida terapêutica é permitir que a morte ocorra livre de intervenções tecnológicas ou biomédicas. Intencionalmente ou não, e diferentemente de outras situações analisadas pela bioética no Brasil, o debate sobre a eutanásia ou o direito de morrer vem sendo travado, essencialmente, à beira do leito. (COSTA; DINIZ, 2004).

Partindo desta premissa, é possível relacionar o exposto, com o que foi encontrado, após a realização e análise das entrevistas. A esse respeito, é possível afirmar, conforme os dados concedidos pelos entrevistados, que os procedimentos e as decisões a serem implementadas, não são possivelmente fidedignamente registradas ou solicitados no prontuário do paciente, o que acarretará no registro inverídico pela enfermagem, nas suas evoluções, de quando uma ação não é realizada, como acontece no caso da não RCR. Na verdade, o que é decidido individualmente pelos médicos, como a indicação da não realização da RCR em caso de PCR, é solicitado de maneira verbal aos profissionais de enfermagem, o que de fato fica mais exposto a controvérsias e imprecisões.

[...] existe o risco de omissão, existe o risco de um familiar querer os registros médicos e de enfermagem e quando se faz essa eutanásia passiva (ortotanásia) que é não reanimar. [...] o não-reanimar, isso não fica registrado, a gente tenta ocultar de alguma maneira, não digo mentir, como por exemplo reanimado por 20 minutos, paciente em assistolia, chocado, tu não mente, mas tu coloca paciente hipotenso, mantido medicações e conduta, se eu escrevo que o paciente está hipotenso e depois escrevo que o paciente evoluiu para parada cardíaca, e que tipo de enfermeira que sou, que o paciente tava hipotenso e não agi, e tem cuidar também para não colocar, tipo comunicado plantão, porque tu passa a responsabilidade, neste caso eu acho que seria uma sacanagem, porque se tu está ali junto foi porque tu acordou, que nós não vamos aumentar aquele vasopressor para levantar aquela pressão, então eu não posso tirar o meu dizendo que “comunico o plantão que orienta não mexer no vasopressor”, daí eu to colocando tudo nas costas dele, mas na verdade eu também quero que não seja aumentada aquele vasopressor [...].(ENF 2)

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

Assim, surge a questão de não registrar, simplesmente pelo medo das possíveis punições legais que o profissional pode ser acusado e penalizado, bem como por ser algo ainda nebuloso, que a própria equipe médica também se sente insegura nessas situações. De fato, isto pode indicar ainda que a família não participe diretamente das decisões, bem como demonstra a insegurança da enfermagem em realizar tais procedimentos, embora na sua concepção, muitas vezes, considere como a correta.

A eutanásia passiva aparece como sinônimo da ortotanásia, conseqüentemente relacionando com omissão de socorro. Esta conduta está ligada ao não reanimar o paciente sem expectativa de cura e que se encontra em parada cardiorrespiratória. Os profissionais enfermeiros agem por sua convicção, ressaltando que a decisão deve ser conversado com a equipe, sendo indispensável uma atuação conjunta.

Partindo do pressuposto, do que foi exposto, segue algumas falas que ilustram os significados que os profissionais enfermeiros apresentam quando se menciona a palavra ortotanásia. Como já explicito a pronúncia desta palavra não é utilizada pelos profissionais.

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

A questão que relaciona “deixar a coisa seguir o fluxo natural” está diretamente relacionada a ortotanásia, ou seja, a eutanásia passiva, que embora não seja denominado como tal, acontece. Na fala a seguir, confirma-se ainda mais esta ação:

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

Percebe-se que uma ação que acontece nesta unidade hospitalar, em determinados momentos, entendida como necessária, pois, quando uma decisão dessas é tomada, o que é

objetivado, com o resultado, é a morte livre de sofrimentos respeitando o direito da pessoa morrer de forma digna, sem tratamentos que prolonguem a vida, que suplica por misericórdia.

A seguir, expõem-se exemplos muito elucidativos por como os profissionais enfermeiros conceituaram a ortotanásia:

[...] o paciente está com dopa e nora, e daí o plantonista diz: “deixa correr o que ta correndo, daí não tiram e não diminuem”[...] alguns são mais incisivos, pedem para desligar tudo e diminui a FiO_2 , mas são poucos. (ENF 1)

[...] um paciente foi a óbito, a prescrição continuava normal, só que retiraram os antibióticos, paciente já estava dias e dias com insuficiência renal e tal, e também suspenderam as diálises peritoneal. (ENF 3)

[...] a administrar medicamentos para induzir a morte ou desligar os aparelhos, eu nunca vi aqui! Mas o retirar a medicação, ou diminuir os parâmetros mínimos do respirador, acontece. (ENF 4)

[...] a ortotanásia, que seria que eu compreendo a ortotanásia seria a supressão de antibióticos, mas eles mantém geralmente a dieta enteral ou parenteral, mantém os sedativos durante algum tempo para ver se a pessoa responde. (ENF 5)

O conhecimento da realização das atividades supracitadas, como por exemplo: a retirada dos antibióticos; a suspensão de diálise peritoneal, a diminuição dos parâmetros do respirador, são alternativas que se propõem ao paciente com o intuito de descartar a chance de estar realizando a distanásia. Contudo, salutar é destacar o que Diniz afirma quando direciona-se a discussão à distanásia ou obstinação terapêutica:

Não se define obstinação terapêutica em termos absolutos. Um conjunto de medidas terapêuticas pode ser considerado necessário e desejável para uma determinada pessoa e excessivo e agressivo para outra. Essa fronteira entre o necessário e o excesso nem sempre é consensual, pois o que há por trás dessa ambigüidade são também diferentes concepções sobre o sentido da existência humana (2006, p.1741).

Assim, sabendo que todas essas atitudes podem ser questionáveis, faz do assunto uma importância que deve ser discutida em diversos níveis, para que as ações possam ser menos mascaradas. O que se defende não é “matar” as pessoas que supostamente não tem chances de recuperação, mas sim desempenhar um papel humanizado, e cujo objetivo não seja a cura ou o prolongamento da vida, mas sim seu direito de morrer em paz.

Na fala a seguir, pode-se perceber que a questão humanizadora está presente em todo momento da assistência da enfermagem, pois o que se espera na atenção prestada ao paciente

é que o cuidado, e não necessariamente a cura, inclua as condições essenciais para o paciente viver bem e com qualidade, bem como o morrer dignamente.

[...] eu que sou da área da saúde e pratico a eutanásia passiva, para mim é alívio, alívio de sofrimento familiar, ou daquela pessoa que está ali presa a uma máquina que nós colocamos, e que às vezes é a única coisa que está prendendo aquela pessoa ali, porque pelo corpo dela ou o cérebro dela não comanda mais nada e não tem mais condições clínicas de comandar nada sem aquela máquina ou sem aquela droga, mas quem segura aquele corpo ali, é nós que estamos segurando com medicação e com cuidados extras [...]. (ENF 2)

De fato, a prática da eutanásia passiva ou ortotanásia está presente, de forma oculta, na UTI não sendo pronunciado e/ou efetivamente conversado entre a equipe, pacientes e familiares, em virtude dos preconceitos e dilemas éticos e legais que permeiam este assunto.

Acrescenta-se ainda que em certos momentos foi mencionado que quando os pacientes são reconhecidamente considerados incuráveis, o tratamento torna-se apenas paliativo, ou seja, as medidas de conforto, terminologia utilizada por esses profissionais, suprem a necessidade de cuidado do paciente sem expectativas de cura. A realização da ortotanásia ligada a palição do sofrimento está ligada a uma ação que produz conforto ao paciente. As medidas de conforto relatadas pelos entrevistados, começam a ser empregadas a partir do momento que o médico decide que não tem mais nada o que se possa fazer, neste caso ocorre a suspensão ou a não realização de alguns procedimentos que poderiam prolongar a vida.

Assim, é significativo na fala a seguir quando claramente demonstra a relação da ortotanásia com os cuidados de conforto, que possui associação com os objetivos de cuidados paliativos.

[...] medidas paliativas, mas daí eles deixam a dieta à solução, deixam alguns antibióticos, e na verdade teria que suspender tudo, mas isso é bem difícil e bastante resistente, [...] é difícil o plantonista que tira tudo, geralmente deixa a dieta, deixa o sorinho e é muito difícil de aceitar, a gente continua fazendo a mesmas coisas, dando os medicamentos, aspirando, dando banho, trocando o curativo a mesma coisa. (ENF 1)

[...] é o médico quem avalia, tanto é que chega num determinado ponto de pacientes por exemplo que não tem mais o que fazer. Eles começam a tirar a medicação, tipo assim ficam medidas que a gente chame de medidas de conforto e de manutenção, entendeu! [...] medidas de conforto, banho, curativo, alguma medicação claro que vai, mas geralmente eles tiram alguns antibióticos, mas o resto assim tipo pressão isso é tudo é dado, e são os médicos que avaliam isto. (ENF 3)

O avanço biomédico, em especial as técnicas paliativas, trouxeram à cena do debate não somente as discussões sobre a existência ou não de um suposto direito a escolher o

momento da morte, mas evidentemente o tema dos tratamentos extraordinários que podem estender indefinidamente a vida, impedindo que as pessoas efetivamente morram (COSTA; DINIZ, 2004).

Frente aos posicionamentos acima, fica evidente o distanciamento que pretende-se dar na cura e sim considerar estritamente o cuidado. O cuidar pressupõe ao paciente terminal dignidade; o curar, custo de uma parafernália tecnologia é sinônimo de sofrimento. Assim, a partir dos cuidados de conforto, espera-se que o pacientes tenham condições de viver sua vida da maneira como está imposta, e que juntamente seja propiciado tanto ao enfermo quanto aos seus familiares uma morte isenta de qualquer tipo de preconceitos, angústias, arrependimentos, e sentimentos dos mais diversos que podem impedir ou distanciar a morte que é iminente.

6.2 Representações dos médicos intensivistas diante da ortotanásia

Convive-se numa sociedade em expansão tecnológica o que propicia qualidade de vida, porém por momentos pode ser usada como forma de prolongar um tratamento, com expectativa de cura ausente. Os profissionais da área da saúde, incluindo prioritariamente, neste contexto a equipe médica, desempenham um papel fundamental e indispensável na saúde brasileira. Necessita-se, de forma impreterível dos médicos, com suas determinadas especialidades a fim de atender, não somente os pacientes na sua recuperação e reabilitação, mas também com o objetivo de evitar que estes possam estar internados num ambiente hospitalar, no caso numa UTI, com acometimentos sem expectativa de cura.

Partindo deste pressuposto, sabe-se que em virtude do grande desenvolvimento tecnológico, os diferentes profissionais necessitam adequar-se a novas realidades. Contudo, a mudança de paradigmas é algo que muitas vezes impõe alterações que fazem do vivido algo que pode ser desvirtuado. Ou seja, na atualidade, os hospitais contam com uma tecnologia de ponta, e frente a isto, sabe-se que quanto mais recursos a instituição de saúde possuir, maior a possibilidade de oferecer, aos seus pacientes, a sofisticação tecnológica que poderá se traduzir em sofrimento para o paciente considerado terminal.

Após a realização das entrevistas com os profissionais médicos, percebeu-se que sua prática, não diferente da enfermagem, é envolta por dilemas quando o assunto que vem à tona é o da morte, do paciente terminal, ou do paciente sem expectativas de cura. Os dilemas,

anseios e angústias que envolvem esses temas fazem de sua ação na assistência algo que merece uma atenção toda especial, pois na formação acadêmica o que espera-se e o que muitas vezes se aprende é a conservação da vida, o propiciar a cura e nunca esperar a morte.

Assim, após a (re) leitura das entrevistas, foi possível, a fim de propiciar o entendimento e atribuir as representações, analisar os significados ora apresentados, considerando conforme Jodelet (2001, p.22) que:

a representação social é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico.

A esse respeito e considerando as representações sociais, foi possível decompor as principais temáticas apresentadas pelos profissionais médicos, seguindo a proposta da análise de conteúdo de Bardin. Desta forma emergiram as seguintes categorias: UTI local especial; morte em UTI; paciente terminal: uma indefinição conceitual; desintegração no trabalho em equipe; família e processos decisórios; ortotanásia presente e ilícita; gastos e sofrimento humano; e a morte digna.

Categoria 1 – UTI: local especial

A unidade de terapia intensiva arquitetada com o intuito de recuperar os pacientes, com patologias salváveis, embora em algumas circunstâncias crônicas, é envolta por diversas particularidades. Para Machado e Moritz (1999), a Medicina Intensivista se destina a diagnosticar, tratar e manter doentes em iminente risco de vida, porém parcialmente reversíveis. Entretanto, esses doentes podem desenvolver falência de múltiplos órgãos e sistemas, permanecendo vivos, graças às possibilidades tecnológicas disponíveis nas UTIs atuais. Esse fato propicia, em algumas situações, o retardo da morte e não a recuperação da vida (MORITZ, 1999) e, assim sendo, esses pacientes passariam a ser considerados terminais.

Além disso, no contexto da medicina intensiva, especialidade exercida pelo médico, a UTI ampara um quadro de especialidade ampla, onde o médico intensivista necessita deter o saber generalizado, pois deverá atender aos comprometimentos das diversas especialidades, a fim de atuar nos processos decisórios que implicarão na assistência ao paciente, desde sua

admissão neste ambiente até sua saída. A Medicina Intensiva é uma especialidade relativamente jovem, tendo ocorrido no Brasil um aumento considerável no número de UTI nos últimos anos. A implantação das UTIs teve início na década de 70 e atualmente, é uma unidade presente no contexto hospitalar (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2001).

Os intensivistas, de modo geral, têm sido ávidos na incorporação de inovações tecnológicas (SOARES; TERZI; PIVA, 2007), o que certamente contribui consideravelmente as chances de recuperação, e cura do paciente. No entanto, conjuntamente com as perspectivas de melhora de um paciente, é salutar considerar que todo o aparato tecnológico pode somente prolongar o processo de morrer.

Muito embora a UTI seja tangenciada por atender paciente reconhecidamente no extremo da gravidade e assim considerada um local complexo, os profissionais médicos, ora entrevistados, demonstraram que a escolha partiu de suas vontades e especialidades, opondo-se de forma unânime aos pacientes que procuram os consultórios sem ao menos apresentar qualquer tipo de comprometimento.

[...] eu tenho pânico de, de repente ir para consultório, por que além de eu não ter paciência de atender certas coisas. Por exemplo, quando tu está na UTI tu atende coisas que são graves, tanto é que no consultório os pacientes chegam com dor de garganta, dor de ouvido.(MED 2)

[...] eu tenho um resultado na hora ou positivo, ou não tenho e na hora se faz alguma coisa. Então esse paciente que não é grave é paciente de consultório. Eles me aborreciam, por que na maioria das vezes não estavam realmente doentes. (MED 3)

Desta forma, é interessante salientar que a sua preferência está ligada à resolução possível e rápida do quadro clínico, ou seja, a cura e/ou recuperação, associado ao conhecimento científico necessário a atender estes pacientes. Ainda, parece estar associada ao sentimento de que, na maioria das vezes, pode resolver os problemas apresentados, com o prazer de se sentir capaz de salvar uma vida.

[...] na real eu gosto mesmo de lidar com o enfermo grave, paciente que está realmente doente que precisa sempre ali da equipe, qualquer medida que seja feita vai atuar para melhora ou piora do caso. Mas coisas assim que sejam iminentes. (MED 3)

[...] tu consegue resolver tudo que aparece, domina a situação e o paciente fica a mercê do médico, tu consegue contornar o paciente, tu consegue oferecer o máximo para ele quando possível. Onde ele tem chances reais de sair bem. (MED 4)

Conforme as falas apresentadas, pode-se extrair uma frase, a qual ilustra o sentimento que possuem sobre o cuidado prestado ao paciente, quando refere que “o paciente fica a mercê do médico”. Neste contexto, emerge o sentimento de onipotência, pois a representação que é delegada culturalmente ao médico é a de ter condições viáveis de resolver o problema que acomete o paciente, pois considera-se que seja o único profissional com poder de curar.

Assim, pelo fato de que o hospital, especialmente a UTI, tem particularidades, que fazem da assistência médica prioritária, muitas vezes esta atenção direciona o olhar somente para a cura desconsiderando os sentimentos de sofrimento, que muitas vezes acometem os pacientes. A esse respeito Palú, Labronici e Albini (2004) trazem que os hospitais são caracterizados como instituições de cura e recuperação, e as UTI's locais reservados para manutenção da vida a qualquer custo. Nesta perspectiva, tal entendimento constitui uma representação social para esses indivíduos, evidenciada pelas expressões dos profissionais médicos:

[...] na UTI a gente quer ter pacientes investíveis. Se o paciente não tem cura, o lugar não é na UTI seria numa semi-intensiva ou numa unidade. (MED 2)

[...] ele é tido como um dos médicos mais invasivos, é diferente [...] tem muito mais procedimento que invade muito mais o paciente. [...] o intensivista trabalha com a expressão máxima de todas as patologias, todas elas no extremo da gravidade. (MED 5)

Indubitavelmente, as UTIs foram criadas a partir da necessidade de atendimento do paciente cujo estado crítico exigia assistência em observação contínua de médicos e enfermeiros. Neste contexto, o profissional médico exerce uma função indispensável na assistência. Percebe-se, pelos relatos apresentados, que o médico necessita deter o conhecimento amplo sobre as possíveis ocorrências que a UTI está sujeita a encarar, fazendo de sua atuação tão importante.

A UTI [...] tende a unir todos os conhecimentos das clínicas especializadas e o intensivista na verdade é um super-clínico, ele sabe muito de tudo [...] ele se obriga a estudar muito de todas as especialidades e a gente trabalha com bastante desafios, porque aqui os pacientes são bem graves, estão sempre no limite da vida e o exercício da medicina clínica é o mais que atinge o maior pico, vamos dizer assim, de excelência dentro da UTI, que tu exercita todo o teu conhecimento para atender os pacientes. (MED 1).

Importante considerar, o que Quintana, Cecim e Henn (2002, p. 207) afirmam, quando relacionam o poder do médico frente à morte do paciente:

[...] quanto mais o médico se identifica com essa imagem de plenitude, de pessoa infalível, de senhor da vida e da morte, mais sentirá a morte de seu paciente como uma derrota. Isso aumenta sua culpa, pois essa morte representa seu próprio fracasso. O médico pode, nessas situações, sentir-se obrigado a afastar-se do doente que não tem mais chances de cura, por este configurar-se como uma ferida narcisista.

Desta forma, pensar sobre a perspectiva que todos os pacientes internados nessa unidade sejam investíveis, seria o desejo dos profissionais médicos, inclusive dos enfermeiros que trabalham neste ambiente. Contudo, esse desejo, por diversas vezes, é substituída pelo sentimento de que mais nada pode ser feito, para aquele paciente, além do cuidado que tende somente a paliar o sofrimento.

Considerando a excelência que os médicos ditam sobre a assistência em UTI com o intuito de salvar os pacientes, os sujeitos deste estudo enunciam a existência de uma concepção que parte da sociedade, de considerar a UTI como um local onde as pessoas são destinadas a morrer. No entanto, os profissionais médicos entrevistados contrariam este pensamento, expondo que a UTI é um local onde muitas vidas são salvas e com excelência. Contudo, talvez este pensamento seja um dos fatores que contribui com as dúvidas relacionadas a como reagir perante aos pacientes terminais, já que este assunto é envolto por incertezas. A frase a seguir ilustra esta percepção:

[...] a mortalidade dos pacientes na UTI, não é uma mortalidade alta [...] muitos acabam saindo, mas ainda tem-se a idéia de que o paciente que vai para UTI é que não tem mais nada o que fazer por ele, que está morrendo, mas não é bem assim. A UTI hoje consegue tirar e mandar os pacientes para enfermaria e muitos voltam para casa. (MED 5)

Reconhece-se que a UTI é um local destinado à cura, no entanto, sabe-se também que muitos são os pacientes que vão ao óbito nesta unidade, muitas vezes por serem pacientes que permaneceram muito tempo à espera de um leito, ou até mesmo por procurem o serviço após muito tempo.

É preciso deixar claro que a UTI não é o destino final para onde vão os que não tem mais como recuperar-se. Conforme a Associação de Medicina Intensiva Brasileira, o paciente que está internado na UTI está lá para sobreviver, e não para ser desligado de aparelhos ou terminar sua vida amparada pelos médicos (AMIB, 2007). O que se pensa é que a perspectiva

de cura de um paciente que vai para a UTI é grande, mas em diversas circunstâncias esta chance reduz a uma taxa muito pouco provável.

Frente a isto, há pensamentos opostos quando se relaciona às chances de vida do paciente. No relato a seguir, embora se saiba que a sociedade possui um pré-conceito sobre o paciente que está na UTI, de certa forma, o profissional possui, por vezes concepções semelhantes, como ilustrado em uma fala:

Meu dia a dia é só CTI, então eu trabalho só em CTI né, que vamos dizer seria o portal do inferno né. (MED 2)

O “portal do inferno”, a que o profissional médico se referiu, está relacionado à questão de que os pacientes quase não possuem chances de sair com vida plena do ambiente da unidade crítica, ou seja, na maioria das vezes os pacientes admitidos na UTI não possuem chances de cura, o que torna o ambiente o “portal do inferno”.

Desta forma, contrapondo a idéia apresentada de que a UTI é considerada pela sociedade, um local que se destina à morte, de acordo com um sistema que avalia indicadores de desempenho das UTIs, o Sistema de Qualidade em Terapia Intensiva (QuaTI), 88% dos pacientes internados nas UTIs brasileiras saem com vida. No estudo, foram avaliadas informações sobre 237 leitos de 18 unidades, públicas e privadas, de julho de 2004 a junho de 2006. Dos 25 mil pacientes internados no período, 22 mil se recuperaram ou tiveram estabilizada sua condição clínica (AMIB, 2007).

Nessa perspectiva, considerando o exposto acima, salienta-se que na atualidade os índices de mortalidade em UTI são menores, no entanto, conforme os entrevistados, as pessoas acreditam que seja um local onde estão destinadas a morte. Partindo deste pressuposto, suscita uma dúvida: a tendência dos profissionais médicos em prolongar a vida dos pacientes reconhecidamente incuráveis, estaria relacionada ao conhecimento do pensamento da população com relação ao ambiente hostil da UTI.

Sob outro prisma e considerando que a UTI assume um patamar de excelência dentro do hospital, por tratar de pacientes em extremo limite, em contrapartida, esta realidade depara-se com situações onde a disponibilidade dos leitos para os pacientes não é discutida ou decidida de forma harmônica. O que acontece é que muitas vezes são desconsiderados os princípios primordiais ao admitir um paciente em UTI, isto é, não existe o discernimento ao analisar a real necessidade e indicação para internar um paciente na UTI, como ilustrado nas frases a seguir:

Alguns pacientes acabam tirando o lugar de outros que é uma das brigas que a gente tem, que de repente a gente tem um leito na UTI, e daí chegam e nos diz tem um velhinho de 90 anos sequelado de AVC, que está se afogando em secreção, que eu acho que vai entrar em insuficiência respiratória para ser intubado. Mas eu só tenho um leito na UTI, tu acha que precisa vir, não, eu acho que precisa, pois é mas se daqui a pouco chegar um guri de 15 anos no pronto socorro acidentado eu não vou ter leito para ele. Daí o colega que está lá pedindo o leito, sim e se não chegar eu vou fazer o que, eu vou dizer o que para família, para família do meu paciente. (MED 2)

[...] tem médicos que querem se livrar do problema e transferem o problema para nós. E daí depois se chega um paciente jovem eu vou ter que ligar para algum outro colega para pegar um outro paciente para tirar; então, às vezes o que acontece que sempre o problema é transferido para nós, nós é que não damos leito, nós é que deixamos o paciente morrer, nós é que não queremos. (MED 3)

Pelas falas ora apresentadas, existe um problema que versa sobre a admissão do paciente em UTI. A consideração prioritária estaria mais centrada na representação ou no pensamento de que cada profissional tem sobre determinada situação, isto é, um pode considerar uma situação como a mais indicada, enquanto o outro pode considerar como não indicativo para a internação.

O reconhecimento de sua atuação no hospital é incontestável, no entanto, há de ser considerado que por serem os “super-clínicos”, necessitam ter o discernimento do que é, de fato, a indicação mais correta no ambiente da UTI. Importante salientar que essa problemática apresentada não configura a total desorganização do sistema, mas sim o aparecimento desta situação que repercute diretamente na atenção que é prestada nesse ambiente.

Parece importante que questões como as colocadas, sejam discutidas amplamente, a fim de evitar um desdobramento de valores dentro do ambiente UTI. Nesta perspectiva, é fato considerar que ao se admitir um paciente na UTI, devem ser ponderados alguns argumentos, como: frente ao problema de saúde do paciente, o mesmo irá se beneficiar com o tratamento oferecido? Ou estará submetendo o paciente a um tratamento fútil, que pode levar a sofrimento sem nenhum benefício ao final?

O objetivo da UTI é muito claro, é propor a admissão de pacientes com chances de recuperação, neste caso, conforme ilustrado pelos entrevistados, poderíamos considerar o paciente com viabilidade, obviamente não considerando somente o fator idade. De certa forma até que se prove o contrário, sim. Porém, se este leito fosse o único e se realmente alguém, não precisamente jovem, até mesmo um adulto, chegasse com algum comprometimento com reais chances de recuperação, onde este paciente ficaria? O que fazer para liberar um leito? Como decidir quem vai desocupar um leito? Enquanto isso, o paciente sobreviria? Na verdade, são inúmeros os questionamentos, no entanto poucas as respostas,

ainda mais quando a estrutura em que estão inseridos não possibilita uma discussão mais detalhada das prioridades, referindo-se ao fato de que, se não houver concordância e sincronia de ações, as admissões serão objeto de discussões, justamente pela questão de cada profissional entender determinado momento de maneira distinta.

[...] num país que nós somos pobres, que a gente tem carência de leito, ainda mais em Santa Maria, a cidade cresceu não sei quantas vezes nos últimos anos e os leitos só diminuem e a UTI cada vez mais é procurada e às vezes tanto, mais, tanto por besteiras ou por coisas que a gente sabe que não tem fundamento internar na UTI. Muitas vezes a gente é induzido a fazer a seleção dos pacientes, já que a gente não consegue evitar que eles venham, selecionar (MED 5).

Esse fato soma-se à questão de que no Brasil convivemos com o crescimento do tempo de internação nas UTIs. Conforme entrevista publicada com Marcelo Moock, diretor da AMIB, existe uma pesquisa da entidade, que aponta um aumento no tempo médio da internação de pacientes em UTIs dos hospitais públicos e privados do País nos últimos dois anos. Em 2005, o período de tempo era de 5,7 dias nas UTIs para adultos. No ano passado, ou seja, em 2006, a média foi de 6,7 dias. O levantamento revela também uma diferença entre os serviços públicos e privados. Nas UTIs gerenciadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o tempo médio de internação constatado foi de 9,2 dias, enquanto nas particulares foi de 5,6 dias (SANT`ANNA, 2007). Na realidade onde a pesquisa foi realizada, entre janeiro e setembro de 2008, o tempo médio de internações na UTI foi de 15,25¹⁹.

Ainda em entrevista, e de acordo com Moock, o aumento no período de internação pode ser, em parte, explicado pelo maior número de pacientes idosos e com doenças cardiovasculares e renais crônicos. Moock afirma, ainda, que esses dados revelam um grande problema: a conseqüente diminuição da oferta de leitos nas UTIs (SANT`ANNA, 2007), e que certamente configura um quadro grave para os pacientes com reais condições de recuperação que aguardam um leito de UTI.

Partindo do que foi exposto e considerando de maneira ampla a realidade em que se encontram as UTIs, percebe-se que seja necessário refletir sobre estes dados, com o intuito de minimizar as chances dos paciente que têm chances de recuperação, expor-se à situações de risco. Parece importante que questões como as colocadas aqui estejam sendo repercutidas pelo fato de não existir uma conduta homogênea com relação às indicações de internação na UTI. No depoimento a seguir, encontra-se este entrave, o que de certa maneira impede ou dificulta

¹⁹ Indicadores hospitalares, dados obtidos pelo serviço de estatística do Hospital em estudo.

o enfrentamento das questões relacionadas aos limites de tratamento do paciente configurando uma desordem de prioridade no atendimento que primária pela qualidade.

[...] eu não mando no plantão do meu colega, o meu colega não manda no plantão do outro [...] às vezes eu chego e já está decidido quem é que vai vir, eu até acato por que daí já tão esperando que o paciente venha. Mas se eu chego e tem um leito vago daí eu vou e decido, e às vezes quando eu vou passar o leito vago e eu já avaliei os pacientes eu sugiro para o colega, agora eu não mando que ele acate a minha sugestão. Ele tem a liberdade de escolher também, se nesse intercurso de tempo pode ser que aparece outro paciente mais grave. Então tudo isso aí é maleável. (MED 1)

Não, tem uma orientação vamos dizer: por exemplo, paciente se tem indicação A seria um paciente com insuficiência respiratória aguda, AVC hemorrágico agudo, infarto agudo do miocárdio, indicações B seria pós-operatório, cirurgia eletiva, algum trauma que não teria grandes insuficiências e a indicação C seria esses cuidados paliativos, paciente em estágio terminal, paciente que necessita suporte ventilatório, alguma coisa assim. (MED 2)

[...] não é o diretor clínico, não é o oficial de justiça, não é o médico assistente, não é a direção da enfermagem, quem vai decidir sou eu. (MED 3)

Frente a isso, pode-se perceber que as decisões de admissão não seguem uma conduta pré-determinada, seguindo um conhecimento próprio e uma ação isolada de decisão. O super-clínico citado por um dos médicos entrevistados, parece afirmar seu poder de decisão frente às situações problemas, a partir da idéia de que quem decide a admissão do paciente é o médico, ou seja, parece querer colocar a ordem conforme suas idéias e concepções.

A Portaria n° 466, de 04 de junho de 1998, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelece regulamento técnico para o funcionamento de Serviço de Terapia Intensiva, propondo que as indicações para a admissão e alta da UTI, são atribuições exclusivas do médico intensivista. Nessa mesma portaria, indicam para admissão em Unidade de Tratamento Intensivo: paciente grave ou de risco, com probabilidade de sobrevida e recuperação; paciente em morte cerebral, por tratar-se de potencial doador de órgãos; que deve ter alta todo paciente, tão logo cessadas as causas que justificaram sua internação, podendo, a critério do intensivista, ser encaminhado para Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (BRASIL, 1998).

A esse respeito, conforme os dados encontrados nesta pesquisa, supõe-se que as internações acontecem de forma fragmentada, ou seja, não seguem uma conduta preconizada. As intervenções simplesmente acontecem de forma que os médicos são quem decide quem irá ser admitido neste ambiente. Haveria, a necessidade, no entanto, de ser uma conduta pensada,

com seguimento de um protocolo pré-direcionado onde todos os profissionais tivessem uma mesma determinação.

A consideração de que o médico é um super-clínico e necessita deter o conhecimento amplo sobre as patologias, bem como sobre as formas de tratamento e intervenção, parece influenciar as formas de condutas adotadas. A intenção dos médicos parece estar relacionada com a possibilidade de quando assistir o paciente, que esse possa trazer resultados, ou na perspectiva das internações hospitalares, as decisões parecem ser adotadas de forma isolada, sendo que cada profissional detém esse poder de escolher e decidir sobre quem é o melhor para ser admitido. Nesse sentido, conforme mencionado em seus depoimentos, a atuação parece seguir um fluxo isolado, com a certeza de que cada um toma a atitude mais adequada para as situações enfrentadas.

Categoria 2 - A morte em UTI

A reflexão da iminência da morte é interessante de ser realizada, não somente em relação aos que padecem de uma enfermidade crônica, quando a morte é aparente, ou seja, sua proximidade é sabida, mas às pessoas comuns. A esse respeito, se todos parassem para pensar na morte, talvez muitos ficariam sem respostas, ou até mesmo não conseguiriam imaginá-la.

Nos dias atuais, vê-se muito desenvolvimento humano, técnico e científico. Na área da medicina, constantemente, estamos diante de um novo tratamento, medicamentos, aparelhos que desafiam os limites da vida. Por último, pode-se considerar como uma revolução diante da medicina, a possibilidade de, por meio das células-tronco, “curar” diversas patologias crônicas. De fato, é uma evolução indispensável e necessária para a qualidade de vida das pessoas, que convivem com comprometimentos debilitantes.

Contudo, por trás de todo o desenvolvimento humano e tecnológico que a cada dia está embutido na mente das pessoas, bem como a tentativa de considerarem que a medicina é capaz de curar todas as patologias, estão a instituição hospitalar e os profissionais médicos que, de fato, acreditam na cura. Desta forma, Angerami (2003) destaca que a instituição hospitalar existe para curar, não sendo permitidos outra possibilidade e a medicina é definida como sendo a arte de manter acesa a chama da vida, tornando-se inadmissível aceitar o contato com algo que ponha em risco esses princípios.

A esse respeito, os depoimentos mostram que os profissionais médicos possuem a responsabilidade de curar quase sempre e cuidar somente quando realmente não for mais possível curar. A sociedade parece impor isso à atividade do médico. A seguir, têm-se alguns relatos:

Tem pessoas que quando morre um irmão, mesmo assim continuam te pedindo para que ele não morra. [...] eu já trabalhei em pronto socorro; pessoas que tem um diagnóstico, chegam a gente não consegue fazer nada a tempo e a pessoa fica desesperada; vai morrer, já me aconteceu assim, me pedindo socorro por favor não deixa, isso é muito horrível para gente, muito ruim mesmo, é uma situação assim que te deixa [...].(MED 3)

No entanto, a presença da morte em UTI é uma constante, e os profissionais médicos se mostram familiarizados ou acostumados com sua presença, ou simplesmente pelo fato de se falar mais sobre a morte, que possibilitaria melhor compreensão do seu significado e conseqüentemente, sua aceitação com menos sofrimento. Com efeito, pode ser que estejam relacionados com uma mudança de paradigmas e representações, pois ao mesmo tempo em que sofrem, repetem que os outros não a aceitam. Nesta perspectiva, os profissionais relatam que estão acostumados com a morte, e podem atribuir significados de naturalidade em ver o paciente morrer. Nas exposições a seguir, menciona-se esta questão.

[...] eu acho mais horrível ver um bicho morrer do que um ser humano [...] mas também eu já to acostumado a ver ser humano morrer e não to acostumado, por exemplo, vê cachorro morrer ou gato morrer. (MED 2)

[...] quem trabalha com paciente grave, tá mais habituado assim, a ver, a vivenciar a situação da morte né, então, acaba acostumando e ficando normal. (MED 5)

Entretanto, o que se percebe, nos discursos é que os profissionais médicos procuram aceitar a morte como “um faz parte”, ou como algo considerado “normal”, ou seja, esperado e que não traria nenhuma implicação negativa às suas representações. Portanto, quando se usa e direciona a comparação da morte de um ser humano à morte de um animal, na verdade, se esconde o real distanciamento da mesma, conforme pode ser explicado por Quintana, Cecim e Henn (2002, p.206):

Na medida em que o médico se despoja de suas emoções, usando como escudo uma pretensa “neutralidade científica”, o paciente é transformado num objeto, e seu corpo passa a ser considerado um meio através do qual se podem observar “fenômenos” científicos. Ele não é mais visto como pessoa, o que possibilita, assim, que seja submetido, pela equipe médica, a uma variedade de humilhações. Não lhe é

permitido manter um mínimo de privacidade. Tudo deve ser deixado de lado em nome do bom desenvolvimento do trabalho médico.

Alega-se que o morrer é algo natural e que desta forma deve ser encarado. Assim, parece o médico querer deter o sentimento de onipotência, sendo a ele depositado todas as alternativas possíveis para conseguir tratar uma patologia e a esse sendo isento de sentimentos, ou seja, parecem atribuir ao médico a ausência da derrota e do fracasso.

Sendo assim, os profissionais médicos procuram alternativas para ancorarem suas falhas, com o pensamento de que a morte é uma possibilidade aparente e que aceitam como algo muito natural, o que de fato não configura a realidade. Na verdade, o que eles esperam é a cura, seja ela possível ou reconhecidamente impossível.

Eu sempre estou preparado para esta possibilidade, pelas minhas convicções religiosas e profissionais. Profissionais, porque nós nos deparamos com a morte desde o início da faculdade, ou seja, no primeiro ano a gente já vai estudar os cadáveres, então isto já é um enfrentamento da morte. [...] Alias nós começamos enfrentando o pós-morte, depois a gente para encarar a vida e a morte. [...] É lógico que o enfrentamento da morte, depende das convicções pessoais. Muitas vezes, aqui na UTI a gente tem a vantagem, por ser uma equipe grande, a gente poder dividir as opiniões com os outros, porque muitas vezes eu posso individualizar demais o que eu gostaria para mim, e pode não ser bem o que o paciente gostaria para si. Então, diante de outros colegas e outras visões a gente entra num consenso, a gente aprende muito com as opiniões dos outros, mas geralmente assim, depois de um certo tempo, a gente percebe a capacidade de reação de cada paciente [...] (MED 1).

Geralmente assim eu, eu consigo lidar bem com isso e às vezes a gente comenta, conversa, não sinto dificuldades. [...] Olha, na realidade a gente sabe que a morte faz parte da vida, é o final de um ciclo, se tem alguma coisa depois disso é uma questão filosófica que não vem ao caso. Mas assim oh, a aceitação disso, acho, que faz parte da profissão e dá própria vida. (MED 3)

A esse respeito, e considerando sob outro prisma, Pessini (1990) expõe que os profissionais médicos são orientados para salvar e preservar a vida, ou seja, se procura não falar da morte, pois ilustra a evocação do fracasso da ciência médica. Entretanto, a aceitação poderia estar relacionada com as suas convicções, como expressam Thomas e Carvalho (1999, p. 17), quando afirmam que as “questões culturais e crenças religiosas influenciam decisivamente na aceitação ou não da morte. Morrer torna-se um processo mais sereno para quem não vê na morte um fim último e sim uma passagem para um estágio de vida em plenitude”.

Junta-se a isso o fato de que a morte de pacientes mais idosos ou com doença terminal é mais aceita pelos médicos, pois faz parte do percurso natural da vida e por diversas vezes, põem um ponto final ao sofrimento, como expresso a seguir:

[...] a morte acontece na maioria das vezes como alívio do sofrimento físico, então a morte vem como um alívio para aquele corpo que está sofrendo, quer dizer, tem uma frase interessante no manual de cardiologia – suporte avançado em cardiologia, que diz assim, ele abre o prefácio dizendo assim: “muitos corações param de bater, porque chegou a hora dele parar de bater” quer dizer a gente pode pular em cima daquele coração, dar trilhões de choques, milhares de injeções é um coração doente que parou e esgotou a capacidade vital dele. Então tu chega na finitude, pois esgotou a capacidade vital se somaram perdas vitais de vários órgãos e tu chegou no limite e que acabou. E este fim, muitas vezes, traz um alívio para dor física, sofrimentos físicos de dispnéia, cansaço de dor, de uma vida limitada, então como eu sou espírita e acredito que o espírito se liberta deste corpo eu vivo um momento assim muito de alívio e de compartilhar [...] eu tento passar isso para os familiares do alívio, pois ele também deve se sentir aliviado, principalmente aquele familiar que ajudou e que participou do cuidado, que deu carinho, que deu amor. Então esse não tem nada para se arrepender, só tem a saudade para curtir. (MED 1)

[...] aquela pessoa que tá doente há algum tempo, que nós temos bastante casos, pessoas que já vêm com problemas que vêm se somando, já não tem uma qualidade de vida, tem sofrimentos prolongado. Eu encaro como um alívio né, eu, eu realmente assim não lamento viu eu acho que às vezes pode ser como uma libertação. Se a gente pensar que pode existir uma outra coisa. E o próprio sofrimento dos familiares, e da própria pessoa eu não encaro assim; eu tenho bastante, assim, como é que eu vou explicar, tenho... para mim é muito natural. (MED 3)

Parece importante que questões como as colocadas, sejam consideradas, pois nas UTIs, apesar da morte ser uma realidade, no entanto, constantemente se luta de toda forma. Contudo, quando inevitável, ela, muitas vezes, é até desejável, pondo fim a uma agonia interminável (PIVA; CARVALHO, 1993). Sob este prisma, pode-se considerar um alívio e uma recusa a obstinação terapêutica, embora as tentativas de reabilitação sejam iminentes até um limite quase que intangível.

Salvaguardar o direito do paciente de morrer com dignidade, é algo referenciado pelos profissionais médicos, quando mencionam a situação de que o mesmo está em grande sofrimento. Desta forma, propiciar o direito de morrer, seria a alternativa viável, por aqueles profissionais que possuem compaixão e empatia com o próximo.

Embora relatem que a morte é melhor aceita quando acontece com os idosos, em contrapartida, os profissionais médicos sentem dificuldades para lidar com a morte de jovens, em virtude da nossa sociedade não aceitar sua morte como esperada, considerando que estão apenas começando a viver, conforme as seguintes falas:

Quando interna, por exemplo, um menino jovem que sofreu um acidente, que tem uma doença, recuperável [...] mas mesmo que fosse não recuperável, no caso morte cerebral, alguma coisa assim, a transferência que tem para mim é muito ruim, porque podia ser meu irmão né, se eu fosse mais jovem podia ser meu filho, podia ser meu sobrinho né. Quando é uma pessoa de mais ou menos da minha idade, tem mais ou menos, a transferência podia ser eu , podia ser a minha esposa. Já quando é

uma pessoa muito idosa eu não consigo ver essa transferência por que eu não consigo pensar no meu pai ou meu avô. (MED 2)

O que deixa às vezes assim, que dá uma sacudida é um paciente jovem, uma vítima de trauma, às vezes uma pessoa que tava bem e duma hora para outra fica doente e a gente não consegue reverter essa situação. Não consegue ajudar o suficiente; isso, isso sempre me deixa eu e eu acredito que outras pessoas também; bastante chateada e amolada e acaba sendo um paciente que a gente mais se dedica né. (MED 3)

[...] quando é paciente jovem esse tu encara como uma derrota. Por que, por que é diferente, naquele normalmente pacientes jovens são politraumas, são né, então é paciente que, em princípio apesar de, da doença, da gravidade dela, não tava na hora ainda né. (MED 5)

A esse respeito, Lunardi Filho et al. (2001) trazem que a proximidade das idades entre quem cuida e quem é cuidado torna a identidade mais imediata e o profissional mais vulnerável ao sofrimento com a possibilidade da morte. Por sua vez, as pessoas idosas têm as suas mortes mais aceitas tanto pelos profissionais como pelos membros da própria família, como uma etapa do ciclo de vida. É possível ainda dizer que é muito difícil a aceitação da idéia de que muitas vezes se necessita morrer. O profissional se aflige com a idéia de não poder competir com a corrida invencível do tempo, tendo como fracasso tangível a impossibilidade de cura do paciente, pois, de uma forma geral, possui o sentimento de não estar fazendo efetivar os princípios da medicina que envolvem a preservação da vida (ANGERAMI, 2003).

Assim, a aceitação da morte relacionada a um paciente idoso e que não configuraria uma derrota, na verdade, é resultado de algo já esperado, ou seja, da própria velhice. Contudo, o problema parece estar centrado quando a morte acontece fora de hora e, neste caso, o médico deveria evitá-la, pois significa o fracasso na tentativa de voltar a colocar no seu devido rumo.

Neste sentido, acredita-se que, embora a morte seja reconhecida em algumas circunstâncias como aceitável no ambiente hospitalar, principalmente na UTI, conforme relatado pelos médicos, ainda é aparente o seu distanciamento, bem como a possibilidade de encará-la como não bem aceito pela sociedade em geral. Conforme pensamento de Pessini (1990, p.24), “a morte foi expulsa da nossa sociedade orientada para a produtividade e o progresso. Não se fala em morte, pensa-se nela o menos possível”. Ou seja, o familiar quando deixa o paciente na UTI, deseja a sua cura e não a morte, fazendo com que ela seja negada, como na fala a seguir:

A morte não é bem aceita. A sociedade ainda tem muito preconceito em relação a morte, não aceitam a morte e cada vez menos. A gente tem muito, quanto mais recursos de investigação e manejo aumentam, menos ou menor é a facilidade de aceitar a morte. (MED 5)

A morte parece ser um tema evitado, ignorado por nossa sociedade adoradora da juventude e orientada para o progresso. É quase como se a considerasse apenas mais uma enfermidade nova a ser debelada. O fato, porém, é que a morte é inegável. Todos morrem um dia, é apenas uma questão de tempo. A morte, na verdade, é tão parte da existência humana, do seu crescimento e desenvolvimento, quanto o nascimento. É uma das poucas coisas na vida de que se tem certeza. Ela não é um inimigo a ser conquistado, nem uma prisão de onde devem escapar. É parte integral das vidas e que realça a existência humana (KUBLER-ROSS, 1979).

Conhece-se a morte somente mediante o processo de morrer dos outros, cujas vivências jamais serão acessíveis em sua real dimensão. Mesmo sendo um fenômeno da vida, sempre despertou grande temor no ser humano, e este sentimento se expressa na dificuldade de lidar com a finitude, estando presente nas crenças, valores e visão de mundo que cada um traz consigo (PALÚ; LABRONICI; ALBINI, 2004).

Sem dúvida, antigamente, sabia-se que a morte era esperada e vivenciada pelo moribundo até os últimos instantes. A família, incluindo as crianças, participavam ativamente dos seus rituais. Com o advento das tecnologias, a morte aos poucos foi medicalizada e distanciada da realidade aparente da sociedade. Tanto é que se evita tanto falar sobre ela. Assim, neste sentido, os depoimentos a seguir ajudam a demonstrar o reflexo de como se pensa na morte.

É aí, daí a gente se livra por que na verdade eles, eles fizeram tudo que, tu vê levaram pro hospital e, então a morte é muito difícil de aceitar. E vai ser muito difícil aceitar. (MED 1)

[...] a família tem muita dificuldade em aceitar a morte, seja por medo da morte ou por uma questão legal: uma pessoa morreu na minha casa. Então toda essa questão legal. Oh: “tem um morto em casa e as crianças tão próximos”. Mesmo que seja seu familiar. E outra coisa é a questão da, da culpa né. (MED 5)

Frente a isso, considera-se que seja muito difícil morrer. A sociedade prolonga o maior tempo possível à vida dos doentes, mas não os ajuda a morrer. A partir do momento em que não pode mais mantê-los, renuncia a eles “a falência técnica, negócio perdido – são apenas testemunhas vergonhosas de sua derrota. Primeiro tenta-se não tratá-los como moribundos

autênticos e reconhecidos, e em seguida apressa-se em esquecê-los – ou em fingir esquecê-los” (ARIÈS, 2003, p.298)

Eles querem transferir a culpa para alguém né, eu acho que eles querem transferir a culpa, o meu pai morreu por tua culpa. (MED 2)

A sociedade não está preparada. Não se encara a morte como natural. (MED 4)

Assim, frente a estes posicionamentos, que partem da experiência profissional destes médicos, o que existe é que eles vêm no familiar alguém que interfere e responsabiliza o médico pelos resultados com seu paciente. Corroborando, Quintana, Cecim e Henn (2002, p.207) expressam que os familiares e pacientes preferem acreditar que o médico possui o domínio sobre a vida e a morte, fazendo com que a situação vivenciada pelo paciente possa ser controlada. Isto é, desejam acreditar que o profissional é infalível na sua luta contra a enfermidade.

Neste sentido, a preocupação por parte dos entes é indispensável, no entanto, a relação dos familiares e dos profissionais precisa ser harmônica e conduzida a um objetivo comum: a qualidade de vida e o respeito a sua dignidade. O que se percebe é que os profissionais são, de certa forma, influenciados pelos medos que surgem, considerando que se a morte ocorrer, a “culpa” será do médico, já que a sociedade os vê como os “curadores”. Na verdade, talvez esse seja o preço que eles devem pagar por se disporem a ocupar o lugar dos senhores da vida e da morte. O preço de sua onipotência imaginária e quando a morte se impõe e escapa a seu controle passam a ser vistos como culpados e, talvez, eles mesmos assim se sintam.

Acrescenta-se, ainda, que o distanciamento da morte não é um problema isolado dos pacientes e dos familiares que passam por essa experiência em UTI, mas sim da sociedade contemporânea. Ou seja, como traz Teixeira (2003), o homem busca se iludir, negando a morte na sociedade atual; desta forma, os adultos preferem aproveitar a vida e a tecnologia serve como cúmplice à longevidade. Assim, a morte passa a ser vista como um fato exclusivamente biológico, distanciando-se do seu aspecto profundamente humano.

Enfim, querendo ou não, tem-se a consciência da mortalidade. Por mais que se evite falar sobre a morte, de outros ou da nossa própria, por mais que sejam criados artifícios para prolongar a vida, a realidade de que somos mortais está sempre presente junto de nós. Desta forma, “nega-se a morte cria-se até a imortalidade das Academias, para burlar a morte. Nos Estados Unidos existem as sociedades de congelação de pacientes terminais, para tentar

reanimá-los, quando surgir uma medicação efetiva para suas doenças” (D’ASSUMPÇÃO, 1987, p.73).

Pode-se dizer que, os profissionais médicos possuem a consciência da presença da morte na UTI, contudo suas ações são direcionadas no sentido de fazer com que ela ocorra em últimos casos, ou quando o sofrimento parece ser insuportável. Parecem muitas vezes dizer que o cotidiano faz da presença da morte, como algo natural, ou seja, descarta-se a possibilidade de encará-la como um fracasso. No entanto, embora pensem que é algo certo, percebem-na como algo que poderia ter sido combatido, alegando que a sociedade e a família não aceitam de seus médicos que o seu ente querido morra.

Categoria 3 - Paciente terminal: uma indefinição conceitual

As discussões relacionadas às práticas de limitação dos suportes de vida aos pacientes terminais, expressam algumas dúvidas, como por exemplo, o limite exato à sua realização, que obviamente não será possível de determinar fidedignamente. Para isto, um conceito muito complicado a ser definido vem à tona: o paciente considerado em fase terminal. A esse respeito, Piva e Carvalho (1993) vêem como complexa e ampla a definição que envolve a terminalidade. Algumas tentativas conceituais baseiam-se em dados objetivos, como por exemplo: os resultados de exames como ressonância magnética, tomografia computadorizada e biópsias; em dados subjetivos, ou seja, a falta de resposta terapêutica a determinado tratamento e dados pessoais que incluem as experiências próprias anteriores de cada profissional. Obviamente que a determinação de irreversibilidade será muito mais precisa quando baseada predominantemente em dados objetivos, no entanto, isto não é possível.

Por conseguinte, embora alguns conceitos sejam enumerados, a sua adequação na prática é difícil e envolta por insegurança, já que é possível ocorrer equívocos, seja pela inexperiência profissional, ou pela indefinição e incerteza do prognóstico.

Até pode ter um risco de morte grande e a gente conseguir tirar ele, também pode ter um risco de morte baixa e falecer né, mas a evolução, pelo grau de insuficiência que o paciente vai fazendo no decorrer do tempo, a gente consegue ver que o paciente começa a não ir, mesmo assim é difícil determinar certinho. (MED 2)

É difícil falar em terminalidade, pois a vida é amiga íntima da morte. O risco do erro é iminente, por isso considerar alguém terminal é o mesmo que descartá-lo, ou seja, não sendo mais passível de investimento à cura. Neste caso, o diagnóstico pode ser certo como não, considerando que, no momento em que o paciente for considerado terminal, para o profissional médico, será o sinônimo da morte e, por vezes, o sentimento de fracasso ou de impotência frente à iminência da morte.

O fato é que o paciente terminal está afrontando todos os preceitos de negação da morte. É como se mostrasse a cada instante que a morte, embora negada de forma irascível pela sociedade, seja algo existente e inevitável (ANGERAMI, 2003). Junte-se a isso o fato de que tradicionalmente os profissionais são treinados para enfrentar e resistir a morte, sob a alegação de que a missão biomédica é a de salvar vidas, e a resistência moral em torno de qualquer debate formal sobre a terminalidade ou mesmo o direito de morrer é ainda imensa (COSTA; DINIZ, 2004).

Embora a morte seja a única certeza da vida de todos os indivíduos ela é escondida para que a sua iminência seja esquecida. No entanto, esta percepção é intolerável, pois em todos os momentos de nossas vidas têm-se a sua presença, inquestionável e irremediável. Assim, seguindo sob o mesmo enfoque, a indefinição do paciente em fase terminal é ilustrada, nos depoimentos a seguir:

Terminal associado a neoplasia, exceto essas todas as doenças são tratáveis, tu não consegue definir dizendo que está prolongando, são diagnósticos tratáveis. Não tem conceito clínico de paciente terminal, não está definido tu não consegue deixar de tratar. Algumas coisas atrapalhariam. É difícil delimitar. O último paciente SPP foi reanimado mais de hora e não adiantou. (MED 1)

Doenças incuráveis, geralmente neoplasias sem possibilidades terapêuticas e não responde, e os pacientes que não querem fazer algum tipo de tratamento que deixam escrito que querem cuidados paliativos. Existem algumas discussões, porque as pessoas e o código estão um pouco defasado. Considerar paciente terminal é complicado devido a punição. É importante também conversar com a família sobre a aceitação ou não. E as discussões que envolvem estes conceitos e determinações é confuso e complicado. (MED 4)

A idade não é sinônimo de terminalidade, até porque tem pacientes que estão na UTI em investigação ainda. A partir do momento que tu não sabe ainda a etiologia da doença fica difícil de caracterizar a terminalidade dentro de um espectro de doença. Então, não dá para dizer que aqueles que estejam na UTI são terminais. (MED 5)

Carvalho et al. (2001) abordam que a doença de base é apenas um dado do paciente, não podendo ser aceita como definitivo para predeterminar a evolução e prognóstico ou para indicar uma tomada de decisão relacionada aos limites terapêuticos.

Não há dúvidas de que as incertezas que rondam a determinação de paciente terminal são permeadas por um quadro que configura as questões que envolvem o fim da vida, ou seja, relacionado à dignidade, à autonomia do paciente e à obstinação terapêutica que é a realidade de muitos pacientes internados nas UTIs. Assim, nesta perspectiva, Angerami (2003) revela que a soma de toda a incoerência social, os conflitos de valores, de apoio da dignidade, faz com que o paciente terminal seja depositário de uma série de incertezas que irão culminar, tornando-o alguém vitimado não apenas por uma determinada patologia em si, mas, e principalmente, de toda uma incompreensão de sua real situação.

Outro fato, a que se atribui uma imensa dúvida frente ao paciente que não possui mais chances de cura, está a possibilidade dos profissionais médicos serem processados ou punidos pelo fato de que os investimentos frente à determinação do paciente terminal serão diferentes, ou seja, o objetivo estará centrado único e exclusivamente no cuidado e isso pode ser visto pelos familiares como negligência. É importante salientar que este dado não foi constatado e nem ao menos relatado como acontecido, porém há o receio por parte dos médicos.

Muito embora existam indefinições conceituais do termo, paciente terminal, e sua aplicabilidade seja um tanto quanto complexa e difícil de ser ponderada, os médicos participantes desta pesquisa apresentavam dúvidas quanto a sua conceituação, apresentando exemplos claros da existência de um paciente terminal, atribuindo-lhes o significado de esgotamento da capacidade de reserva fisiológica, como demonstra nas falas abaixo:

[...] paciente terminal a gente vivencia como uma dificuldade fisiológica dos pacientes sobreviverem, ou seja, está relacionado com a reserva biológica de cada órgão e que cada um vai gastando ao longo da vida. Passa por esse conceito de reserva fisiológica, de capacidade vital de cada órgão, e que cada órgão nosso teria assim uma vida útil que muitas pessoas gastam essa vida útil por etilismo, por não fazer uma manutenção adequada, não procurar uma medicina preventiva, [...] então, em muitos desses pacientes em que se somam essas várias falências dos órgãos, apesar de se instituir todo o suporte técnico, como o uso de antibiótico, ventilação mecânica, nutrição utilizados todos os itens fisiológicos são revisados e se tenta substituir todos, com bomba cardíaca, função pulmonar, nutrição, troca de função renal por hemodiálise, todos os itens e daí chega um momento que essa reserva biológica ausente, ou quase que inexistente fala mais alto, e aí tu entra naquele conflito que tu só está prolongando um sofrimento, principalmente do paciente, é pelo doente em si que é o nosso foco de trabalho. (MED 1).

[...] por exemplo, um paciente que é um pneumopata crônico, está usando oxigênio domiciliar, ele é um DPOC, que não é mais grave, é um paciente muito grave. Tem dispnéia mesmo parado, tem uma lesão no fígado, que é extremamente alterado, que

já não satura, não oxigena direito [...]. Paciente já tem repercussões hemodinâmicas se ele for para ventilação mecânica à chance dele sair é desprezível. E às vezes, o sistema nervoso central, o sistema renal, o digestivo estão funcionando bem só que ele não tem pulmão, coisa que realmente é influente e vai chegar um determinado momento que esse pulmão não vai conseguir mais; se compara a função dele, não é mais ou menos compatível com a vida. Então esse chega num conceito de terminalidade. Apesar do paciente estar muito bem do ponto de vista neurológico. (MED 5)

Freqüentemente alega-se que pacientes terminais “são aqueles que apresentam uma doença incurável e que irá levá-los rapidamente à morte” (D`ASSUMPCÃO, 1987, p.09). Pode-se dizer ainda, de acordo com Rolim (2002, p. 111), que é “o ser humano, que por alguma razão de ordem biológica, tem prevista ou anunciada a sua morte, podendo ocorrer naquele, que por sua idade, tenha a mesma como previsão, ou em outros, onde a morte não seria um acontecimento lógico”. Em consequência disso, a determinação do paciente terminal, de acordo com os médicos entrevistados, passa por dois significados: a incerteza do seu significado, contrapondo a determinação do esgotamento da reserva fisiológica do organismo humano.

Ainda, sob o prisma dos profissionais médicos, vêem o paciente terminal como aquele sem possibilidades de realizar as manobras de RCR, por considerarem, de fato, o paciente como não recuperável, ou seja, sem chances de cura. Assim, pode-se dizer que a não-RCR no paciente terminal em UTI configura uma representação para estes profissionais. Nesta perspectiva, temos os depoimentos a seguir:

[...] no caso o paciente não recuperável o paciente em sepse grave dependendo de vassopressores, altas doses de noradrenalina (medicação usada na parada cardíaca), e nem com isso a pressão se sustenta. Ou seja, a lógica é assim, se você já está com uma dose alta de adrenalina contínua, quando o paciente parar não adianta fazer mais adrenalina, choque que não vai funcionar, porque [...] é incompatível com a vida. Então a partir desse conhecimento e dessa experiência, eu considero o paciente não recuperável, o paciente que parar, séptico, com falência múltipla e que está com alta dose de vassopressor. (MED 1).

Esses são pacientes assim que o meu grau de comprometimento com eles é baixo. [...] o paciente de mais de 70 anos, ou um paciente que tem uma neoplasia de fígado, uma neoplasia de pâncreas ou um paciente que vai ficar, restrito a cama com gastrostomia, com traqueostomia, com aquilo que a gente sabe que vai ficar restrito a cama que vai fazer infecção respiratória de repetição, que vai fazer embolia pulmonar, que vai ficar naquela sanfona vai para UTI, volta, sai da UTI, são pacientes para mim que o grau de investimento é muito baixo. Mas assim, no momento que o paciente parar a grande maioria das vezes assim, já é meio consenso dentro da UTI por que a gente trabalha mais ou menos todo mundo junto de não reanimar. Então, a gente não reanima, a gente gasta todos os nossos recursos é para o paciente investível. (MED 2)

Uma doença, que seja grave, que esteja avançando que, ou mesmo um câncer que seja descoberto há pouco, mas que tu saiba que o prognóstico é reservado e que já esteja comprometendo diversos órgãos, principalmente a parte neurológica né. A gente sempre pensa na cognição, ou seja, na vida de relação. O que vai sobra, não adianta tu manter um corpo simplesmente né. (MED 3)

Não há dúvidas de que a não RCR acontece com o intuito de preservar a qualidade de vida do paciente, bem como não propiciar o prolongamento do sofrimento, considerado esse um desgaste ao paciente que possui o processo de morte como iminente. Além disso, o paciente terminal está vivendo muitas emoções que incluem ansiedade, busca pela dignidade e conforto, além de temor relacionado com tempo de vida, limitado, finito (ANGERAMI, 2003).

Acrescenta-se ainda que, a partir destas constatações, Torreão et al. (2000) consideram que no paciente terminal, que está em processo de morte, a ressuscitação pode ser prejudicial, fútil e até cruel. Frequentemente prolonga o processo de morte e pode eventualmente determinar um estado vegetativo persistente, pois o coração tolera mais tempo a hipóxia do que o cérebro. Infelizmente, não se oferece a muitos pacientes que chegam a esse estado a opção de morrer de forma mais digna. Ainda, indicam que a RCR deve ser utilizada quando indicada, ou melhor, quando é viável à recuperação funcional do indivíduo.

Sob este prisma, é indispensável acrescentar que a relação - paciente terminal e sua não RCR, quando esta não trouxer benefícios para os pacientes é indicada e mencionada pelo SBC (1996) como uma conduta livre de qualquer punição em virtude do processo decisório a que o médico está amparado. Acrescenta-se ainda que esta conduta é rotineira na UTI, e que de certa forma configura a ação da ortotanásia, ou seja a não RCR contempla o objetivo de preservar o bem-estar do paciente, sua dignidade e a possibilidade de isenção do sofrimento.

Embora a prática seja rotineira a sua interação com a sociedade, ou seja, a família dos pacientes ou até mesmo o registro nos prontuários ocorre de forma discreta, ou quase que (in) aparente. Isso se dá pelo fato de existir uma relutância dos médicos em sugerir a não-indicação da RCR nos pacientes terminais devendo-se, em parte, à sensação de que estarão desistindo deles e ao desconforto em lidar com assuntos que envolvem a vida e a morte; em nosso meio, deve-se, também, ao medo de serem processados por omissão de socorro. Desta forma, muitos médicos acreditam que a RCR deve ser indicada em todos os casos de PCR (OSELKA; TROSTER, 2001).

Partindo do que foi exposto, pode-se dizer que os profissionais médicos entrevistados, não possuem um protocolo, ou uma conduta padronizada, frente às situações de parada cardíaca, até mesmo por que se entende que cada situação é singular, e seria inadequada a

generalização. Frente a isso, percebeu-se que embora os profissionais possuam alguns receios com relação a não RCR, em algumas circunstâncias ela não é realizada, como tentativa de evitar o sofrimento e evitar a distanásia.

Assim, considerando o exposto, os médicos que pensam na possibilidade de realizar a RCR, não estarão considerando os benefícios ao paciente, mas sim protegendo-se contra uma punição de um sistema. Desta forma, é essencial uma discussão e mudanças de pensamentos em diversas áreas, para que o objetivo maior seja cumprido, ou seja, a preservação da dignidade humana e o direito de morrer tranquilamente. Por isso, consideram-se as linhas de pensamento de França (2000) quando enfoca que mesmo que a morte faça parte da vida, este instante é muito pessoal e único. Então, a idéia é o direito de viver em toda plenitude a última etapa da existência, apesar dos sofrimentos e das limitações.

Deste modo, para que o último instante de vida seja respeitado, é importante que aos poucos se tenha a consciência de sua presença, para que os assuntos referentes à terminalidade sejam vistos de forma a aproximar um fato natural. Quanto aos profissionais médicos, que se empenham em propor aos seus pacientes o melhor possível, embora reconheçam a presença iminente da morte, tentam afastá-la, ou simplesmente desconsiderá-la, pois se sabe que estes profissionais são preparados a lidar com a vida e não com a morte, embora essa percepção aos poucos esteja mudando.

Outra questão liga-se ao fato de que as incertezas que circundam a provável determinação de paciente terminal, fazem dos profissionais médicos, um forte representante capaz de determinar o momento da vida e da morte. Não há dúvidas, de que a reflexão em torno do assunto paciente terminal, deva ser alvo de uma equipe multidisciplinar, bem como dos familiares e o paciente. Mesmo sabendo que a UTI não possui o propósito de atender especificamente pacientes terminais, que não possuem chances de recuperação, quando estes se fizerem presentes, é necessário que sejam tratados, quando possível, e cuidado com dignidade, a fim de contemplar sua qualidade de existência.

A indefinição na determinação do paciente terminal, soma-se ao fato da sua aplicabilidade na prática, pois determinar um paciente como terminal é complicado, confuso e neste contexto implica situações éticas que muitas vezes impõem dúvidas quanto à atenção prestada ao paciente. Os dilemas expostos, o desconforto apresentado pelos profissionais médicos de lidar com pacientes na iminência da morte, os receios legais quanto à assistência prestada ao paciente potencialmente terminal, fazem de sua atenção frente à terminalidade uma situação que necessita ser amplamente discutida, como alternativa de viabilidade a proteger o profissional e o paciente.

Categoria 4 - Desintegração no trabalho em equipe

A UTI é uma especialidade dentro do hospital que necessita de um amparo diferenciado, pois constantemente é indispensável a presença de uma equipe multidisciplinar a fim de atender adequadamente os pacientes. Visto que esta unidade é caracterizada por atender pacientes com comprometimentos de risco que podem a qualquer momento, se não bem tratado, resultar na morte. Por isso, os profissionais que ali trabalham necessitam ser especializados nesta assistência e a integração entre as diferentes disciplinas é essencial para que o objetivo maior seja alcançado: a atenção integral ao paciente, priorizando a manutenção da dignidade, seja em pacientes conscientes ou inconscientes.

Indubitavelmente, muitos são os avanços tecnológicos que beneficiam qualificadamente os pacientes em estado grave, no entanto o pensamento direcionado a assistência do paciente em fase terminal necessita ser aprimorado, contando com uma equipe com foco. A esse respeito, Nishide, Malta e Aquino (2001) trazem que o sucesso de uma UTI depende de fatores tais como espaço físico, tecnologia e número de profissionais qualificados para atender às necessidades dos pacientes. É fundamental o trabalho em equipe, desde o planejamento a execução até a avaliação dos resultados. Os esforços devem estar direcionados à assistência aos pacientes, à administração e a educação.

Nesta perspectiva, muitas vezes os profissionais médicos, angustiam-se pela dificuldade de interação com outros profissionais de sua área, o que impossibilita uma assistência adequada ao paciente, em virtude das discordâncias de atuação frente às situações problematizadas que necessitam de opiniões diversas para se consolidar, como demonstram os relatos a seguir:

[...] eles entregam o paciente e desaparecem (médicos assistentes), então a gente fica com as mãos atadas, porque a gente não sabe o que vai fazer. O paciente fez cirurgia, botam o paciente aqui, a gente diz que tem que, (re) abrir o paciente eles dizem que acham que não e daí fica naquela embromação, a gente dizendo uma coisa e eles outra, é sempre assim. Então a dificuldade que a gente tem é, às vezes é, discernir o que é investível e o que não é investível. (MED 2)

[...] o que me aborrece, que frustra, acredito que não só eu quase toda a equipe, é a falta do trabalho em equipe integrada. Então se precisa de um cirurgião, precisa de um procedimento, aqui é muito difícil se conseguir, a gente tem que ficar implorando, correndo atrás, pedindo [...] às vezes até denunciando a um superior como a própria direção. [...] tu precisa de uma traqueostomia fica um tempão pedindo, implorando por uma coisa que, que é pro bem do paciente. Não to falando que é culpa disso ou daquilo [...] às vezes é porque o bloco ta cheio [...] às vezes

esbarra na falta de interesse de alguns colegas também. Mas não é só isso né, às vezes é a falta de recurso [...].(MED 3)

A integração do trabalho entre os diferentes profissionais sem dúvida é indispensável para que as ações de tratamento, reabilitação e cura possam ocorrer harmonicamente na atenção ao paciente. Na concepção de Silva (2001, p. 02), trabalhar em uma UTI “é viver diariamente a dúvida de até aonde ir, por que ir, quando parar, em quem investir e, mais ou menos conscientemente, refletir se, quando suprimimos a liberdade física, psicológica, real de um ser humano, não o estamos mutilando, castrando-o no que constitui a sua essência e aspiração mais profunda”. Com efeito, é indispensável o direcionamento frente a uma situação problema, que todos os profissionais envolvidos neste processo direcionem suas forças para o bem-estar dos pacientes, mesmo quando a cura já não é mais possível.

Frente a isso, pode-se dizer, conforme o que foi relatado, que existe certo descontentamento por parte dos profissionais médicos entrevistados quando mencionam que, por vezes, não existe uma ajuda mútua dos colegas para atender os pacientes que necessitam de cuidados específicos, fazendo que ocorra uma certa desestabilização na assistência. Diante dessa possibilidade, os intensivistas vivenciam um dilema diário sobre a manutenção de um tratamento definido como fútil, inútil ou desaconselhável (MORITZ, 1999).

Complementando o que foi exposto anteriormente, surge a temática que põe, no centro da discussão, as decisões que implicarão na realização ou não da RCR pelo médico. Com efeito, os próprios médicos, detentores do processo decisório quanto às condutas terapêuticas, esbarram em incertezas e dúvidas sobre suas ações, ou seja, o trabalho é conduzido repleto de contradições, que provavelmente repercutem no vivido do paciente.

[...]dependendo de quem é o médico assistente tu se obriga a ter que toma medidas que até tu não estaria de acordo, como o ressuscitar. (MED 2)

Existe aquele colega que faz tudo até o final de uma maneira bastante exaustiva, mas também existem aqueles que pensam que não vale a pena, mas também não tem tanto cuidado com a terminalidade enfim. As pessoas mais racionais, eu acho, que é o que estou tentando me enquadrar nelas, tentar oferecer o que é possível de uma maneira racional, sem estar prolongando. As vezes se está vendo que eles tão indo e, e os colegas continuam pedindo exames e pedindo procedimentos e fazendo hemodiálise e botando cateter e dreno, isso eu acho muito ruim[...]. (MED 3)

O rotineiro é quem decide se vai ser reanimado, se não foi passado nada daí é reanimado. Geralmente se faz tudo no plantão a não ser que seja passado. (MED 4)

É interessante pontuar que não existe um protocolo dos médicos, quanto aos procedimentos a serem adotados diante de situações limites. Nessa perspectiva, é destacável

considerar que os profissionais podem se sentir inseguros frente às decisões de limitações de tratamento que envolvem os pacientes terminais. Assim, os protocolos poderiam auxiliar e minimizar o sofrimento, não somente no paciente, e o possível descontentamento que os profissionais médicos sentem com relação aos diferentes posicionamentos e condutas conflitantes. Com efeito, enquanto não existir uma norma, e frente ao temor de fazer o errado, tem-se como resultado diversas possibilidades de interpretações.

A posição tomada pelo médico muitas vezes é não prolongar o sofrimento humano, conforme suas convicções e expectativas frente ao quadro clínico, o que se acredita que seja mais coerente e certo para os pacientes que não possuem mais expectativa de cura. Porém, o que pode acontecer é o prolongamento desnecessário da vida, por existir certa resistência de um membro da equipe em tomar atitudes que apenas paliem a dor sentida pelo paciente e pelos familiares, bem como dos profissionais.

Cabe enfatizar, que a decisão de não ressuscitar um paciente terminal seja efetuada em decorrência de uma discussão entre a equipe multiprofissional que atende a família, o paciente, se este puder opinar, e se necessário com o respaldo de comissão de ética ou bioética da instituição. Portanto, as alterações relacionadas com essa temática necessitam ser muito bem pautadas e estruturadas.

Partindo do que foi exposto, Peduzzi (1997) contribui no sentido de que a ampliação da discussão acerca das relações interpessoais no trabalho em equipe, é essencial considerando que requer a explicitação e o enfrentamento dialógico de conflitos, buscando uma dinâmica de flexibilidade das regras, negociações e acordos entre os agentes, requerendo compartilhar decisões e responsabilidades. Desta forma, as condições de trabalho em equipe, sejam elas entre diferentes profissionais, ou até mesmo entre as diversas especialidades médicas que atendem o paciente em UTI, necessita ter seu posicionamento direcionado, a fim de que suas ações sejam realizadas e consentidas por todos, com o intuito final de beneficiar, somente o paciente que se encontra a mercê de seus cuidados.

Mas assim, a gente faz a nossa parte, o médico assistente faz a parte dele, então às vezes, até a gente não concorda muito mas o médico vai lá e bota hemodiálise, bota nutrição parenteral e bota mais não sei o que e nós temos que ficar ali fazendo o meio de campo. (MED 2)

Percebe-se que as decisões que envolvem os limites da vida e da morte são permeadas por muitas dúvidas, que impossibilitam direcionamentos claros e objetivos. No entanto qualquer diagnóstico de doença assim como a existência ou não de possibilidades terapêuticas

não devem ser traçados por apenas um médico, mas por uma equipe multidisciplinar de saúde (COSTA; DINIZ, 2004), com um melhor amparo às decisões que supostamente serão tomadas, no entanto para que isso aconteça é necessária a sincronia de ações.

As menções até então apresentadas, destacavam as relações entre as diferentes especialidades e assistentes médicos. No entanto, como se sabe a equipe é formada por outros profissionais, o que na próxima fala será ilustrado.

Uma vez um paciente que já tava quase sendo tamponado o colega teve que (re) entubar o paciente colocar no respirador para o médico trazer a família para dentro da CTI para ver o paciente já morto. Para depois ele comunicar a família que o paciente tinha falecido né. Então, assim. cada caso é um caso. (MED 2)

O episódio descrito é uma atitude que pode ser interpretado de duas maneiras: uma atitude extremamente desumana por utilizar do corpo do ser humano morto para iludir e enganar os familiares, omitindo as reais condições do paciente; ou a atuação do médico foi pensada no sentido de fazer com que os familiares tivessem o último contato com o paciente, com o propósito de que se despedissem. Acredita-se, na segunda opção, considerando que o médico desejava propiciar aos familiares a chance de ter o contato com o seu familiar, na esperança que o mesmo estivesse vivo.

O importante é que em todas as situações o objetivo maior de atenção deve ser assistência qualificada e a manutenção da dignidade do paciente que deve se sobrepor a qualquer outra atitude; para isto a participação assídua da família é fator indispensável para que todos os direcionamentos e condutas ao paciente sejam consentidos pelo familiar. Importante trazer à tona, que Costa e Diniz (2004) destacam que diferentemente, no passado, decisões sobre o tratamento eram exclusivas da equipe de saúde; hoje, estimula-se que os familiares e pacientes participem da tomada de decisões, especialmente daquelas consideradas centrais à existência humana, como são as relacionadas ao início e ao fim da vida.

Contudo, partindo do exposto, é destacável que esse pensamento não seja uma rotina frente aos relatos apresentados, contudo acredita-se que seja uma tendência, partindo do pressuposto os que procuram os serviços de saúde estão mais orientados quanto aos seus direitos e o que a tecnologia pode oferecer aos pacientes.

Enfim, é importante que em não havendo possibilidade de recuperação do paciente terminal, a atenção da equipe multiprofissional deve ser canalizada para o conforto físico, afetivo e emocional do paciente e de sua família. Assim, quando lidam-se com vidas, espera-se que o consenso seja algo que faça parte das condutas, que os profissionais médicos possam

decidir frente aos cuidados com o paciente, atentando as opiniões da família, dos familiares e ou de seus representantes.

Categoria 5 – Família e processos decisórios

Na realidade onde foi realizada a pesquisa, os profissionais médicos enunciam que os pacientes costumeiramente não compartilham das decisões, por se encontrarem debilitados e dependentes de aparatos tecnológicos que impossibilitam a sua participação. Na maioria das vezes, os responsáveis por decidir as formas de tratamento e conduta a serem tomadas aos pacientes, são dos familiares, o que por diversas vezes não acontece. Contudo, salienta-se que uma das tarefas mais importantes de um intensivista é fornecer, de modo apropriado, informações claras e realistas, mas também compassivas e solidárias. Particularmente, nas situações de terminalidade, os encontros podem ser difíceis e complexos quando não existe uma relação previamente estabelecida entre intensivistas e familiares (SOARES, 2007).

Frente a isto, é indispensável a comunicação direta dos profissionais médicos, bem como da enfermagem, a fim de esclarecer possíveis dúvidas e assim manter um meio de segurança propício no momento em que se necessita de alguma decisão, o que por sinal configura uma ação importantíssima para o bem-estar do paciente e para a consciência do familiar ou responsável legal que vive um momento intensamente conflituoso.

Em face disso, a exclusão da família não pode ser tolerada, pois exerce função complementar ao ser que é cuidado. O paciente não pode ser visto de forma isolada, desconsiderando a sua família, obviamente quando a possui. A atenção dispensada para os familiares é imprescindível para o cuidado do paciente na iminência da morte. Desta forma é necessário que os profissionais os incluam, pois assim a relação será de confiança e os entes queridos poderão contribuir nas decisões que beneficiarão os pacientes. Corroborando, Waldow (2004) entende que quando os familiares são esclarecidos e informados sobre o que realmente está acontecendo com seu familiar doente, a família constitui uma ajuda, caso oposto, podem prejudicar o cuidado.

Na UTI, as informações das condições do paciente comunicadas aos familiares, auxiliariam como alternativa de ajuda no processo decisório de conduta no tratamento. No entanto, os médicos não mencionam o fato como rotina e padrão, ou seja, o assunto é

complicado de ser abordado, pois a morte em si é abstrusa de ser discutida, como demonstram as falas abaixo:

Na verdade eu gosto de compartilhar com a família, pois tem muitas que não gostam e não querem que o paciente seja reanimado, como tem as que não querem que o paciente seja entubado e colocado em ventilação mecânica. Mas normalmente na UTI as decisões são discutidas entre o plantonista, o rotineiro, os residentes, os estagiários, é uma coisa que é discutido. (MED 5)

O reconhecimento de que o contato com o familiar e de que as discussões quanto às decisões de tratamento do paciente deve ser ampla, de fato é o mais indicado. Frente a isso, considera-se conforme a AMIB (2007) que algumas pessoas querem o tratamento mais radical possível, agressivo, não importando o desfecho final. Já outras pessoas querem tal tratamento se a chance por um desfecho favorável for elevada. Diferentemente preferem um tratamento menos agressivo, com maior tendência ao conforto e à analgesia, uma vez que a cura não será possível. Para poder conhecer o perfil do paciente, é muito importante que a equipe converse com a família, ou com quem ele mais convivia intimamente e conhecia seus desejos.

É conversado com a família e muitas vezes no dia-a-dia que vai se falando para família das tentativas. A gente divide essas frustrações com a família, de dizer assim: “nós tentamos, mas ele não reage, o pulmão, o rim e o coração não melhoram, a infecção não melhora”, e daí a família vai absorvendo esse não melhora e é claro depende das crenças, da cultura, de vários fatores de cada família o pacote que a família traz com ela, a bagagem que a família traz (MED 1).

Percebe-se pelo depoimento acima que a família é encorajada a participar das decisões que envolvem limites de tratamento aos pacientes terminais. Quando a morte é uma probabilidade muito próxima, conforme Carvalho et al. (2001), existe concordância de que ela seja tranquila, sem dor e desconforto. Por isso, quando se enquadram situações em que a adoção de novas terapias não trará benefícios ao paciente, e pelo contrário, somente mais sofrimento, cabe aos profissionais da UTI abrirem um processo de discussão baseado em conceitos éticos e morais, e que inclua todos os participantes da equipe e a família do paciente.

É importante que a equipe assistencial tenha uma postura de solidariedade e compreensão; assim como se disponha a discutir as alternativas apresentadas pela família. É indispensável a sua interação, só que, para isso, os familiares necessitam estar munidos de informações quanto ao quadro do paciente e o médico necessita estar muito seguro do

diagnóstico e da sua decisão para ter condições de abordar os familiares. Quanto a isso, no relato a seguir, esboça-se esta preocupação por parte dos médicos:

[...] tu tem que estar ciente e convicto, tem que ter certeza daquilo, da indicação (não-reanimação) e da contra-indicação de reanimar e tem que ter uma boa relação com a família, é bom que a família participe, a família tem que participar. Quanto mais a família, mais próximo a família tiver, mas quanto mais a família participar dessa decisão, melhor. (MED 4)

A partir deste relato, valoriza-se a experiência de Kipper (1999) expondo que quando o mesmo tinha de tomar decisões de fim de vida, esses sempre foram muito fáceis quando havia uma ótima relação do médico, paciente e família e quando, na consciência, se estava convencido de que a conduta proposta era a melhor para aquele paciente, naquele lugar e momento. Contudo, este mesmo autor, enfatiza que o debate dessas questões é necessário e profícuo, mas a decisão é essencialmente do médico e do paciente, não devendo ser regulamentada nos detalhes, punida quando decidida e recomendada, quando não desejada pelo médico ou pelo paciente.

Muitas vezes, o médico e os profissionais em geral escondem-se atrás de um palavreado incomum aos familiares, conforme expressa Silva (2001, p.9):

É com mal disfarçada irritação que alguns médicos e enfermeiros procuram desvencilhar-se de perguntas e pedidos presentes a todo o momento em seu cotidiano e que cobram um saber, muitas vezes, não biológico, uma interpretação, uma nomeação do sofrimento. É terrível ter questionada a nossa onipotência! Utilizamos a linguagem técnica e elaboradíssima para manter a distância: o paciente está hemodinamicamente estável.

A esse respeito, a realidade vivenciada tenta opor-se à idéia de Silva, pois conforme o relato a seguir, parece haver uma nova tendência que prioriza a atenção à totalidade do indivíduo em vida e na iminência da morte.

Eu sempre quando vou explicar para os familiares à situação de cada paciente, eu sempre procuro uma maneira mais prática ou que eles entendam, eu tento mostrar para eles que a sobrevivência na UTI depende muito da vitalidade de cada órgão. (MED 1)

A esse respeito, hoje, a medicina tenta a aproximação com a família, com o intuito de ancorar suas decisões, bem como evitar um prolongamento desnecessário do sofrimento do paciente.

É cada vez mais, cada vez mais a gente chama (FAMÍLIA) para dentro da UTI hoje, hoje o médico mudou muito [...].(MED 4)

Até pouco tempo havia uma relação muito formal entre o médico e o paciente. Essa formalidade já é menos evidente. Partindo do exposto, Pithan (2004) entende que mesmo o médico tendo certeza da irreversibilidade do diagnóstico e prognóstico do paciente, parece-nos que a futilidade de um recurso terapêutico deve ser estabelecida, levando-se em consideração os valores e desejos do doente quando possível e/ou de seus familiares. Deste modo, o profissional médico sentir-se-á mais tranqüilo, pois certamente não estará infringindo uma ação considerada por ele adequada, embora questionável por outros, ainda mais com o consentimento do familiar ou do próprio paciente.

É necessário o respeito à autonomia do paciente, quando este for capaz de decidir, contemplando um princípio da bioética, a autonomia. Assim, Costa e Diniz (2004) corroboram no sentido de que o princípio da autonomia assumiu uma posição central no debate sobre o direito de morrer, sendo considerado uma peça fundamental para a eticidade da prática. Desta forma, respeitar a vontade do paciente, quando este estiver em condições de resolver é cumprir estritamente com o direito que cabe a ele. Pode-se perceber na fala a seguir, como esta situação é encarada:

[...] eu sou totalmente sincero, se vêm me perguntar, eu vou dizer, “você tem isso, isso e isso”, tenho chance de morrer “tem chance de morrer”. [...] você não pode ter aquela postura de que o médico é o senhor do saber, aquela coisa, isso mudou muito. Hoje em dia é muito mais, não é um acordo de fim é um acordo, é um acordo de meios; então, você vai dizer oh você tem essa doença, teu laudo, teu diagnóstico, aqui seu tumor e as opções de tratamento são essas, essas e essas. Eu lhe recomendaria como a melhor essa. Mas a decisão é do paciente. Então você tem que está consciente que não é você que decide, eu gostaria entendeu que o paciente recebesse o que fosse o melhor para ele. Mas se ele não quiser o tratamento A que cura uns 60%... e quiser o tratamento C que, 5%, eu tenho que respeitar a autonomia é dele. (MED 5)

Considerando o relato acima, é importante considerar que nunca se pode esquecer que o conteúdo e o significado da fase terminal da vida de um ser humano – a expectativa da morte iminente, o lugar onde ele se encontra, a agonia, o sofrimento e os rituais que precedem a sua morte, estão intrincados nos valores basilares que ele crê, e nos costumes e tradições que envolvem este momento, na cultura a que ele pertence (FRANÇA, 2000).

Sob este prisma e reconhecendo a importância do princípio da autonomia, Sá (2005) alerta para alguns entraves que fazem a discussão sobre o direito de decisão do paciente uma lacuna a ser preenchida, como por exemplo: como saber sobre qual seria a real vontade do

indivíduo. Será que um paciente em estado gravíssimo e na iminência da morte teria condições de decisão e autorizar a própria morte? E se a exigência fosse em relação ao consentimento dos familiares não menos complicada seria a situação, em face de interesses inconfessáveis que poderiam fluir contra o paciente.

Embora exista esta preocupação expressa pela autora supracitada, em oposição tem-se uma realidade que prima pela dignidade do paciente na iminência da morte. Por ser um assunto difícil de ser abordado, muito embora os profissionais médicos tenham o costume de comunicar a família, por vezes a tentativa está centrada numa preparação da iminência da morte. Não escancarando a morte próxima do paciente, mas aos poucos tentando convencer a família da realidade, ou seja, da debilitação do doente. Diante disto, os relatos abaixo enunciam esta preocupação de fazer com que a família aceite de forma mais tranqüila a morte do ente querido.

É a gente costuma, nas últimas conversas, quando se vê que a coisa está evoluindo para a morte conversar sobre a situação difícil do paciente. A gente acaba tendo que usar esse subterfúgio para que eles entendam, então eles querem, digamos nestas últimas horas ele piorou muito, talvez não resista mais 24h ou talvez não resista passa essa noite, se tu quantifica assim eles conseguem se prepara. [...] ele piorou muito, tem uma chance de ele sobrevive ainda isso, isso nas próximas horas de uns 10%. Aí parece que eles conseguem entender o que se, que ta se falando. (MED 3)

Diariamente se fala, vai preparando e dependendo de cada família tu vai colocando, pouco casos tu consegue dizer que não vai reanimar. (MED 4)

A tentativa discreta de preparar o familiar para a morte do ente querido é uma atitude coerente, partindo-se do pressuposto que a dedicação não vale somente aos pacientes, mas também aos familiares que sofrem tanto, quanto ao paciente que presente sua morte.

Os relatos apresentados, de fato, demonstram que a comunicação das reais condições do paciente são fidedignamente traduzidas aos familiares ou ao próprio paciente quando possível, o que comprovaria o direito de manter a autonomia e a sua dignidade. No entanto, na categoria já discutida, destaca-se que por diversos momentos os profissionais médicos possuem certo receio de comunicar os familiares as suas reais condições e evitam o contato. Isso traduz numa atividade que não é direcionada, isto é, as condutas são realizadas de acordo com as convicções de cada profissional que assiste temporariamente o paciente.

Assim, pode-se findar expondo que existe certa incoerência nos discursos proferidos, que sem dúvida traduzem ainda, uma discordância entre o que é falado e o que é realmente

realizado, pois se acredita que se as ações fossem homogêneas os discursos seriam, de fato, similares e não contraditórios.

Categoria 6 – Ortotanásia: ação presente e ilícita

A UTI é uma área especializada do hospital, e tem por objetivo atender indivíduos com comprometimentos reversíveis e que necessitem de um pessoal qualificado para suprir suas necessidades. Contudo, em determinadas circunstâncias pode-se chegar num momento em que nenhum tratamento conhecido possa auxiliar o paciente, ou ainda o risco ser superior ao benefício. Nesse momento, decisões acerca de manter ou suspender determinadas terapias de suporte de vida devem ser tomadas, se possível em conjunto com o paciente, ou baseado em suas decisões previamente expressas. Quando isso não for possível, familiares e amigos, médicos da família e outros membros da equipe da UTI podem ser reunidos para tomarem essa decisão no lugar do paciente. (AMIB, 2007).

No entanto, o que foi percebido a partir dos resultados obtidos por meio das entrevistas com os médicos da UTI é que muito embora se saiba das condições da doença do indivíduo, em circunstâncias intangíveis é limitado o saber sobre quando uma patologia não é mais tratável com o objetivo da cura:

Hoje a gente consegue salvar mais vidas, reverter mais as funções, ou dar mais sobrevida, mas tem alguns pacientes, por exemplo como aconteceu agora no mês passado, paciente que estava sem reserva pulmonar e graças ao atendimento intensivo aqui na UTI ele conseguiu alta da UTI pro andar, mas essa melhora não se sustentou, pois não tinha uma reserva pulmonar, ele acabou piorando, também pelo processo de envelhecimento e não saiu do hospital, ou seja, houve um investimento enorme ficou 3 meses aqui, saiu da UTI, ficou mais cinco meses na enfermaria e acabou falecendo. E daí a gente se pergunta, “vale a pena?” é uma pergunta sem resposta, porque ao mesmo tempo que teve dois ou três que não sobreviveram tivemos vários que sobreviveram e não existe um marcador. (MED 1)

A partir do exposto, existe uma demarcação muito tênue entre manter a vida e deixar morrer, pois não se sabe qual é o limiar para a realização de uma limitação de suporte de vida, como é o caso, por exemplo, de quando realizar a RCR cardíaca. Neste contexto, surge a enunciação da palavra ortotanásia que é tida como uma ação presente na UTI, mas mascarada e pouco pronunciada por denotar algo contra os princípios basilares da Instituição hospitalar, ainda pela questão de ser um conceito pouco difundido e com muitas dúvidas a serem

esclarecidas, bem como o medo e o receio que os médicos possuem em realizar este ato, embora ético do ponto de vista da ação médica, mas ilegal frente à justiça brasileira.

A realização da ortotanásia, embora não suficientemente clara por parte dos entrevistados, está relacionada com os procedimentos da não RCR. Importante enfatizar que em nenhum dos relatos dos médicos foram enunciados os exemplos de retirada de algum medicamento ou do respirador mecânico, bem como a provocação da morte, como o caso de administrar uma droga medicamentosa com dose letal.

Assim, pode-se dizer que a ortotanásia é representada pelos profissionais médicos como um ato ilegal, porém rotineiro na UTI e caracterizado pela não RCR nos pacientes reconhecidamente sem expectativas de cura, ou seja, pacientes considerados fora de possibilidades terapêuticas. A esse respeito, basicamente a problemática se situa na dúvida se existe respaldo no ordenamento jurídico brasileiro para não proceder a RCR em pacientes irreversíveis. Corroborando, Pithan (2004) menciona que as não RCR configuram-se numa estratégia de conduta corriqueira no meio hospitalar, embora tal prática ocorra de forma velada. Seguem algumas falas que transmitem uma idéia inicial da ortotanásia no contexto hospitalar:

A ortotanásia, [...] a hora certa de morrer, [...] o nosso código penal de 1947, é um código que está deturpado, inclusive isto está fora da realidade, inclusive quando surgiu esta lei isto gerou uma discussão aqui dentro, nós fizemos alguns seminários algumas discussões para trazer, e principalmente para alertar a equipe, assim que mesmo com a concordância da família e mesmo a gente tendo uma cobertura legal do CFM, em seguida houve uma liminar do conselho, se não me engano, dos juízes de Brasília [...] é uma situação que legalmente não está bem definida, mas ela é bem evidente aqui na UTI. (MED 1).

O assunto ortotanásia acontece na área médica só em congresso. Internamente não. Todo mundo sabe que isso acontece, mas quando alguém aparece e diz que faz o cara é sei lá o que (negligente). (MED 2)

Pelos relatos apresentados, admite-se o receio dos médicos em tratar do assunto ortotanásia, simplesmente por considerarem diversas entraves para que a aplicabilidade seja isenta de qualquer tipo de punição. Desta forma, com relação à realização da ortotanásia, Torreão et al. (2000) entendem que no meio médico, o medo de processo judicial está associado ao direcionamento da relação com a omissão de socorro, pois no Código Penal vigente, que data de 1940, o artigo 135 trata o crime de omissão de socorro como sendo: “deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo, ou em grave e

iminente perigo; ou não pedir nestes casos, o socorro da autoridade pública.” (BRASIL, 1940).

Partindo deste pressuposto, o profissional médico poderia ser punido legalmente, por deixar de prestar uma ação que poderia ter sido efetuada, muito embora, o paciente pudesse viver somente por mais algumas horas ou dias. Em consequência disso, é preciso atentar para esta preocupação iminente e que com certeza necessita ser pautada nas conversas em diversas áreas, para que se tome como ponto de partida a consideração do bem-estar do paciente que muitas vezes acaba sofrendo demasiadamente, tendo seu processo de morte negado, em virtude dos entraves legais que giram em torno de sua doença e das possíveis condutas.

A discussão sobre a legalização da ortotanásia no Brasil, conforme resolução²⁰, é pautada, também, na repercussão social de sua implementação, bem como em decisões que envolvem os limites impostos no fim da vida. Existe, além do impedimento legal, questões que impossibilitam a sua ação livre de qualquer tipo de constrangimento, como acontece na relação que é efetuada pelos profissionais médicos, de considerar que a sociedade poderia relacionar as questões econômicas que envolvem o paciente.

[...] as pessoas que tem mais dificuldade de lidar com a morte, de lidar com desafios e com seus próprios sentimentos [...] deve ficar meio paranóico no sentido de pensar que aprovando uma lei dessas, “e se eu cair na mão de um médico pouco sensível e pouco humano ele irá investir pouco em mim e vai dizer que eu sou terminal, ele vai deixar de me salvar” [...]. (MED 1)

A fala explicitada pelo médico é uma das justificativas que pautam os seus momentos decisórios frente às ações diante dos pacientes terminais, ou seja, a ortotanásia ligada à capacidade da população pensar que a vida será abreviada em virtude da insensibilidade do médico. Junta-se a esta preocupação social o que Pithan (2004) relaciona como sendo um dos problemas, na interpretação dos médicos dos critérios determinantes ao considerar os limites impostos no fim da vida, de não serem oferecidos todos os recursos necessários em determinados casos, em função de limitações financeiras dos pacientes. As razões pelas quais os médicos não oferecem ou retiram recursos terapêuticos dos doentes não podem ser, determinadas pelo poder aquisitivo do doente.

Frente a isto, esta preocupação é iminente, além das outras mencionadas. Desta forma, os médicos procuram assegurar suas ações de aplicabilidade ancoradas em condutas planejadas e respaldadas.

²⁰ 1.805, de 9 de novembro de 2006, do CFM, que autoriza a prática da ortotanásia.

[...] fiz um levantamento até visando criar uma comissão de ética multidisciplinar, para que a gente discutisse esses pacientes e que a gente tivesse um respaldo de uma comissão de ética maior para que nós não tomássemos decisões sozinhos, pois isto pesa muito, assim, pesa na tua consciência daqui a pouco tu tá sendo juiz e Deus, Deus com “d” minúsculo, decidindo quem vive e quem morre, e eu acho que essa é a preocupação de todo esse povo que correu atrás contra a ortotanásia, porque a gente sabe assim que uma lei dessas pode ser deturpada. (MED 1).

Nesta perspectiva, considera-se que muitas são as barreiras e limitações para a implementação de cuidados de final de vida no Brasil. Não apenas na comunidade leiga, mas também por muitos profissionais de saúde, existe uma grande confusão sobre definições de termos como “eutanásia”, “ortotanásia”, “distanásia”, “cuidados paliativos” e “cuidados de final de vida”, dentre outros (SOARES; TERZI; PIVA, 2007). Desta forma, considerando o desconhecimento conceitual e a aplicabilidade dos termos mencionados, fica extremamente difícil estabelecer uma conduta ou um diálogo decisório, para que a ação da ortotanásia seja de fato aplicada nas instituições hospitalares, especificamente nas UTIs com o intuito maior de propiciar um morrer com dignidade englobando a família.

Outra questão, que repercute na impossibilidade de uma conversa mais livre de qualquer tipo de preconceito é com relação ao que expressa Diniz (2006, p. 1743) com os equívocos de associação conceitual da eutanásia e ortotanásia:

o fantasma deixado pela II Guerra Mundial e os relatos atroz dos crimes cometidos pelos médicos nazistas é, ainda hoje, uma sombra ao debate bioético sobre o direito de morrer. Para muitas pessoas, em geral aquelas pautadas em premissas religiosas, eutanásia seria sinônimo de extermínio de pessoas vulneráveis, e a simples enunciação do conceito é um tabu moral.

Incontestavelmente, este é um marco determinante que pauta a discussão da ortotanásia até por considerar sua conceituação e relação com outros atos criminosos pela sociedade. A ortotanásia é presente no vivido da UTI, no entanto a eutanásia é distante, pois é reconhecida pelos profissionais médicos, como o pedido do paciente para morrer ou suicidar-se ou a provocação da morte por meio de um procedimento médico. Assim, alguns conceitos relacionados à eutanásia são citados, logo a seguir pelos médicos entrevistados:

A eutanásia ou a pessoa ela se suicida, ela se antecipa aquela fase mais perto do fim da vida [...]. A eutanásia não se passa muito dentro da UTI, pois geralmente os pacientes não estão conscientes estão sedados eles não tem oportunidade de pedir para morrer, isso nunca me aconteceu aqui dentro, nunca aconteceu! Então a eutanásia passa mais longe da UTI, a eutanásia passa mais perto dos pacientes com câncer. (MED 1)

[...] o paciente está evoluindo mal, eu tenho um paciente no pronto socorro para internar que é um paciente jovem que está mal que precisa do respirador, que eu preciso de um leito, que eu iria lá e baixasse a FIO2 do respirador que eu desligasse a noradrenalina para ver e abreviar a morte; isso seria uma eutanásia. (MED 2)

A eutanásia na verdade do ponto de vista legal, ela é ilegal, a gente não pode [...] então, por mais que a gente seja contra ou a favor, a gente não pode fazer. (MED 5)

Convém ressaltar, novamente, que a ortotanásia é encontrada como sinônimo e também conhecida como eutanásia passiva, tendo como objetivo não utilizar meios que prolonguem a vida do paciente reconhecidamente incurável, obviamente, partindo da premissa de que houve consenso entre os profissionais inclusos na assistência, familiares, e paciente. Por exemplo, situações em que a família deseja que a RCR seja efetuada, conflitando com a opinião da equipe multiprofissional, exigem que a RCR seja realizada. A decisão de não reanimar, adotada em conjunto pela equipe e responsáveis pelo paciente, deve ser claramente registrada e justificada no prontuário do paciente. Salientando-se que não deve ser tarefa do plantonista, exclusivamente.

Em consequência disso, a realização da ortotanásia não está explícita, estando obscura em meio de ações que, muitas vezes, passam despercebidas, considerando que o relato fidedigno do que aconteceu durante a não realização de um procedimento é ocultado, simplesmente pelo fato de ser um assunto nebuloso e cheio de incertezas no Brasil, conforme o relato a seguir:

[...] em outros países eles colocam na pasta e daí o médico ao ser chamado para atender uma intercorrência ele já olha aqui tá escrito, paciente não reanimável. Por exemplo, isso nem tem no Brasil [...] a gente aqui ninguém bota SPP na pasta, ninguém bota não reanimável. Aqui cada um tem a sua consciência, cada um faz o que quer. (MED 2)

A menção de que cada um faz o que quer, confirma o que em outros momentos foi discutido. A assistência médica não possui um protocolo que conduza as ações quando surgem as situações conflitantes de limites de final de vida, somado ao fato das punições legais a que eles alegam estar sujeitos. Desta forma, cada profissional médico pode agir de acordo com as suas convicções, reagindo por diversos momentos de maneira distinta, ou seja, decisões individuais. Acredita-se que fazer o que cada profissional reconhece como certo, não prima à assistência qualificada e respeitosa a assistência ao paciente e familiares. O importante é dar voz aos envolvidos para que possam realizar as condutas, amparados nos desejos dos interessados e para o bem de todos.

No entanto, a consequência pode ser paradoxal: os médicos cometem um ato ilícito (falsidade ideológica) por medo de serem processados por um ato que teria respaldo jurídico (a não RCR), desde que tomado de acordo com a vontade do paciente ou seus representantes. Porém, é justamente a omissão de registro nos prontuários que não permite saber se esta vontade foi ou não respeitada. Terá havido consentimento da “ordem de não-ressuscitar”? Terá havido verdadeira recusa da ressuscitação? (PITHAN, 2004, p.41). Indubitavelmente, o registro não acontece por existir a possibilidade de considerar a não RCR como omissão de socorro, o que inibe a ação médica, embora reconheçam sua legitimidade.

Este fato é trazido por um estudo realizado por Torreão et al. (2000) com relação aos registros nos prontuários sobre a RCR, onde constataram 72% de registros incorretos no prontuário quanto aos procedimentos realizados quando da constatação da PCR. Mesmo em alguns casos em cujos prontuários os médicos responsáveis haviam escrito “paciente internado para cuidados terminais; família ciente” foi registrado no prontuário pelo médico que constatou o óbito “feitas manobras habituais de ressuscitação, sem sucesso”.

Embora se saiba das diversas interfaces nos assuntos relacionados aos limites impostos no final da vida, incluindo a relação da ortotanásia, essa ação é realizada pelos médicos, contudo de forma velada, em virtude das diversas implicações legais e sociais que essa ação provoca. Com isso, a partir da análise das falas dos entrevistados, podem-se extrair alguns dos significados que os médicos atribuem a ortotanásia:

O significado da ortotanásia é “a hora certa de morrer”. Nós não podemos interferir nesta hora certa, nós não podemos por meio da nossa obstinação terapêutica atrasar esta hora, é necessário ir mantendo a dignidade [...](MED 1).

[...] deixar de invadir, de fazer procedimentos, adotar medidas de manutenção, hoje em dia a gente até nem pode legalmente, retirar [...] a gente não intervêm, não atua mais do que aquilo ali, mas também não tira o que está sendo oferecido. Sempre tentando proporcionar pelo menos a analgesia e numa situação inusitada. Para que tenha o mínimo de suprimento. (MED 2)

No caso seria mais assim a interrupção, no atendimento que tiraria todo o tratamento, tudo que mantém a vida do paciente. Mas, assim retirada, não. Nem diminuição de dose, nada. [...] a gente nem reduz, a gente nem mexe, só não evolui, não aumenta, não coloca outras coisas. (MED 3)

Fica difícil de dizer por que é o contexto dela é [...], um conceito assim agora não me recordo. Seria [...] naquele paciente que é terminal, se não tentar prolongar o sofrimento dele, ou se não tentar ajudar ele, então esse aí seria o conceito de ortotanásia. (MED 5)

Considerando os relatos dos médicos entrevistados, tem-se que a ortotanásia é a hora certa de morrer, e que em nenhum momento são retirados os tratamentos, mas sim se deixa de investir naqueles pacientes reconhecidamente incuráveis. Ou ainda, embora saibam de fato como acontece a ortotanásia, não conseguem explicar o seu conceito. Convém lembrar que a ortotanásia caracteriza-se pela “limitação ou suspensão do esforço terapêutico, ou seja, do tratamento ou dos procedimentos que estão prolongando a vida de doentes terminais, sem chance de cura” (GOMES, 2006, p.23). A esse respeito, pode-se perceber uma sincronia dos conceitos dos médicos entrevistados com os encontrados nas bibliografias, salientando que o seu significado deve ser amplamente reconhecido, a fim de evitarem equívocos e distorções.

Complementando, embora a conceituação seja apenas uma definição meramente teórica, alguns relatos serão relacionados a sua aplicação:

O significado da ortotanásia é “a hora certa de morrer”, quer dizer a tecnologia fútil (é eu pegar um paciente com câncer que está na UTI e um paciente com câncer de pulmão, que tinha uma metástase no fígado e foi necessário confirmar o diagnóstico, daí ele foi para uma biopsia do fígado e daí complicou com uma hemorragia depois destas complicações diversas parou na UTI e evolui mal e acaba entrando em insuficiência renal – a hemodiálise neste caso é fútil) é lógico que vai se prolongar o sofrimento e que para este paciente tu tem em torno de 4 a 5 meses de sobrevivência com uma doença metastática e quanto tempo tu demoraria para tira-lo desta situação, em torno de 1 mês, e daí tu vai deixar 1 mês dialisando para oferecer uns 3 meses de vida, quer dizer não se vai tirar, principalmente analgésico, o conforto não é retirado, só não é colocado esse prolongamento que a gente tem certeza que é fútil. (MED 1)

[...] eu fiz um plantão ontem que tinha um senhor de 90 anos que tava internado já há 20 dias, e eu recebi o plantão e a colega me passou, o médico assistente disse que não era para reanimar, então tem muitas vezes que o médico assistente, ele mesmo já coloca isso. O paciente não é reanimável. [...] Muitas vezes ah, nós tomamos essa decisão, então o paciente que está, que a gente vê que não tem ah, ah não tem possibilidade de cura, que a qualidade de vida vai ser muito ruim, se ele teve uma intercorrência e ele parou; nós avisamos o médico que ele faleceu, né. (MED 2)

[...] a ortotanásia eu acho que todo médico que trabalha em UTI faz, se não intencionalmente pelo menos passivamente. Ah, o paciente está com a pressão baixa, deixa assim. Isso é, por que ele não está interferindo numa coisa que poderia está sendo feita. (MED 4)

Tudo vai do quão seguro, tu está daquilo que está fazendo. Por exemplo, se tu está seguro de que a paciente realmente, que é grave tu faz aquilo com a maior segurança, é igual a um paciente com neoplasia, tu tem o diagnóstico da lesão, pois já foi feita a investigação. Se está seguro, a facilidade é muito mais fácil chegar [...] “esse paciente senhor fulano ele tem uma neoplasia tá em estágio tal, nós vamos só [...]”. Então muda muito do paciente terminal ou mesmo do paciente crônico em nível de UTI. Vocês sabem que ele é terminal se a gente fizer tal coisa, vamos só prolongar sofrimento, então tu adquire segurança no que está fazendo e depois se fala com a família. Mas não ir muito além disso [...]. Por exemplo paciente possui uma neoplasia terminal, e ele começou com dor no peito, você pega e leva ele para

uma cirurgia hemodinâmica, fazer um cateterismo e depois fazer uma angioplastia. Então não ir, não ir além desse ponto. (MED 5)

O assunto ortotanásia, embora seja uma terminologia diferente da eutanásia, que representa um crime, sofre mesmo assim os preconceitos de que será propiciada a morte intencional do paciente. No entanto, a partir dos relatos, ficou evidente que os profissionais médicos entrevistados realizam a ortotanásia, como alternativa plausível a evitar qualquer tipo de sofrimento ao paciente e conseqüentemente aos familiares. Contudo, como é algo um pouco claro e insuficientemente discutido e abordado na sociedade, os profissionais acabam por realizar a ação, muitas vezes, sem qualquer consentimento do familiar ou do paciente, justamente pelo medo que possuem de ser punidos ou mal interpretados. Desta forma podem agir com o intuito de fazer com que o paciente morra de forma digna, sem um aparato tecnológico que somente prolonga desnecessariamente sua vida.

Com o intuito de complementar cita-se um exemplo que ilustra como ocorre ou deve ocorrer essa ortotanásia. Trata-se de um paciente terminal com câncer sofre uma parada cardíaca. Hoje, o médico tenta reanimá-lo e o coloca em respirador artificial na UTI. Se o rim entrar em falência, por exemplo, será submetido à diálise peritoneal. A idéia é que, a partir de agora, esse paciente não seja "ressuscitado". Ele receberá analgésicos, sedativos e todos os cuidados para que não sinta dor, mas não terá sua vida prolongada por meio dos recursos tecnológicos de uma UTI (COLLUCCI, 2006). Pode-se afirmar, sem dúvida, conforme o que já foi apresentado, que a não RCR acontece quase que diariamente nos hospitais, porém envolta por diversos receios e dúvidas de sua real aplicabilidade.

[...] a gente pode acabar não, não oferecendo um novo tratamento heróico. (MED 3)

[...] à medicina é concedida o poder de realizar o diagnóstico e definir o tratamento, e entre estes itens está o não fazer o tratamento; quando não se faz, não quer dizer que está fazendo nada; você está trabalhando com o paciente, não prolongando o sofrimento, não entrar tanto na técnica só prolongando o sofrimento, o não reanimar é uma conduta de tratamento. (MED 4)

Pithan (2004) diz que não há sentido exigir dos médicos a intervenção terapêutica excessiva que, sabidamente, não irá trazer benefícios ao paciente. O direito à vida não implica dever de viver sob quaisquer condições. Deste modo, em nome do direito à vida não se pode exigir que o médico submeta seu paciente a sofrimentos inúteis, devido a terapias agressivas que não irão lhe trazer benefícios. Contudo, Torreão et al. (2000) refere que no meio médico brasileiro, não existem políticas institucionais hospitalares de não-ressuscitação e raramente

se encontram “ordens de não-ressuscitação” formalmente registradas nos prontuários (PIVA, 1993). Porém, é sabido que a não-ressuscitação é prática corrente em nossos hospitais, embora de forma velada. Em alguns pacientes terminais, a ressuscitação, além de ser um procedimento desnecessário, fere o princípio ético da não maleficência, de evitar o sofrimento causado pelo prolongamento artificial da vida sem perspectiva de cura ou melhora (TORREÃO et al., 2000).

O reconhecimento de realização da ortotanásia no ambiente hospitalar, como já mencionado é um assunto que suscita muitas incertezas, necessita amplamente ser trazido à tona, e não simplesmente mascarado como uma prática velada e oculta, é necessário estar sempre em condições para que as questões que envolvam morte e os limites impostos ao fim da vida sejam tratadas como naturais e certos de seu acontecimento.

Assim, a tendência da inserção da filosofia dos cuidados paliativos que operacionalizaria na prática a ortotanásia, pois a ação não visa somente a morte digna ou tranqüila do paciente, mas sim a sua preparação para a morte, bem como da sua família. A sua ação extrapola o apenas realizar ou não um procedimento que vise à morte, mas sim contextualizar a estrutura que rodeia este paciente na iminência da morte, assunto tão evitado e polêmico no ambiente hospitalar.

É importante destacar que a realização da ortotanásia é uma decisão conjunta: equipe de saúde, paciente quando possível e os familiares e/ou representantes legais. Assim, os relatos apresentados mostram que a ortotanásia é realizada com o propósito de fazer com que os pacientes não sofram, amparados pelos familiares e pela equipe médica. Sem dúvida nenhuma, este é o objetivo central esperada quando é permitido que a morte ocorra no momento certo, no entanto, o que se percebe é que não é assumida como rotina, mas sim como uma meta que seria necessária alcançar. As apresentações enunciadas pelos médicos parecem ser uma conduta isolada, ou seja, suas ações parecem assumir essa postura, mas que não são unânimes, não são praticadas pelos outros profissionais.

Categoria 7 - Gastos e sofrimento humano

Os profissionais médicos parecem ter um discernimento criterioso com relação ao prolongamento do sofrimento, ou seja, os diversos investimentos efetuados num paciente sem ao menos apresentar qualquer tipo de chance de responder positivamente. No entanto, esses

profissionais rejeitam esta prática, mesmo assim continuam insistindo, pois, além de muitas vezes partir do pedido dos familiares, é uma maneira do profissional médico proteger-se diante de qualquer alegação efetuada contra a sua assistência.

Na verdade a discussão da obstinação terapêutica está muito ligada com a da prática da ortotanásia. A referência não está centrada na ação, mas sim nas relações de repercussão de uma com a outra, ou seja, a obstinação é realizada opondo-se a ortotanásia, uma ação que foi discutida anteriormente com diversos entraves que impossibilitam a sua ação livre de qualquer tipo de discriminação.

Assim, pode-se dizer que os profissionais médicos representam a obstinação terapêutica como alternativa plausível à ortotanásia, ou seja, evitar o sofrimento dos pacientes sem expectativa de cura. Embora, os profissionais médicos a recusem insistentemente para as suas vidas particulares e tratem o prolongamento da vida na iminência da morte com a representação de muito sofrimento humano, simultaneamente, relatam suas práticas, em virtude das incertezas que fazem com que o tratamento e o processo de morrer sejam prolongados.

Mas geralmente a gente investe bastante, bastante energia de toda a equipe em termos de conhecimento e de tecnologia e as vezes a gente repete, reinveste, muito e depois de um mês de persistência é que se vê que houve um desgaste de um mês aqui dentro, se decide junto com a família o tratamento paliativo e daí se tira o suporte, porque na verdade este paciente acaba, toda aquela melhora, aquela sustentação foi artificial, e naturalmente se deixasse a doença evoluir já teria falecido há um mês. (MED 1)

[...] paciente em estágio terminal tu desgastou tudo, já usou de tudo e ele foi a óbito, tu ali meia hora massageando e ele, ele foi [...] a tua sensação é de que esse descansou. Então até, por exemplo, eu normalmente fecho os olhos, este descansou. (MED 5)

A partir dos depoimentos, percebe-se uma dicotomia: a recusa à obstinação terapêutica, mas ao mesmo tempo a sua aplicação constante. A esse respeito, suspeita-se que algumas das idéias que fazem com que os médicos reajam desta maneira esteja ligada ao contexto que D'Urso (2005) traz de que a vida não pode ser suprimida por decisão de um médico ou de um familiar, qualquer que seja a circunstância, pois o que é incurável hoje, amanhã poderá não sê-lo e uma anomalia irreversível poderá ser reversível na próxima semana. Afinal, se a sociedade brasileira não aceita a pena de morte, é óbvio que esta mesma sociedade não aceita que se disponha da vida de alguém, para poupar o sofrimento ou as despesas de seus parentes.

A obstinação terapêutica acontece no ambiente hospitalar, além de outros fatores, recebendo a colaboração dos familiares quando solicitam aos médicos a perseverança e continuidade nos tratamentos, para os pacientes reconhecidamente incuráveis. Acreditam que este fato esteja ligado ao sentimento de culpa dos familiares com relação ao familiar doente. Os familiares solicitam os melhores tratamentos, não se importando com a qualidade de vida do paciente, mas, sim, com o pensamento de que vão trazer de volta o seu parente e assim irão pedir desculpas dos acontecidos que por ventura tenham deixado marcas de rancor.

Assim, isto pode confundir a atuação dos profissionais que querem a qualidade de vida ao paciente, contudo os mesmos são levados a reagir de forma, muitas vezes, contrária à decisão mais correta em virtude da opinião apresentada pelos familiares, como exemplificado nas falas a seguir:

[...] às vezes a gente não entende por que a família quer tanto investir no paciente que se sabe que vai morrer, então às vezes a gente acredita que seja sentimento de culpa. Nunca fizeram nada para aquele velhinho e agora que vai morrer eles acham que tem que salvar. Às vezes a gente acha que é financeiro, de repente eles são sustentados pela pensão daquela senhora. Então, muitas vezes que acontece essas coisas eu acho que se tem ganhos secundários. (MED 2)

A gente lida muito também com a culpa das pessoas, na hora que um familiar interna na UTI, se existe na família pessoas que tem culpa, elas são as que mais exigem, são as que mais procuram alguém para se atribuir uma culpa. Aquilo que elas tem elas querem transferir, acaba sendo sempre, acaba geralmente sendo o médico. Então é difícil de lidar com essas pessoas e acaba complicando até às vezes compromete o tratamento. Acabam deixando um meio de stress que se oferecem mais do que deveriam ao paciente. (MED 3)

[...] muitos se sentem muito culpados e às vezes passou a vida toda e nem dava bola aí quando chegam lá querem fazer tudo que puderem pela mãe. Aí eles levam pro hospital, na emergência, pacientes com neoplasia, cheio de metástase, que não tem mais nada para ser feito. (MED 5)

As falas dos entrevistados deixam clara a interferência que os familiares têm sobre as decisões que envolvem os limites impostos ao fim da vida. Sabe-se que a medicina detém, quando possível, o poder de curar, mas isso não será alcançado sempre, pois é preciso lembrar que as pessoas são mortais. A esse respeito, ressalta-se que o cuidado e a cura que se presta e se espera do resultado do paciente, necessita ser conjunto, cada um com seus atributos, ou seja, os profissionais da saúde com suas responsabilidades, o paciente quando possível e o familiar em que muitos destes casos responde pelos atos que seriam a escolha do paciente. Nesta perspectiva, é preciso que este familiar esteja sempre muito bem informado, e

participante do processo de tratamento, para que não ocorram equívocos, e para que a dignidade do paciente seja mantida integralmente.

No entanto, o que muitas vezes acontece é que os únicos familiares capazes de participarem ativamente das decisões que envolvem os limites de fim da vida, estão contaminados por sentimentos mais diversos, o que pode interferir nas decisões, inculcando, nos profissionais, a necessidade de salvar aquela vida que já está com o limite de reserva esgotado. Assim, com relação aos sentimentos dos familiares dos pacientes terminais, Waldow (2004, p. 173) declara:

Os sentimentos são bem controversos e não é raro o pânico; a família se encontra fragilizada, abatida emocionalmente e muitos sentimentos afloram como a ansiedade e a dor. Outros sentimentos que podem aflorar são a culpa, frente à possibilidade da perda, por não ter realizado ou expressado coisas e/ou sentimentos, ou, ainda, por antigas rusgas ou mágoas. Pode também sentir culpa por não ter ajudado ou evitado o familiar doente a chegar à situação atual.

O sentimento de culpa, o arrependimento por ter feito algo a mais, ou simplesmente o egoísmo de querer a pessoa próxima, contribuem com o prolongamento desnecessário do sofrimento de um corpo já inerte. Para Kubler-Ross (2005), a culpa talvez seja a companheira mais dolorosa da morte. Frente a isto, quando uma doença é diagnosticada como potencialmente fatal, geralmente os familiares, ao perguntarem se devem se culpar por isto, com expressões como: “Se ao menos o tivesse mandado antes a um médico ou eu deveria ter notado a mudança mais cedo, encorajando-o a buscar ajuda logo”. Quase sempre os parentes se culpam devido a ressentimentos verdadeiros para com o falecido.

Partindo deste pressuposto, é fundamental que a família participe ativamente das decisões, e que o médico tenha segurança diante do diagnóstico e prognóstico. Obviamente, todos os seres humanos são passíveis de erros, mas é importante lembrar que o familiar não quer saber de erros, ele confia no médico e deposita sua confiança. Em consequência disso algumas vezes solicita sua ajuda com opinião pessoal. Assim, para evitar a obstinação terapêutica é necessário o conhecimento científico do profissional assistente e o amparo dos familiares.

[...] existem famílias que apresentam uma ambivalência de sentimentos, às vezes querem que faça tudo e outras vezes querem que faça nada, nesse familiar ambivalente, a gente faz tudo sempre, porque ele pode alegar depois legalmente que estava sob estresse, e então a gente se protege e infelizmente a gente não consegue proteger o paciente da obstinação terapêutica, em virtude do estresse do familiar, mas nem todos os familiares são assim, então os que a gente consegue chegar num acordo. (MED 1).

Tem que ter um amparo técnico, mas é bom que a família esteja consciente do que está acontecendo. Vê que tudo que já poderia, quer dizer, tudo ou boa parte do que poderia ser feito em termos de, de manejo foi feito e que naquele momento não vai trazer benefício, pelo contrário, só vai prolongar sofrimento [...] distanásia. (MED 5)

A obstinação em prolongar o funcionamento do organismo de pacientes terminais não deve mais encontrar guarida no Estado de Direito, simplesmente, porque o preço dessa obstinação é uma gama indizível de sofrimentos gratuitos, seja para o enfermo, seja para os seus familiares. O ser humano tem outras dimensões que não somente a biológica, de forma que aceitar o critério da qualidade de vida significa estar a serviço não só da vida, mas também da pessoa. O prolongamento da vida somente pode ser justificado se oferecer às pessoas algum benefício, ainda assim, se esse não ferir a dignidade do viver e do morrer (SÁ, 2005).

A distanásia está ligada às repercussões legais ao médico, caso a família não a aceite pode ser prolongado ao máximo o sofrimento. Desta forma, a preocupação está mais na família do que no próprio paciente. A afirmação do amparo da família atua como um coadjuvante indispensável nas decisões que envolvem o tratamento do paciente em fase terminal, pois consolida-se uma relação de confiança e o profissional médico sente-se mais seguro em realizar as ações pertinentes a sua profissão.

[...] tem famílias que são mais preparados para este enfrentamento de separação, e até eu noto que quando o vínculo com o familiar é muito bom, eles não querem que sofra, a gente parte do princípio que o verdadeiro amor não é egoísta, isto é uma fala que a gente coloca na mesa, “o verdadeiro amor não é egoísta” não podemos querer que a pessoa fique aqui excessivamente de corpo presente sofrendo toda uma mutilação tecnológica, digamos assim, para família ter o prazer, nem é o prazer, mas o consolo de ta junto, porque tem muitas famílias, muitos filhos, muitas esposas tem dificuldade de luto de perder, de encarar a separação e tanto que outros dizem que estão satisfeitos com tudo que foi feito e tal, se vocês acharem que [...] existe muito respeito, a gente não quer decidir, vocês é que são os médicos, mas se vocês acharem por bem não fazer procedimentos a mais, as vezes o paciente tem que ser reintervido em cirurgia e daí vira um sofrimento, tem pacientes que chegam fazer de 10 a 12 cirurgias por mês, então chega um momento assim que (!!!) então cada vez que ele vai para cirurgia, a gente chama a família e ela autoriza, quer dizer que existe um acordo, e muitas a família diz “chega, não leva mais para cirurgia, não está adiantando, já fez várias, o que o senhor acha” no caso eles perguntam a nossa opinião, tem alguns familiares que questionam “e se fosse o seu familiar”, olho no teu olho e pergunta e “se fosse o teu familiar”. (MED 1)

Com relação à obstinação terapêutica, Pessini (1990, p. 52) afirma sobre que:

[...] os avanços médicos no diagnóstico e tratamento salvaram muitas vidas e reduziram o sofrimento de um lado e por outro, trouxeram, como consequência, problemas sérios. Para muitos pacientes, o sofrimento e agonia são prolongados por

estas mesmas técnicas denominadas “heróicas”, que salvam vidas em outras circunstâncias.

Os próprios profissionais não querem esta obstinação terapêutica em seus tratamentos, mas de certa forma e em situações diversas realizam o prolongamento, como já mencionado anteriormente.

[...] por isso que eu me empenho muito em formar bons médicos, porque eu digo pros meus alunos que são eles que vão me atender quando eu ficar [...] eu tenho muito interesse em que eles sejam eficientes e que também que eles sejam humanos, porque eu quero ser tratado com humanidade, não quero obstinação terapêutica, não quero ter excesso tecnológico e a geração que vem aí pela frente de médicos e enfermeiros, as duas ou três gerações de saúde vão debater exatamente com esta questão, de custo, excesso tecnológico, obstinação terapêutica, modernidade, capacidade tecnológica de reverter, de sustentar, sustentar fisiologia dos órgãos (MED 1)

Com relação ao exposto no relato acima, percebe-se que de fato os profissionais não querem este sofrimento para as suas vidas pessoais. Desta forma Kipper, Martin e Fabbro (2000, p. 403) corroboram e acreditam que:

Existe uma percepção generalizada de que os cuidados médicos no final da vida envolvem o uso excessivo e inapropriado de tecnologia. O estudo Support mostra que os médicos submetem seus pacientes criticamente doentes a tratamentos mais extensivos que eles próprios escolheriam para si. Outros estudos mostram que os cuidados médicos no final da vida são dirigidos mais pela tecnologia do que pelas preferências dos pacientes.

Embora os profissionais não aceitem para as suas vidas a obstinação terapêutica, em muitas circunstâncias isso acontece quase que rotineiramente no ambiente da UTI. Assim, seguem algumas manifestações dos médicos que refletem exemplos típicos da distanásia:

[...] um paciente que eu nunca esqueci porque ele ficou praticamente quatro meses internado, nesse período ele fez nove septicemias, saía duma e entrava noutra e assim por diante e acabou morrendo no final na última, pois esta vitalidade, essa reserva biológica foi se desgastando e nós usamos tudo que nos tínhamos. Foi então este caso que aconteceu há cinco anos ele me fez pensar muito e uma coisa que a gente lê nos artigos e a sociedade comenta existe uma pressão, o Brasil começou a se preocupar com a questão dos custos. (MED 1).

Só que daí iniciar o esquema antibiótico com paciente que está há quatro meses numa UTI, que os olhos dele neurologicamente só tem abertura ocular Ele faz uma parada de novo, já usou vários esquemas, tu reiniciar antibiótico, eu acho que aí é uma crueldade. Não tem por quê. (MED 3)

[...] a distanásia, o conceito dela não leva em consideração, não reflete a idéia do paciente, o desejo do paciente. É muito mais, baseado naquele conceito do paciente terminal: a paciente de 110 anos com câncer terminal, chocada, e com ventilação mecânica e que está sangrando com hemorragia digestiva e você vai pegar este paciente e vai levar para o bloco cirúrgico por que ele está sangrando (MED 5)

A obstinação terapêutica ou distanásia são tidas pelos profissionais médicos como algo que deve ser distanciado, no entanto, em alguns momentos ela está muito próxima. Os significados estão centrados na perspectiva de investir em pacientes o qual se conhece a sua real situação irreversível. Para Pessini (1990) com relação ao prolongamento do sofrimento humano traz que constantemente na luta pela vida contra a morte usa-se de toda a tecnologia disponível não respeitando a dignidade humana e o seu direito de morrer.

A esse respeito, pode-se ainda dizer conforme as linhas de pensamento de Silva (2001, p. 02):

Em termos de desenvolvimento e aperfeiçoamento tecnológico, o rumo que as coisas tomaram é irreversível; não se trata de abominar a tecnologia, porque ela em si mesma não é nem benéfica nem maléfica. A tecnologia deve ser usada de forma criativa e humana, servindo para melhorar a nossa qualidade de vida.

Reportando-se a fala da autora supracitada, menciona-se a grande repercussão que este assunto suscita, na perspectiva de pensar o indivíduo como um todo, ou seja, ele possui o direito de morrer de forma digna respeitando os seus interesses e anseios. Contudo, em diversos momentos isto não acontece, pois o paciente está impossibilitado, neste caso como já mencionado a família assume esta responsabilidade. Frente a isso é importante salientar que é inadmissível que o cuidado e o curar aconteçam de forma unilateral, é necessária a sincronia de ambos para que se possa determinar claramente como reagir diante das situações de sofrimento em, que muitas vezes o paciente é refém sem ao menos saber, ou autorizar. Importante salientar que na vivência desta UTI, os relatos mostraram que os pacientes não são consultados, em virtude das condições de debilitação.

Neste contexto, Shimizu (2007) menciona que os pacientes não participam de sua própria morte, pois raramente são consultados sobre seus desejos primários. Assim, cabe a eles apenas aceitar as decisões estabelecidas pelos profissionais de saúde, de como e quando deverão morrer. Os pacientes ao invés de descanso e tranquilidade recebem aparelhos, picadas, sondas e cateteres, entre outros procedimentos invasivos, pois os profissionais de saúde parecem estar preocupados com órgãos, pulsações e outros parâmetros, e não com a

pessoa que tem medo de morrer. A esse respeito, surge o depoimento que permite uma reflexão diante deste contexto hospitalar:

[...] então tu fica pensando, isto te traz reflexões de que se fosse eu, eu gostaria de passar por todo esse tormento tecnológico, inclusive existe um artigo de bioética, muito interessante, que fala da “morte ou mamba”, eu sempre falo isso para os residentes cuidado para não fazer “mamba”. (MED 1)

Referindo a um artigo publicado no Washington Post, em maio de 1991, intitulado "Escolhendo morte ou mamba em UTI", o Dr. John Hansen conta uma interessante história: três missionários foram aprisionados por uma tribo de canibais, cujo chefe lhes ofereceu escolherem entre morte ou mamba (mamba é uma serpente africana peçonhenta e sua picada inflige grande sofrimento antes da morte certa ou quase certa). Dois deles, sem saber do que se tratava, escolheram mamba e aprenderam da maneira mais cruel que mamba significava uma longa e torturante agonia, para só então morrer. Diante disso, o terceiro missionário rogou pela morte logo, ao que o chefe respondeu-lhe: "Morte você terá, mas primeiro um pouquinho de mamba" (COSTA; DINIZ, 2004). Frente a isso, surge uma inquietação: a mamba, ou seja, a distanásia não estaria substituindo a dignidade humana? No entanto, considera-se oportuno mencionar que embora renegada, a distanásia é uma maneira de evitar a associação da morte do paciente com uma prática que configuraria a eutanásia ou a omissão de socorro. Como por exemplo, o que acontece quando um paciente considerado terminal não é reanimado; de certa forma, parece que o profissional não despendeu esforços para a sua recuperação.

Muitas vezes acho que até eu sou mais fria que os outros, eu sou bem racional nisso, eu não reanimo, e não fico tentando e se é uma pessoa que, que a gente vê que não tem condições né, claro que não se vai fazer nada para apressar a morte de ninguém, mas pelo menos bem sedado, uma analgesia indicada. É o mínimo que a gente pode oferecer né. (MED 3)

A alegação da não realização da RCR está intimamente ligada ao desejo de propiciar a morte com dignidade ao ser humano, pois a partir da constatação médica é possível ter informações sobre o prognóstico. Contudo, em contraponto e considerando como grave, é importante ressaltar que quando a intervenção médica fútil ou desnecessária sem consentimento do paciente e ou seus familiares é realizada, parece não existir dúvidas que levam a crer na violação da dignidade humana e conseqüentemente do direito à vida digna (PITHAN, 2004)

Ainda, conforme o autor supracitado, o dever do médico de respeito pelo direito à vida com dignidade, portanto, inclui momentos que antecedem a morte do indivíduo. Este direito se traduz pela garantia da autonomia decisória do doente e pela consideração de seus valores, que determinarão se o “bem” consiste ou não na utilização de todos os recursos terapêuticos disponíveis, independente do potencial de cura ou de melhora da enfermidade.

Frente a todas as ponderações efetuadas, considera-se, de acordo com França (2000), que ninguém discute hoje os benefícios que a tecnologia moderna vem trazendo na preservação, erradicação e cura das doenças e na reversibilidade da expectativa ante as condições mais adversas. O que se discute no momento é o mau uso desses recursos, com suas implicações éticas, legais e econômicas, evitando-se que ela se transforme num instrumento de exploração ou num mecanismo de sofrimento inútil e de resultados ineficazes.

A esse respeito o Código de Ética Médico (1988) trata no artigo 6º:

O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Nesta perspectiva Sá (2005, p.33) afirma “são inúmeros os doentes que se encontram jogados em hospitais, a um sofrimento em perspectiva, muitos em terapia intensiva e em emergências. O desdobramento disso? Uma parafernália tecnológica que os prolonga e os acrescenta, inutilmente”. Assim, é neste contexto que hoje se está inserido e a evolução necessita fazer com que a sociedade aceite a iminência da morte como algo muito próximo da vida.

Categoria 8 - Morte digna

A ortotanásia é um tema polêmico, em virtude dos diversos posicionamentos que suscitam em torno desta prática no ambiente hospitalar, no meio médico e na sociedade. Desta forma, é interessante ressaltar, em primeiro lugar, que o direito à vida, é tido como o mais primordial dos direitos, assegurado pela nossa Constituição Federal (1988) como garantia fundamental, bem como o direito de viver com dignidade.

A dignidade²¹ humana, prevista na constituição brasileira, subsidia não somente o direito à vida com dignidade, mas inclusive o seu morrer, já que este processo faz parte da existência humana, ou seja, basta estar vivo para morrer. Neste contexto, Peres (2005, p. 10) afirma que:

o paciente, portador de doença grave ou moléstia incurável merece atenção especial ao dispor de seu direito a vida, pois encontra-se em situação de extrema dor e sofrimento, e o que deve ser considerado é o direito a uma morte digna, devendo o ser humano ser respeitado como pessoa possuidora de direitos e deveres perante a lei.

A esse respeito, nas situações onde a moderna medicina não consegue prover a cura, todo esforço deverá ser efetuado para tratar da dor e do desconforto. A equipe da UTI tem a tecnologia para prover uma morte com conforto, sem dor ou solidão (AMIB, 2007). Contudo, de nada adianta trilhar um caminho onde o respeito à dignidade do indivíduo seja mantido, se não tiver um direcionamento e sincronia no ordenamento jurídico.

Sobre isso, Peres (2005) alerta que o Direito deve focar as transformações que a atualidade apresenta e, desse modo, o direito da escolha entre a vida e a morte merece maior atenção, pois quando se analisa um paciente à beira da morte, na maioria das vezes, os próprios profissionais não querem assumir o risco de lutar por uma vida sem expectativa de cura ou mesmo de melhora.

Nesta perspectiva, o que é priorizado é o morrer com dignidade. Conforme o resultado das entrevistas realizadas com os médicos da UTI, percebe-se que os mesmos representam na ortotanásia uma alternativa de suprimir o sofrimento e o morrer com dignidade seria uma alternativa plausível nestas situações, de modo a anular qualquer tipo de sofrimento que o paciente possa ser acometido. Desta forma ao mencionar a ação da ortotanásia, surge o direcionamento à morte digna, na perspectiva de que o paciente terminal receberá analgésicos, sedativos e todos os cuidados para que não sinta dor, mas não terá sua vida prolongada por meio dos recursos tecnológicos de uma UTI.

[...] morrer com dignidade, ou seja, sem sofrimento. Por exemplo, um paciente com CA de pulmão que vai sufocando, muitas vezes ele começa gritar por ar, depois de um certo tempo de estágio da doença, que tu combina com o paciente, assim oh: “eu vou te colocar para dormir, e vou te colocar no respirador, para tu não ter [...]” ele tem dor, ele tem falta de ar, pois o tumor está comendo o pulmão dele, mas daí tu combina com o paciente, assim oh: “agora tu conversa com tua família, vou te sedar,

²¹ A dignidade humana refere-se mais proximamente, no que concerne ao problema das pessoas cuja capacidade de responder por si próprias é debilitada, ao direito de não sofrer indignamente. É o direito de não serem tratadas de forma que, dentro dos padrões daquela sociedade, demonstrem desrespeito (SÁ, 2005, p.92).

vou colocar no respirador e tu vai ficar dormindo”, com dignidade sem passar por mais sofrimento de morrer, porque eu acho uma indignidade, o paciente morrer se afogando em ar e gritando. Uma das mortes mais horríveis que eu já assiste, num paciente com câncer de pulmão que explodiu o tumor e ele morreu com hemorragia, vomitando, tossindo sangue e afogado no próprio sangue. (MED 1).

Nos dias atuais, em alguns países mais desenvolvidos, existe uma tendência a não se adotar a filosofia da preservação da vida a qualquer custo em pacientes terminais, com comprometimento ameaçador à vida e causa de grande sofrimento. A valorização está centrada na qualidade de vida, no respeito à vontade e ao melhor interesse do paciente. Busca-se o morrer com dignidade, mais do que o prolongamento desnecessário e inútil da morte e do sofrimento do paciente (PIVA; CARVALHO, 1995).

É interessante salientar que existe uma ação direcionada para esse olhar, isto é, o de propiciar um morrer com dignidade ao paciente, sendo expressa a preocupação com o sentimento de o paciente não referir sentir dor.

Principalmente sem dor, sem sofrimento, sem sofrimento, sem dor, sem tanto procedimento desnecessário, coisas inúteis, mas principalmente sem, sem dor. (MED 3)

Aqui na UTI, é assim oh: a grande maioria morre dormindo, porque eles estão sedados e no respirador e a gente tenta cuidar, que quando mais grave o paciente, mais a gente tenta carregar nos analgésicos, então a gente oferece uma dose de analgésicos numa linha terapêutica confiável, numa margem segura, lógica dentro de uma linha terapêutica correta, mas a gente utiliza sempre, para que ele não sinta dor (MED 1)

Uma das preocupações da dor na UTI é um princípio básico é que ele não tenha dor, para que não vai fazer terapia sem benefício, fazer uma boa analgesia, sem dor. (MED 4)

Em relação ao paciente incurável, o médico fará o melhor para cuidar da vida, prestará cuidados, apoio moral e procurará livrar o paciente da aflição, ou seja, a tentativa é de suprimir a dor e o sofrimento. Para Pessini (1990, p. 37) “a determinação do momento da morte clínica serve para salvaguardar o direito de morrer com dignidade. O prolongamento artificial da vida possibilita situações em que o aparato da tecnologia médica se interpõe entre a pessoa e a própria morte, tornando-o impossível”.

[...] seria um procedimento de conforto, não ir além daquilo, que é o mínimo necessário para manter a manutenção da vida, manter a efetivação, a alimentação, a hidratação, então são medidas de conforto para evitar a dor. (MED 5)

O morrer dignamente é o morrer sem dor, sem sofrimento né. (MED 2)

É, é dieta, analgesia né, não deixa sentir falta de ar [...].(MED 3)

O morrer com dignidade exprime uma indicação eticamente aceitável e necessária. Todavia, deve-se reconhecer que a morte, muitas vezes acompanhada de sofrimentos atroz e prolongados, é um acontecimento angustiante. É muito importante proteger, no momento da morte, a dignidade da pessoa humana contra um tecnicismo que corre o risco de se tornar abusivo.

A consideração da morte digna aos pacientes terminais em UTI, para os profissionais médicos, é tida como um dos objetivos quando não existe mais possibilidade da cura. Assim, para que a dignidade da pessoa não fique escondida atrás de uma parafernália tecnológica, os profissionais entrevistados consideram a supressão da dor e do sofrimento, em diversos aspectos como, o necessário para propiciar a morte digna. No entanto, há de se considerar quando é o momento de se pensar somente na morte e deixar de lado os investimentos inúteis e desnecessários.

[...] uma morte digna é o fato de parar de investir naqueles pacientes que não tem mais perspectivas. Eu acho que é quando tu tens uma morte natural, ou seja, não provocada. Em termos de morte, por exemplo, não reanimar. Eu acho pior deixar o paciente um tempão sem deixar morrer. Não prolongar a vida. (MED 4)

A consideração efetuada acima assume um papel importante no contexto hospitalar, ou seja, deixar o paciente morrer, obviamente nos casos comprovados e com consentimento da família. A não RCR configura uma alternativa adequada para que o sofrimento e a dor não sejam prolongados. Nesta perspectiva, Pithan (2004) expõe que o médico assume a obrigação de meio e não de resultado. O médico deve esforçar-se a fim de obter a cura, mas não implica a exigência do emprego de medidas heróicas, em busca de milagres. Assim, quando constatada que a cura é impossível, o médico deve assumir as limitações do estado atual da ciência médica e permitir que o paciente morra com dignidade.

Outra questão foi mencionada no resultado das entrevistas, sobre a possibilidade de manter a dignidade humana, permitindo que os momentos finais da vida fossem compartilhados com a família, seja no próprio hospital ou no domicílio, sob a visão de que o hospital não é um ambiente adequado para que a morte ocorra, muito embora na atualidade esta seja a rotina.

A vontade do paciente é de estar próximo de pessoas com os quais tenham afinidade, e não rodeado de estranhos. Infelizmente, a realidade da UTI não proporciona uma aproximação exclusiva dos familiares por um tempo prolongado; geralmente existe um esquema de horários, onde os familiares visitam o seu familiar de forma muito rápida e por diversas vezes de forma constrangedora. Não raro em situações que o paciente é visto como uma pessoa totalmente diferente da conhecida anteriormente.

Desta forma, pode-se dizer que os profissionais médicos pensam na possibilidade de quando for comprovada a impossibilidade de cura do paciente que, o mais recomendado seria o acompanhamento direto do paciente com seus familiares, seja numa unidade específica, ou até mesmo no domicílio.

[...] hoje em dia uma das coisas que a gente mais fala, “será que o paciente terminal tem benefício em vir pro hospital, para terminar no hospital”. Por que ele não fica com a família, junto da família. (MED 5)

Antigamente a morte estava presente nos lares, sendo melhor compreendida e assimilada, já que não existiam recursos médicos apropriados para tais doenças, o que permitia a todos apenas esperar a morte diante de uma enfermidade considerada mortal. Hoje com o advento da tecnologia e pesquisas científicas que promovem e proporcionam a vida longa, fica-se assustado e pouco aceita-se a morte. Ela está limitada ao ambiente hospitalar que representa, além da morte, o sofrimento, a agonia e o desespero do moribundo e dos familiares. Enxerga-se o hospital como o único lar da morte, como forma de distanciar do convívio a perda de uma pessoa querida. Expressa-se, na frase a seguir, essa preocupação:

A gente não consegue isso, mas seria bem melhor assim, às vezes as pessoas morrem no meio de estranhos. Vai muito de entendimento das pessoas; eu acho muito ruim uma pessoa morrer sozinha numa UTI. Às vezes a gente consegue que os familiares entendam e que seria melhor ir pro quarto, é que eles não estão preparados, eu não condeno isso, eles não querem vê o seu familiar morrendo, mas e, se a gente pudesse passar por cima disso e oferecer a companhia para ele naquele momento seria o ideal, mas às vezes a gente não consegue. (MED 3)

Contudo, muito embora os profissionais médicos considerem o morrer em casa uma maneira de manter a dignidade humana, é necessário refletir sobre a possibilidade de sua própria vontade frente à mesma situação. Para Silva (2001), os próprios profissionais da área da saúde não desejam a UTI para si mesmos ou para seus entes queridos. Todos preferem, quando muito doentes, morrer dormindo, em casa, repentinamente ou sem dor.

No entanto, é salutar destacar, conforme Kubler-Ross (1979), que muitos pacientes preferem morrer em casa, mas há alguns que preferem morrer no hospital. Nesta perspectiva cada caso deve ser avaliado e, se um paciente prefere morrer numa instituição, não se deve forçá-lo a sair. Entretanto a maioria dos pacientes parecem preferirem morrer em casa.

É eu consegui isso agora teve uma paciente que falavam que há três meses estava internada e com uma insuficiência respiratória. O marido me pediu para ficar do lado dela, eu não queria mandar ela para casa por que precisava de ventilação. Mas ele ficou perto, pois não conseguia se locomover para fica cuidando dela, então, ele dizia que ela abria o olho quando ele chegava perto, até acho que sim. Por que também é uma coisa que a gente percebe, às vezes o paciente comatoso, torporoso que a gente chama, ele não tem muita interação, mas eu sou uma estranha não reconhece a voz, mas quando chega um familiar na hora da visita, altera a frequência cardíaca, eles choram, tu vê escorre lágrima, a família reclama, refere isso para gente, o paciente arrepia, medidas indiretas mostram que ele está tentando que ele percebeu a aproximação de alguém que ele reconhece. (MED 3)

A realização da ortotanásia nada mais é que o propiciar a morte sem se preocupar com um prolongamento desnecessário e inútil ao acometimento incurável, bem como fazer com que a morte ocorra de forma digna, ou seja, considerando os preceitos que o paciente considera como desejáveis a ele e não simplesmente sendo refém dos médicos ou dos familiares, que poderão estar interessados não na qualidade de vida do seu familiar, mas sim na sua morte.

Neste contexto, novamente, abre-se um adendo e uma discussão direcionada aos cuidados paliativos, ou melhor, uma tendência que está se instalando há algum tempo no Brasil, a fim de contemplar aqueles pacientes terminais. Esta filosofia põe em cheque a qualidade de vida, a dignidade humana e o direito de morrer de forma tranqüila, sem sofrer com prolongamentos angustiantes e debilitantes. Ou melhor, a perspectiva, que hoje pode ser realizada de forma involuntária na UTI, priorizando a manutenção de condições básicas, como as relatadas no depoimento a seguir:

[...] que não sinta frio, que não sinta sede, que não sinta fome, que não sinta calor, que não sinta dor, nem dor física, nem dor de estômago, bastante remédio para acidez, remédio para cólica, então a gente tenta adivinhar mesmo com o paciente dormindo, tenta cobrir todos estes desconfortos. Daí eu fico pensando e se eu estivesse ali, tem que ter um check-list, este cuidado de tu fazer pro outro o que gostaria que fizessem para você na mesma situação. (MED 1)

A inserção dos cuidados paliativos nesta realidade, com certeza necessita ser pautada, para assim evitar equívocos e um desprestígio à vida humana, que sofre por não ter condições adequadas de adaptação ao seu quadro clínico. Nesta perspectiva, ressalta-se que há pacientes

que necessitam de cuidados paliativos e podem ser tratados em outras áreas do hospital ou em casa e os que dependem, pelo menos durante uma fase da evolução da doença, do auxílio dos recursos disponíveis nas UTIs. Assim, no primeiro caso, a internação na UTI representa um prolongamento artificial da vida sem qualquer perspectiva de sobrevivência, aumentando o sofrimento do paciente e dos familiares. A morte digna diz respeito à observação dos princípios da bioética, pressupostos de grande valia que devem ser respeitados.

6.3 Aproximações e distanciamentos das representações dos médicos e enfermeiros

Após a análise e interpretação das representações dos enfermeiros e médicos atuantes na UTI, foi possível identificar alguns distanciamentos e aproximações das representações dos enfermeiros e médicos, considerando conforme Jodelet (2001) que:

por meio das significações, as representações expressam aqueles que as forjam e apresentam uma definição específica ao objeto por elas representado. Estas definições partilhadas pelos membros de um mesmo grupo constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo. Esta visão, que pode entrar em conflito com a de outros grupos, é um guia para as ações e trocas cotidianas – trata-se das funções e da dinâmica sociais das representações (p.21).

Assim, exceto nos meios acadêmicos, principalmente pelo fato recente de sua autorização pelo CFM, percebeu-se que a partir dos relatos mencionados que a terminologia ortotanásia, parece ser pouco divulgada, discutida e mencionada no ambiente hospitalar, especificamente na UTI. Em diversos momentos, embora não soubessem o significado, seus relatos mostravam sua presença na atuação da prática na UTI, seja de forma percebida ou despercebida, principalmente quando relacionado ao fim do tratamento do paciente fora de possibilidades terapêuticas.

A proliferação vocabular que designa a ortotanásia é permeada por dúvidas e indefinições de seu conceito aplicabilidade, bem como sobre a possibilidade desta ação ser deturpada ou confundida com a ação da eutanásia. Assim, pode atribuir-se ao fato de que por ser uma palavra oriunda da eutanásia, os rastros deixados pelas práticas nazistas, fazem das terminologias algo que deva ser distanciado ou nem ao menos pronunciado. Nesta perspectiva, salienta-se que, a ortotanásia aparece de maneira latente em quase todos os momentos, no entanto, os próprios profissionais não determinam suas práticas como tal, isto

é, na verdade não mencionam diretamente a relação de sua ação com as questões referentes a ortotanásia; o termo está relacionado com a possibilidade da morte ocorrer no momento certo sem dor e sofrimento desnecessário, contudo referem saber exatamente que a prática da ortotanásia é ilegal e não é considerada lícita praticá-la no ambiente hospitalar. No entanto, mesmo assim, a praticam constantemente, com o intuito único de propiciar a morte digna.

É interessante ressaltar que a ação da ortotanásia presente no ambiente da UTI não é sempre praticada, na verdade a confirmação para até chegar a sua realização é permeada por um emaranhado de dúvidas, angústias e discordâncias. Na verdade tanto para um profissional quanto para outro, seu reconhecimento de prática é evidente no ambiente hospitalar, bem como a unanimidade quanto aos medos, e receios que esta ação induz. Esse fato confirma-se ainda mais, quando se sabe que a legislação brasileira condena este ato.

As representações dos enfermeiros quanto à prática da ortotanásia, são direcionadas à palição do sofrimento, sendo sua operacionalização confirmada com os métodos de não RCR, no paciente considerado não investível, ou seja, deixar seguir o fluxo natural. Já as representações dos médicos quanto a ortotanásia são construídas na mesma perspectiva, como contraponto ao sofrimento apresentado pelo paciente e a não RCR conduz o resultado, contudo direcionam sua atenção ao receio e as angústias que essa decisão provoca frente ao risco da punição jurídica.

Desta forma, tanto os enfermeiros quanto os médicos possuem representações semelhantes quanto à prática da ortotanásia, no entanto na assistência algumas representações diferem e interferem na atenção prestada ao paciente o que também repercute na terminalidade. Considera-se que suas representações não correspondem ao que acontece, até mesmo por que muitos desencontros foram percebidos quanto às suas atuações frente aos pacientes considerados terminais com repercussão na assistência.

Partindo deste pressuposto, mostraram-se explícitos que as significações diante da morte, tanto para os médicos e enfermeiros, trilharam um único direcionamento, ou seja, a morte embora reconhecida pelos profissionais pesquisados, como “algo que faz parte” é aceita como alternativa de mascarar o sentimento maior que seria o de esperar a cura do paciente. A dita aceitação não está intimamente relacionada com a questão de trabalhar bem com a morte, mas sim como atitude que paliaria o sofrimento sentido pelos pacientes que não possuem expectativas terapêuticas. Contudo, entre os profissionais, foi percebido que o sentimento de provável aceitação, não é considerado quando os acometidos são os jovens. Nesses casos a morte é um acontecimento hediondo e que não pode ser aceito como “algo que faz parte”.

O trabalho em UTI é reconhecido pelos profissionais entrevistados como um ambiente que tem a capacidade de curar os pacientes considerados críticos, e nesta perspectiva os profissionais médicos percebem a sua atuação como essencial e indispensável na atenção prestada aos pacientes, atribuindo-lhes um significado de resolução frente ao quadro clínico apresentado. Os profissionais enfermeiros retratam que muitas das situações impostas dentro da UTI, são resolvidas exclusivamente pela equipe médica, o que atrapalharia ou confundiria a atuação da enfermagem, já que por diversos momentos os enfermeiros mencionam que as conduções de atuações frente a determinados problemas são vistos, de diferentes maneiras, pelos próprios médicos. Assim, as situações de desentendimento entre os próprios médicos, induziriam a enfermagem a reagir de maneira diferente das recomendadas quando esse não fosse o pensamento da enfermagem.

Outra questão está relacionada com a participação da família nos processos decisórios de tratamento, ou das limitações de suporte de vida. Os profissionais médicos mencionam que a família participa das decisões, contudo considerando algumas exceções. Os enfermeiros relatam que não possuem a autonomia necessária para propor ou expor alternativas, expondo que, freqüentemente, a família não participa dos processos decisórios, ou seja, os familiares não são estimulados a participar.

As decisões de tratamentos e condutas frente ao paciente terminal são exclusivamente do médico, sendo o enfermeiro distanciado de participar das decisões que envolvem os tratamentos dos pacientes. No entanto, por participarem ativamente dos cuidados de enfermagem junto ao paciente, por diversos momentos podem assumir a linha de frente de ação influenciando no risco de repercutir na morte do paciente. Nestes casos, os diferentes direcionamentos de condutas por parte dos médicos, fazem com que os enfermeiros se sintam desconfortáveis. Essa situação é confirmada pelos próprios médicos, quando relatam que “cada um faz o quer”.

O enfermeiro menciona que não existe uma unanimidade de condutas com relação aos procedimentos diante do paciente, e desta forma referem um certo desconforto, com relação às dúvidas que os profissionais médicos apresentam quanto às condutas. Esse fato confirma-se pelo questão dos médicos muitas vezes agirem por suas convicções diante de determinada situação.

As discussões em torno da determinação de paciente terminal são permeadas por muitas dúvidas pela totalidade dos profissionais entrevistados. Embora saibam explicitar o que seria o paciente terminal, contraditoriamente atribuem a essa determinação algo difícil de ser mencionado. Especificamente os enfermeiros, atribuem a esses pacientes a menção de ser

um paciente não investível, contudo retratam que possuem incertezas em quando realmente determinar em virtude das discordâncias apresentadas, quanto ao diagnóstico apresentado pelos médicos. Os profissionais médicos teoricamente atribuem ao esgotamento da reserva biológica, contudo na prática as discussões parecem estar centradas nos dilemas éticos, punições, no desconforto de lidar com o assunto. Retratam também que a possibilidade de não RCR estaria considerando o evitar o prolongamento do sofrimento humano, obviamente nas circunstâncias de irreversibilidade do quadro clínico.

A ortotanásia presente no ambiente hospitalar é reconhecida pelos profissionais como prática ativa, porém reconhecendo as entraves em torno de sua aplicabilidade. Contudo, embora seja prática constante, o termo não é utilizado pelos profissionais, pois acreditam que suscite dúvidas quanto à questão terminológica. Os profissionais médicos referem como sendo a hora certa de morrer com intuito de evitar o sofrimento humano, contudo reconhecem como ilícito e não reconhecido no ambiente hospitalar. Os enfermeiros ligam o termo à eutanásia, relatam que praticam a ortotanásia, embora muitas vezes não a conceituando, e reconhecendo que essa prática não costuma ser solicitada ou registrada.

A contextualização da ortotanásia para os profissionais estaria representada pela possibilidade de evitar a obstinação terapêutica e nesse caso suprimir a dor, possibilitando o direito do paciente de ter sua família junto. A morte digna seria o objetivo diante do paciente que sofre um investimento desnecessário e desumano nas condições apresentadas.

Os médicos e os enfermeiros possuem condutas diferenciadas quanto à assistência, porém visam, na mesma direção, a cura do paciente. Reconhece-se que o médico parece desejar mais a cura, diferentemente da enfermagem que investe no cuidado, mas mesmo assim procuram sempre o resultado positivo que nessa situação se caracteriza pela vida. Os profissionais destacaram que a morte muitas vezes é esperada e até mesmo desejada, enfocando discussões sobre a realização ou não da RCR, como alternativa de enfrentar o sofrimento do paciente.

O grande problema que ficou aparente foi a não participação da família nos processos decisórios já que quando o paciente não tem condições de responder, os familiares o têm. Nesse sentido, a questão da ortotanásia que visa propiciar a morte no momento certo, sem prolongamentos desnecessários ou abreviação da vida consideraria não somente a ação, mas sim o contexto, o desejo, o pedido do familiar ou até mesmo do paciente. A ortotanásia a que se referem parece ser isolada e apenas uma ação mecânica e descontextualizada da vida do paciente que antes de estar ali estava inserido socialmente.

7 CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa propôs um desafio pessoal imenso e intenso, pela perspectiva de discussão que seria realizada neste estudo. Abordar assuntos referentes à terminalidade da vida e todas as situações que a circundam é muito difícil, até mesmo porque constantemente têm-se a pretensão de afastá-la, escondê-la ou simplesmente desconsiderá-la, mesmo sabendo que a morte está presente e muito próxima de todos os seres humanos. Muitas discussões são suscitadas quando a referência implica nas questões que envolvem a morte, ainda mais quando a menção está direcionada a um termo – ortotanásia - amplamente associada a uma prática que muitos consideram como crime e sinônimo de provocação da morte (eutanásia).

Tratar sobre o assunto da prática da ortotanásia, não foi simplesmente considerá-la como algo mecanizada, mas sim contextualizar sua atuação frente a dinâmica de uma rotina que tenta mascará-la, simplesmente pelo fato de não existir amparos das diferentes áreas, seja ela da própria medicina até a jurisdição legal. De fato, a ortotanásia, dita nova, porém antiga perspectiva que se instala no ambiente hospitalar foi percebida pelos profissionais entrevistados como a possibilidade viável de tratar a morte como um processo irremediável e constante, de forma a contrapor qualquer tipo de prolongamento do sofrimento humano. Desta forma, é necessário pensar a contextualização de o paciente morrer de forma tranqüila ou digna, a partir de ações que visem perceber o respeito ao ser humano que é mortal.

Esta pesquisa desperta uma atenção direcionada às instituições hospitalares, a sociedade, aos profissionais da saúde, aos juristas, bem como de outros profissionais ao verem o paciente na iminência da morte como parte do seu processo de vida, ou seja, o término digno de uma pessoa que padece de qualquer tipo de sofrimento, muitas vezes, por decisões que envolvem dilemas sejam eles morais, éticos, religiosos ou sociais.

Com a realização desta pesquisa, fora possível identificar e conhecer as representações sociais dos profissionais enfermeiros e médicos atuantes na UTI, a respeito da prática da ortotanásia. Quando a pauta dos assuntos é referente à terminalidade do ser humano, essas emanam diversas situações vivenciadas de maneira distinta por cada indivíduo, considerando o meio social em que estão inseridos e as vivências diante das situações apresentadas.

Foi possível perceber que os enfermeiros e médicos que atendem na UTI exercem atividades específicas de acordo com as suas formações. A esse respeito, a partir dos dados encontrados, ficou evidente que embora as ações sejam diferenciadas, uma influencia na outra, ou seja, a assistência prestada ao paciente deve ser contextualizada e objetivada a fim de propiciar ao paciente que está na iminência da morte, as melhores alternativas para que possam vivenciar qualificadamente o processo de morte.

Soma-se ainda o fato, para a consolidação da pesquisa foi preciso o contato com os profissionais que realizam o trabalho direto com os pacientes na iminência da morte. Essa aproximação contribuiu para as reflexões pudessem ser realizadas, com intuito único de fazer da morte e das situações circundantes algo que faz parte da vida, bem como a comparação com o nascimento de um recém-nascido na maternidade. A condução da pesquisa não estava ancorada em conhecer o certo e o errado, frente às diversas situações impostas no ambiente da UTI, mas sim conhecer as representações sociais dos profissionais, ou seja, como a contextualização da ortotanásia acontece neste ambiente.

Ao analisar as representações dos enfermeiros e dos médicos, foi possível perceber que existem dois extremos: o reconhecimento da iminência da morte e na outra ponta a possibilidade de viver o processo da morte. Assim, a construção das representações foi somando até chegar a um único e esperado objetivo dos profissionais: a possibilidade de não realizar a RCR, como alternativa de viabilidade e de exclusão de sofrimento por parte dos pacientes. Contudo até chegar a essa ação, muitas discussões estão interpostas, como por exemplo: a participação da família nos processos decisórios que parecem muitas vezes não acontecer, as discordâncias entre as condutas a serem tomadas pelos médicos e que repercute diretamente na assistência que a enfermagem presta ao paciente, os anseios, dúvidas e medos quanto as punições legais frente a limitação de algum procedimento, as indefinições de aplicabilidade frente ao paciente considerado terminal.

As diversas conceituações da ortotanásia direcionam sua ação para a possibilidade de não prolongar o sofrimento humano, propiciando assim a morte digna com a ausência da dor. Contudo, embora ambos os profissionais reconheçam sua aplicação diária no ambiente

hospitalar, tentam com que o termo não seja nem ao menos pronunciado, pois referem que a terminologia possa estar ligada à eutanásia.

Os limites que são impostos no fim da vida, pelos profissionais médicos e que repercutem diretamente na atenção prestada pela enfermagem, estão relacionados a uma definição difícil de ser implementada por não se saber exatamente qual é o limite. A morte digna está intimamente relacionada com a possibilidade de propiciar uma morte com ausência de dor e próxima da família, quando isso não é proporcionado. Indubitavelmente, as representações dos enfermeiros e médicos interferem uma com a outra, pois num ambiente onde as ações devem ter um objetivo único, quando existem distanciamentos e falta de sincronia parece difícil primar para um direcionamento que vise a qualidade do bem morrer.

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

Outra proposta para o qual a instituição hospitalar já providencia, em virtude da extrema necessidade, é a implantação de uma unidade de cuidados paliativos, com o intuito de operacionalizar a ortotanásia, que se sabe ser praticada. Também a criação de um comitê de bioética no hospital a fim de subsidiar as discussões em torno da terminalidade, o que daria ou sustentaria as práticas de limitação ou de proposição a morte digna do paciente na iminência da morte. Neste sentido, esta pesquisa demonstra a necessidade de se rever questões relacionadas com a morte e o morrer desde a formação profissional, como alternativa plausível a conduzir as questões referentes a terminalidade de maneira mais clara e menos mascarada.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, L. G. **Ortotanásia**. 2006. Disponível em: <http://www.crmmg.org.br/Noticias/Entrevistas/28_12_2006-entrevista_01>. Acesso em: 10 mar. 2007.
- AMORIM, C. Princípio da beneficência e da não-maleficência. In: URBAN, C. de A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- ANGERAMI, V. A. **Psicologia no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Tradução de Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). A especialidade Medicina Intensiva, 2007. Disponível em: <www.amib.org.br> Acesso em: 04 jul. 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BLANCO, M. N. Cuidados paliativos y Bioética. Dilemas éticos en la práctica clínica. **Cuadernos de Bioética**, Universidade de La Rioja. v.9, p.304-321, 1988.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- BORGES, R. C. B. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: SANTOS, M. C. C. L. (Org). **Biodireito**: Ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. cap. 12, p. 283 – 305.
- BRASIL. Código Penal. **Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 8 fev. 2007.
- _____. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM n. 1246/88, de 08/01/1988. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/codigo_etica/codigo_etica.asp?portal=>. Acesso em: 03 de março de 2007.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 01, de 13 de junho de 1988**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/r01_88.htm#Pesquisa%20sem%20risco>. Acesso em: 12 jul. 2007.
- _____. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 09 outubro. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 02 mar. 2007.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997. **Diário Oficial da União; Poder Executivo**, Brasília, DF, n. 160, 21 ago. 1997. Seção 1, p.18.227-8. Disponível em: <<http://www.doeacao.com.br/documentos/resolucao%20cfm%201480-1997.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2007.

_____. ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Portaria n. 466 de 04 de junho de 1998 . Submete à consulta pública a proposta de Portaria que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento e definição dos Serviços de Terapia Intensiva. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jun. 1998. Disponível em: www.anvisa.gov.br/e-legis/. Acesso em: 19 nov. 2008.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 25. ed. Atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2000.

_____. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. **Jus Navigandi**, Teresina, v. 10, n. 871, 21 nov. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7571>>. Acesso em: 28 abr. 2007.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 8 fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde pública e a defesa da vida**. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1994. p. 107-27.

CARVALHO, P. R, et al. Modos de morrer na UTI Pediátrica de um hospital terciário. **Rev Assoc Med Bras**, v.47, n. 4, p. 325-31. 2001. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400035. Acesso em: 23 mar. 2007.

CLOTET, J. Por que bioética? **Bioética**, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v.1, n.1, p. 13-19, 1993.

CLOTET, J.; KIPPER, D. J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: FERREIRA, S. I et al. (coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 37-51.

COLLUCCI, C. **Médico pode limitar ajuda a doente terminal**. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u128054.shtml>>. Acesso em: 20 mar. 2007.

COSTA, S. I. F.; DINIZ, D. Morrer com dignidade: um direito fundamental. **Série Anis** 34, Brasília, Letras Livres, 1-8, maio, 2004, p. 10-16. Disponível em: [www.anis.org.br/serie/artigos/sa34\(dinizcosta\)dignidade.pdf](http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa34(dinizcosta)dignidade.pdf). Acesso em: 1 nov. 2007.

D`ASSUMPCÃO, E. A. **Os que partem os que ficam**: orientação sobre o sofrimento e a morte. Belo Horizonte: O Lutador, 1987.

D`URSO, L. F. B. A eutanásia no direito Brasileiro. **Diário do Grande ABC**, São Paulo, 6 abr. 2005. Disponível em: www.oabsp.org.br/palavra_presidente/2005/81/. Acesso em: 12 fev. 2008.

DINIZ, M. H. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001.

DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1741-1748, ago. 2006. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/csp/v22n8/23.pdf. Acesso em: 27, mar. 2007.

DODGE, R. F. Eutanásia: aspectos jurídicos. **Revista de Bioética**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 113 – 120, 1999.

FARR, R. M. Representações Sociais: A Teoria e sua história. In: GUARESCHI, Pedrinho.; JOVCHELOVITH. Sandra (Org.). **Textos em representações sociais**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FRANÇA, G. V. Eutanásia: Um enfoque ético-político. In: **Revista de Bioética**, Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 1, 1999.

FRANÇA, G. V. **O paciente que vai morrer**: direito à verdade. Resumo de trabalho apresentado no III Congresso Brasileiro de Bioética e I Congresso de Bioética do Conesul, Porto Alegre, 2 a 4 de julho de 2000.

FREIDSON, E. **Professional dominance**. New York (EUA): Athernon Press, 1970.

FUNDAÇÃO IBGE. Pesquisa da contagem da população de Santa Maria, 2007. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm. Acesso em: 12 out, 2008.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev Latino-Americano Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 3, p.469-76, maio-junho. 2004.

GARROS, D. Uma boa morte em UTI pediátrica: é isso possível? **Jornal de Pediatria**, v.79, Supl.2, p. 243-252. 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, J.R. O consentimento informado e a sua utilização em pesquisa. In: VÍCTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa: Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

_____. **Eutanásia**. 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/ortotanasia#ortotanasia>. Acesso em: 12 abr. 2007.

_____. **Bioética e ética na ciência**. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/>. Acesso em: 12 maio. 2007

GOMES, L. F. Eutanásia, morte assistida e ortotanásia: dono da vida, o ser humano é também dono da sua própria morte? **Revista Juristas**, João Pessoa, a. III, n. 92, 19/09/2006. Disponível em: http://www.juristas.com.br/a_2350. Acesso em: 20 mar. 2007.

JARAMILLO, J. G. **Ortotanásia versus eutanásia**. Disponível em: http://www.cardiolili.org/esp/conferen/pdf/eutanasia_26jul2004.pdf. Acesso: 15 mar. 2007.

JODELET, D. (Org). **As representações sociais**. Tradução de Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. 420 p.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública**: A construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

_____. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITH. S (Org.). **Textos em representações sociais**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2002. cap.1, p.63-83.

JUNQUEIRA, A. L. Prolongamento da vida de pacientes terminais. **Jus Vigilantibus**, Vitória, 4 mar. 2007. Disponível em: http://jusvi.com/doutrinas_e_pecas/ver/23515.

Acesso em: 12 mar. 2007.

KIPPER, D. J.; PIVA, J. P. Dilemas éticos e legais em pacientes criticamente doentes [editorial]. *J Pediatría*: Rio de Janeiro, 1998; 74:261-2

KIPPER, D. J.; MARTIN, L.; FABBRO. Decisões médicas envolvendo o fim da vida: o desafio de adequar as leis às exigências éticas. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 403 – 6, 2000. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/port_resumo.asp?varArtigo=84&cod=54>. Acesso em: 03 mar. 2007.

KIPPER, D.J. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. **Bioética**, v.7, n.1, p.59-70. 1999.

KLAFKE. T. E. O médico lidando com a morte: aspectos... In: CASSORLA, R. M. S. (Coord.). **Da morte**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.

KOVÁCS, M. J. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In: CASSORLA R.M.S, coordenador. **Da morte**: estudos brasileiros. 2 ed. Campinas: Papirus; 1991.

_____. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. **Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

_____. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e a seus próprios parentes. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. **O túnel e a luz**: reflexões essenciais sobre a vida e a morte. Tradução de Magda França Lopes. Campinas: Versus, 1999.

_____. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M de A. **Técnicas de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

LANE, S. T. M. Usos e abusos do conceito de Representação Social. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2.ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002.

LEPARGNEUR, H. Princípio da autonomia. In: URBAN, C. de. A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

LIBÂNIO, J. B. **A vida e a morte desafios e mistérios**. São Paulo: Paulinas, 1993.

LUNARDI FILHO, W. D, et al. Percepções e condutas dos profissionais de Enfermagem frente ao processo de morrer e morte. **Texto Contexto Enfermagem**. 2001, v. 10, n. 3, p.60-81.

LUNARDI, V.L, LUNARDI FILHO, W. D. A morte do idoso: um fato natural e aceitável? **Texto Contexto Enfermagem**. 1997, v. 6, n. 2, p.322-9.

MACHADO, F.O.; MORITZ, R. D. Critérios de admissão e alta em Unidade de Terapia Intensiva. In: CORRÊA NETO, Y. SOBIERAJSKI, A. VALIN, R. C. **Manual de Terapêutica Clínica**. Associação Catarinense de Medicina. 2. ed. Florianópolis: Expert

Cópias, p. 504 – 6. 1999.

MACHADO, A. L. et al. Representações sociais em enfermagem: comentários sobre teses e dissertações. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 31, n.3, p.486 – 97, dez, 1997.

MARCÃO, R. F. Eutanásia e ortotanásia no anteprojeto do Código Penal brasileiro. **Revista Juristas**, João Pessoa, a. III, n. 92, 19/09/2006. Disponível em: <http://www.juristas.com.br/mod_revistas.asp?ic=200>. Acesso em: 12 mar. 2007.

MENEZES, R. A.. **Em busca da boa morte: Antropologia dos Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.

MINAYO, M.C.de. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MINAYO, M. C. de. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva: **Ciência & educação, LOCAL**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003. Disponível em: <<http://www2.fc.unesp.br/cienciaeducacao/include/getdoc.php?id=150&article=51&mode=pdf>>. Acesso em: 25/05/07

MORITZ, R. D. Decisões difíceis em UTI. Ver Brás Terapia Intensiva, v.11, n. 1, p. 3-4, 1999.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 3. ed. Petrópolis:Vozes, 2005.

MOTA, J. A. C. Quando um tratamento torna-se fútil? **Revista de Bioética**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 35-39, 1999.

NISHIDE, V. M.; MALTA, M. A.; AQUINO, K. S. Aspectos Organizacionais em Unidade de Terapia Intensiva. In: CINTRA, E. de A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

NOGUEIRA, Paulo Lucio. **Em defesa da vida**. São Paulo: Saraiva, 1995.

OLIVEIRA, J. R.; BRÊTAS, J. R. da. S.; YAMAGUTI, L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 41, n. 3, p. 386-94. 2007. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 12/10/2007.

OLIVEIRA, R. A. de. Terminalidade da vida em situação de morte-encefálica e de doença incurável em fase terminal. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 77 – 84. 2005.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de Metodologia Científica: Projetos de pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Definição dos cuidados paliativos**. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 13 maio. 2007.

OSELKA, G.;TROSTER, E. J. Aspectos éticos da ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Assoc. Med. Brás**, São Paulo, v. 47, n. 1, Jan./Mar. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000100020&script=sci_arttext. Acesso em: 09 fev. 2008.

PALÚ, L. A.; LABRONICI, L. M.; ALBINI, L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva, 2004.

PARIS, J. J.; WEBSTER, G.; REARDON, F. E. Problemas éticos e legais no tratamento intensivo. In: IRWIN, R. S.; RIPPE, J. M. **Manual de terapia intensiva**. 4. ed. Tradução de Adriana Ito Azevedo et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PEDUZZI, M. Mudança tecnológica e seu impacto no processo de trabalho em saúde. In: Seminário: **A formação Técnica e Tecnologia em Saúde**; 1997, maio 21-22; Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 1997.

PERAZZO, S. **Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

PERES, A. de B. F. **Viver, Direito ou Dever?** Monografia apresentada ao Departamento de Direito da FAI FAI – FACULDADES ADAMANTINENSES INTEGRADAS ADAMANTINA, 2005, p.1- 71.

PESSINI, L. **Eutanásia e América Latina: questões ético-legais**. Aparecida: Santuário, 1990.

_____. **Morrer com dignidade: até quando manter a vida artificialmente?**. 4 ed. Aparecida: Santuário, 1994.

_____. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo (Orgs). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

_____. Dignidade humana nos limites da vida: reflexões éticas a partir do caso Terri Schiavo. **Revista de Bioética**, Brasília, v.13 n.2, p. 65-76. 2005. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio13v2/simposios/simposio04.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

PITHAN, L. H. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressuscitação” hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

PIVA, J. P; CARVALHO, P. R. A. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Rev. Bioética**, 1993;1:129-38.

QUINTANA, A. M.; CECIM, P. da S.; HENN, C. G. O Preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina. **Revista Brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro, v.26, n.3, set./dez. 2002. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/rbem/pdf/volume_26_3/preparo.pdf>. Acesso em: 05. jul 2007.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. e ampl. São Paula: Atlas, 1999.

ROBERTI. Eutanásia e Legislação penal. In: Universidade de Sorocaba (Org). **Diálogos Interuniversitários: Vida e Morte – Educação e Saúde**. Sorocaba: Arte & Ciência, 2002.

ROLIM, E. de J. Doentes terminais: cuidados e aspectos psicológicos. In: Universidade de Sorocaba (Org). **Diálogos Interuniversitários: Vida e Morte – Educação e Saúde**. Sorocaba: Arte & Ciência, 2002.

ROSELLÒ, F. T. I. **Antropología del cuidar**. Madrid: Institut Borja de Bioética. Fundación Mapfre, 2005.

SÁ, C. P. de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SÁ, M. de F. F. **Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido**. 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

SANT'ANNA, E. **Cresce tempo de internação em UTI**. *Jornal O Estado de São Paulo*. 2007. Disponível em: <http://www.estado.com.br/editoriais/2007/05/12/ger-1.93.7.20070512.1.1.xml>. Acesso em: 10 jan. 2008.

SANTOS FILHO, E. A. dos. A Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina. É melhor matar ou deixar morrer?. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1266, 19 dez. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9287>>. Acesso em: 18 set. 2007.

SANTOS, M. C. C. L. **O equilíbrio do pêndulo: a bioética e a lei, implicações médico-legais**. São Paulo: Ícone, 1998.

SGRECCIA, E. **Manual de Bioética: I Fundamentos e ética biomédica**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 1996.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 257-262, maio-jun. 2007.

SILVA, M. J. P. da. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: CINTRA, E. de. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

_____. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

SIQUEIRA, J. E. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. **Revista de Bioética**, Brasília, v.13, n.2, 2005. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio13v2/index.htm>>. Acesso em: 10 abril. 2007.

SOARES, M. Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.19, n. 4, p. 481-84, out/dez. 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a13v19n4.pdf. Acesso em: 12 dez, 2007.

SOARES, M.; TERZI, R. G. G.; PIVA, J.P. Terminalidade da Vida e Cuidados de Final de Vida na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.19, n. 3, p. 357-358, jul/set. 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3a16.pdf. Acesso em: 12 dez. 2007

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.66, n.6, p. 377 – 401, jun. 1996.

SOUZA, N. T. C. Eutanásia: aspectos jurídicos. **Revista Juristas**, João Pessoa, a. III, n. 92, 19/09/2006. Disponível em: <http://www.juristas.com.br/a_Eutanásia.Aspectos-Jurídicos>. Acesso em: 12 mar. 2007.

SPINDOLA, T; MACEDO, M. C. S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 1994; v. 47, n. 2, p.108-17.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITH. S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SZKLAROWSKY, L. F. A eutanásia no Brasil . **Jus Navigandi**, Teresina, ano 6, n. 59, out. 2002. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3330>>. Acesso em: 12 fev. 2008 .

TEIXEIRA, C. M. F da S. A criança diante da morte. **Revista da Universidade Federal de Goiás**. v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em: www.proec.ufg.br/revista_ufg/infancia/B_morte.html. Acesso em: 12 mar 2008.

TERZI, R. G. G.; SILVEIRA, O. C. **Questões bioéticas e legais na limitação do esforço terapêutico em Unidades de Terapia Intensiva**. 2006. Disponível em: <<http://www.ceuti.com.br/pdf/bioetica.doc>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

THOMAS, C.; CARVALHO, V. L. **O cuidado ao término de uma caminhada**. Santa Maria: Palloti, 1999.

TORREÃO, L. A et al. Ressucitação cardiopulmonar: discrepância entre o procedimento de ressuscitação e o registro no prontuário. **J Pediatría**, Rio de Janeiro, 2000; v.76, n. 6 p.429-33.

TORREÃO, L. Uso de opióides em pacientes terminais: sedação ou eutanásia? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, abr./jul. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000200011&script=sci_arttext. Acesso em: 10 fev. 2008.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

URBAN, C. de. A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

VARGAS, D. de.; BRAGA, A. L. O enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: refletindo sobre seu papel. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 257-262, maio-jun. 2007.





VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILLA, V. da S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. V. 10, n. 2, p. 137 -44, mar-abr. 2002. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf. Acesso em: 01 jul. 2007.

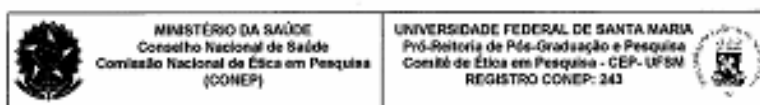
WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na Saúde: As relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

ANEXOS

ANEXO A – Protocolo de Registro e Acompanhamento de Projetos

 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA DIREÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO	
Protocolo de Registro e Acompanhamento de Projetos	
Nº Inscrição DEPE: <u>104/2007</u> Nº Pró-Reitoria: _____ Data: <u>02/10/2007</u>	
Responsável: <u>ALBERTO MAUEL QUINTANA</u> Função: <u>PROFESSOR</u>	
CPF: <u>114.206.780-15</u> SUAPE: <u>379606</u> Telefone: <u>3722-0936</u>	
Unidade/Curso: <u>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA EM PROF. Dr. R. de A. B. de A.</u>	
Título: <u>REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS QUÍMICOS E MÉDICOS DIANTE DA ORTOTANÁSIA</u>	
<input type="checkbox"/> Ensino <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Extensão <input type="checkbox"/> Prospectivo <input type="checkbox"/> Retrospectivo	
Declaro ter conhecimento das resoluções nº 166/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde e que este projeto não está em desacordo com nenhum dos itens destas resoluções.	
 _____ Coordenador do Projeto	
Setores Envolvidos <u>UTI ADULTO</u> <u>Coordenação de Saúde</u> <u>Unidade de Saúde</u> <u>UTI - Adulto</u>	Aprovação do Responsável  _____ <u>Prof.ª Maria Tereza de Campos Silva</u> Coord. Enf. Área Clínica Médica C.A. 111/001 Hospital Colúmbia
Parecer Ético - CCS _____ Parecer - DEPE <u>Autorizado</u>	 _____ <input checked="" type="checkbox"/> Concluído Data: <u>1/1</u> <input type="checkbox"/> Tema Livre <input type="checkbox"/> Publicado <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Internacional
O presente registro não contempla alocação de recursos porventura solicitados.	

ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Representação social dos enfermeiros e médicos diante da ortotanásia.
Número do processo: 23081.016198/2007-71
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0173.0.243.000-07
Pesquisador Responsável: Alberto Manuel Quintana

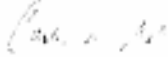
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2009-Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 13/11/2007

Santa Maria, 13 de Novembro de 2007.


 Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM
 Registro CONEP N. 243.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ORTOTANÁSIA: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS
POR ENFERMEIROS E MÉDICOS NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

Pesquisadora:- Silvana B. C. Bisogno (Enfermeira – Aluna do Mestrado em Enfermagem da UFSM). Tel: (55) 3028 1207; Cel: (55) 9157 2775; e-mail: silvanacogo@unifra.br

Orientador:- Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana (Psicólogo – Prof. Associado do Departamento de Psicologia e do Mestrado em Enfermagem da UFSM).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Muitas discussões têm sido abordadas na sociedade brasileira sobre a prática da ortotanásia. Neste sentido, vários artigos, reflexões e estudos têm enfatizado os cuidados paliativos com a operacionalização da ortotanásia nos pacientes em fase terminal, ou seja, com doenças incuráveis. Neste caso, são várias as dúvidas que imperam sobre esta terminologia, que impossibilita uma aplicação, livre de qualquer tipo de dilema, seja ético, legal, religioso ou social. Desta forma, conhecer como os enfermeiros e médicos percebem a prática da ortotanásia nos pacientes, em fase terminal, acredita-se ser de extrema relevância já que existe divergência de pensamentos e atuações.

O objetivo deste trabalho é conhecer a representação social dos enfermeiros e médicos atuantes numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI), diante da prática da ortotanásia. Assim, para alcançar os objetivos propostos serão realizadas entrevistas semi-dirigidas, na Instituição Hospitalar do estudo, ou em local previamente marcado, conforme disponibilidade do entrevistado. Antes de ocorrer à transcrição definitiva da entrevista, o pesquisado terá disponível a transcrição realizada pela autora, para certificar-se do que realmente será considerado da fala do entrevistado e para que não ocorram equívocos.

Com a finalidade de trabalharmos dentro de uma ética estabelecida para a pesquisa, o informante ficará ciente dos princípios abaixo discriminados e que regerão sua participação.

Este projeto fora encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, obtendo parecer favorável.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____, concordo em participar deste estudo científico, e declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento sendo bem instruído (a), de acordo com os seguintes princípios:

Autonomia – Considero preservada minha participação como voluntário (a), sem coerção pessoal ou institucional, dando minha permissão para ser entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas ou não em áudio. Todas as fitas serão desgravadas após o término da pesquisa, sendo que as falas serão identificadas por códigos. Estou ciente que sou livre para recusar a dar respostas a determinadas questões durante as entrevistas, retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, bem como terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas pelo pesquisador a meu concateno.

Beneficência – Estou ciente de que poderá não haver benefícios diretos ou imediatos

para mim enquanto entrevistado deste estudo, além de eventuais ganhos altruísticos e emocionais de poder falar sobre o assunto em pauta. Estou ciente de que também poderá não haver benefícios diretos e imediatos para minhas atividades profissionais ou para a instituição onde trabalho, mas sei que poderá haver alguma abordagem positiva após outros profissionais e outras instituições tomarem conhecimento das conclusões desta pesquisa.

Não-maleficiência – Estou ciente de que estarão garantidas a não invasão de minha privacidade. Sei que, além do pesquisador, o material coletado na entrevista será de conhecimento do Professor Orientador, sendo o meu nome omitido e esta pessoa estará submetida às normas do sigilo profissional. O relatório final estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas, podendo conter citações literais da entrevista, mas sempre de modo anônimo e evitando a identificação do informante. Finalmente, estou ciente de que serei respeitado (a) quanto a não ter tocados aspectos de foro íntimo, a não ser quando for de minha concordância em abordá-los.

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Este formulário foi lido para _____ em ____/____/____
pelo_____.

Declaro
que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste
sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM

Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 –
Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 – e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE B – Termo de confidencialidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Representação social dos enfermeiros e médicos diante da prática da ortotanásia²².

Pesquisador responsável: Alberto Manuel Quintana

Pesquisadora mestranda: Silvana Bastos Cogo Bisogno

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3028-1207 – (55) 9157-2775

Local da coleta de dados: Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos enfermeiros e médicos, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas, sendo utilizado gravação em áudio, numa Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público de Santa Maria. Concorde, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas junto da pesquisadora por um período de 12 meses sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Silvana Bastos Cogo Bisogno. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 13/11/2007, com o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) – 0173.0.243.000-07.

Santa Maria,dede 2007

Alberto Manuel Quintana
(CI – 6004616683 CRP/07-0305)

²² O título fora modificado para “Representação social da ortotanásia: significados atribuídos por enfermeiros e médicos na unidade de terapia intensiva”.