KAREN KNOPP DE CARVALHO

A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA COMO UMA QUESTÃO ÉTICA

**RIO GRANDE
2005**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA COMO UMA QUESTÃO ÉTICA

KAREN KNOPP DE CARVALHO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa Ética, Educação e Saúde.

Orientadora: Valéria Lerch Lunardi

**RIO GRANDE
2005**

C331o Carvalho, Karen Knopp de

A obstinação terapêutica como uma questão ética /
Karen Knopp de Carvalho. --Rio Grande : FURG /
Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2005.
99p.

Orientador: Valéria Lerch Lunardi

Dissertação (mestrado) – FURG / Programa de Pós-
graduação em Enfermagem, 2005.

1. Terapêutica. 2. Pacientes. 3. Saúde. 4. Morte. 5. Ética.
6. Enfermagem – Tese. I. Lunardi, Valéria Lerch. II.
Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa
de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083

KAREN KNOPP DE CARVALHO

A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA COMO UMA QUESTÃO ÉTICA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 19 de setembro de 2005, atendendo as normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Profª Drª Maria Elisabeth Cestari

BANCA EXAMINADORA:

Drª Valéria Lerch Lunardi – FURG (Presidente)

Drª Lucilda Selli – UNISINOS (Membro)

Drª Mara Regina Santos da Silva – FURG (Membro)

Drº Tabajara Lucas de Almeida – FURG (Membro)

Drª Giovana Calcagno Gomes – FURG (Suplente)

AGRADECIMENTOS

À Valéria por sua orientação, dedicação, apoio e competência, estando sempre disponível e me incentivando em momentos bastante difíceis a não desistir do curso de mestrado. Nossos encontros eram muito mais do que orientações direcionadas a dissertação, eram momentos de conversa sobre a vida profissional e pessoal e as dificuldades vivenciadas, bem como, momentos de incentivo para continuar. Tenho nela um exemplo de profissional que faz de suas palavras a sua prática.

Ao Hemerson, meu esposo, por ser o companheiro que é, por sua paciência e presença constante ao longo desta caminhada.

Ao Bira e à Neci, meus pais, que sempre priorizaram o acesso ao estudo para seus filhos. Cresci ouvindo que o estudo seria melhor “herança” que poderiam nos deixar.

Ao Vagner e ao Roger, meus irmãos, pela amizade e pela disponibilidade em ajudar.

À Patrícia Nascente, grande amiga (quase irmã), pela amizade, pelo exemplo e pelo incentivo.

À Patrícia Tuerlinckx, colega de mestrado e de trabalho, pelo apoio e pelos momentos difíceis compartilhados, em nossas conversas durante as passagens de plantão, realização dos trabalhos e viagens para Rio Grande.

Aos professores, Leo Pessini, Tabajara de Almeida, Lucilda Selli, Mara da Silva e Giovana Gomes, que gentilmente aceitaram participar das bancas de qualificação e sustentação e contribuíram para a construção deste trabalho.

À FURG, por ser uma universidade pública, gratuita e de qualidade, em um momento histórico em que cada vez mais o Estado vem privatizando os bens públicos e diminuindo cada vez mais os direitos dos trabalhadores.

Em especial, as Enfermeiras que aceitaram gentilmente participar deste estudo, expondo seus pensamentos e condutas. Este trabalho não tem como objetivo criticá-las, mas sim discutir práticas e pensamentos que aceitamos como normais e rotineiros, a fim de modifica-los, buscando um exercício profissional atuante e reflexivo.

CARVALHO, Karen Knopp de. **A obstinação terapêutica como uma questão ética.** 2005. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

RESUMO

Questões envolvendo a obstinação terapêutica estão presentes no cotidiano das Unidades de Terapia Intensiva (UTIS), onde diferentes decisões são tomadas, com relação ao destino do tratamento de pacientes em processo de morrer e de morte. Esta temática ainda é pouco discutida entre os profissionais da saúde que atuam nas UTIs, especialmente pelas profissionais de enfermagem, que são responsáveis pela implementação das terapêuticas prescritas pelos médicos, com as quais, muitas vezes, podem discordar. Assim, este estudo tem como objetivos: - Conhecer se as enfermeiras reconhecem a prescrição de tratamentos fúteis no ambiente em que atuam; - Conhecer os sentimentos das enfermeiras envolvidos na implementação de tratamentos que consideram fúteis; - Conhecer as estratégias construídas pelas enfermeiras no enfrentamento dessas situações. Foram realizadas 6 entrevistas semi-estruturadas com enfermeiras que atuam em UTIS. A partir da análise do conteúdo dos dados, quatro categorias foram construídas: - **Obstinação terapêutica: o que é isto?** as enfermeiras, que atuam nas UTIS, desconhecem o termo obstinação terapêutica, mas a reconhecem como muito presente em suas práticas; - **A obstinação terapêutica como o prolongamento do sofrimento:** as profissionais consideram que a obstinação terapêutica prolonga o sofrimento do paciente e de seus familiares e, também, o seu sofrimento e o da equipe de enfermagem; - **A obstinação terapêutica como a priorização da cura:** as enfermeiras identificam em suas práticas cotidianas tratamentos obstinados; entretanto, acreditam ser necessário investir na cura do paciente, ressaltando a sua inquestionabilidade; **Enfrentamento da obstinação terapêutica: cuidado humanizado?** são apresentadas algumas estratégias no enfrentamento desta temática, considerando a participação do paciente como imprescindível no processo de tomada de decisões. O trabalho demonstra a necessidade e a importância de avaliar as medidas terapêuticas que necessitam ser utilizadas no tratamento de pacientes em processo de morrer e de morte, de modo que possam viver a fase final de sua vida com qualidade, considerando que quando a cura não é mais possível, é necessário cuidar, preocupando-se com a pessoa doente e respeitando sua integridade, lembrando que o cuidado é a base do exercício profissional da enfermagem.

Palavras-Chave: **1. Terapêutica. 2. Pacientes. 3. Saúde. 4. Morte. 5. Ética. 6. Enfermagem.**

CARVALHO, Karen Knopp de. **The therapeutic obstinacy as an ethical matter**. 2005. 100f. Dissertation (Master's in Nursing). Program of the Post-graduation in Nursing, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

ABSTRACT

Questions involving the therapeutic obstinacy are present in the everyday life of Intensive Care Units (ICUs), where different decisions are made, in relation to the fate of the treatment of patients who are about to die and the dead ones. This topic is still seldom discussed among professionals in the field of health who work on ICUs, specially by nursing professionals, who are responsible for implementing the procedures prescribed by the doctors, which, in certain times, they might disagree with. Therefore, this study aims at the following: - Knowing if the nurses acknowledge the prescription of futile treatments in the environment where they work; - Knowing about the feeling of the nurses involved in the implementation of the treatments which they consider futile; - Knowing the strategies built by the nurses when facing these situations. 6 semi-structured interviews were made with nurses who work at ICUs. Based on the analysis of the data collected, four categories were built: - **Therapeutic obstinacy: what is it?** the nurses, who work at ICUs, do not know the term therapeutic obstinacy, but realize it is very present in their practices; - **The therapeutic obstinacy as a prolongation of the suffering:** the professionals consider that the therapeutic obstinacy prolongs the suffering of the patient and its family and, also, that its suffering and the nursing people; - **The therapeutic obstinacy as the priority of the cure:** the nurses identify in their everyday practice obstinate treatments; however, they believe it is necessary to invest in the cure of the patient, highlighting its unquestionable situation; **Facing the therapeutic obstinacy: humanized care?** some strategies are presented in order to face this topic, considering the participation of the patient as vital in the process of making decisions. The work shows the necessity and the importance of evaluating the therapeutic measures which need to be used in the treatment of patients who are about to die or the ones who have died, in a way that they can live the final moments of their lives with quality, considering that when the cure is not possible anymore, it is necessary to care for, worrying about the sick person and respecting its integrity, recalling that the care is the base for the professional practice of nursing.

Key Words: **1. Therapeutic. 2. Patients. 3. health. 4. death. 5. Ethics. 6. Nursing.**

CARVALHO, Karen Knopp de. **La obstinación terapéutica como una cuestión ética.** 2005. 100 f. Disertación (Maestría en Enfermería). Programa de Posgrado en Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

RESUMEN

Cuestiones envolviendo la obstinación terapéutica están presentes en el cotidiano de las Unidades de Terapia Intensiva (UTIS), donde distintas decisiones son tomadas, con relación al destino del tratamiento de pacientes en proceso de morir y de muerte. Esta temática aún es poco discutida entre los profesionales de la salud que actúan en las UTIS, especialmente por las profesionales de enfermería que son responsables por la implementación de las terapéuticas prescritas por los médicos, con los cuales, muchas veces, pueden discordar. Así, este estudio tiene como objetivo: - Conocer si las enfermeras reconocen la prescripción de tratamientos fútiles en el ambiente en que actúan; - Conocer los sentimientos de las enfermeras involucradas en la implementación de tratamientos que consideran fútiles; - Conocer las estrategias construidas por las enfermeras en el enfrentamiento de esas situaciones. Fueron realizadas 6 entrevistas semiestructuradas con enfermeras que actúan en UTIS. A partir del análisis del contenido de los datos, cuatro categorías fueron construidas: - Obstinación terapéutica: ¿qué es eso? las enfermeras, que actúan en las UTIS, desconocen el termo obstinación terapéutica, pero la reconoce como muy presente en sus prácticas; - La obstinación terapéutica como la continuidad del sufrimiento: las profesionales consideran que la obstinación terapéutica prolonga el sufrimiento del paciente y de sus familiares y, también, su propio sufrimiento y del equipo de enfermería; - La obstinación terapéutica como la priorización de la cura: las enfermeras identifican en sus prácticas cotidianas tratamientos obstinados, mientras tanto, creen ser necesario invertir en la cura del paciente, resaltando su incuestionabilidad; ¿Enfrentamiento de la obstinación terapéutica: cuidado humanizado? Son presentadas algunas estrategias en el enfrentamiento de esta temática, considerando la participación del paciente como imprescindible en el proceso de tomada de decisiones. El trabajo demuestra la necesidad y la importancia de evaluar las medidas terapéuticas que necesitan ser utilizadas en el tratamiento de pacientes en proceso de morir y de muerte, de modo que puedan vivir la fase final de su vida con calidad, considerando que cuando la cura no es más posible, es necesario cuidar, preocupándose con la persona enferma y respetando su integridad, acordándose que el cuidado es la base del ejercicio profesional de la enfermería.

Palabras Clave: 1. Terapéutica. 2. Pacientes. 3. salud. 4. muerte. 5. Ética 6. Enfermería.

SUMÁRIO

RESUMO	
VII	
ABSTRACT	VIII
RESUMEN	IX
1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 A UTI como ambiente fértil para reflexão ética	18
2.2 Contexto geral da obstinação terapêutica	25
2.2.1 A mudança no enfrentamento da morte	25
2.2.2 A medicina e sua atual riqueza tecnológica	30
2.3 A obstinação terapêutica	31
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	39
4 ENFERMEIRAS ENFRENTANDO MEDIDAS TERAPÊUTICAS QUE RECONHECEM COMO FÚTEIS	46
4.1 Obstinação Terapêutica: o que é isto?	47
4.2 A obstinação terapêutica como o prolongamento do sofrimento	56
4.3 A obstinação terapêutica como a priorização da cura	65
4.4 Enfrentamento da obstinação terapêutica: cuidado humanizado?	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
BIBLIOGRAFIA	90
APÊNDICES	96

1- INTRODUÇÃO

No decorrer de minha formação profissional, durante a academia, e agora como Enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), venho percebendo as múltiplas questões éticas envolvidas, em especial, no enfrentamento do cuidado de pessoas que vivenciam o processo de morrer e de morte. Muitos autores da área da Bioética têm discutido esta temática, em especial o direito do paciente de morrer com dignidade e a obstinação terapêutica. Consideram que tais situações, além de poderem estar associadas ao sofrimento vivenciado pelos pacientes e seus familiares, constituem-se em um tema de intenso conflito moral para os profissionais da saúde, sendo um desafio a ser enfrentado, quanto às atitudes a serem tomadas, podendo provocar sofrimento, dúvidas e dilemas (DINIZA; COSTA 2004; ESSLINGER, 2004; FERNÁNDEZ, 2000; JUNGES, 2002; KIPPER, 2004; KOVÁCS, 1998; PESSINI, 2001; PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002; SGRECCIA, 1997).

Dentre estas questões, poderia destacar que na Unidade de Terapia Intensiva, o ambiente fechado e restrito, a alta tecnologia, as rígidas rotinas da unidade, o grande número de procedimentos invasivos realizados a todo instante, além do afastamento da família, podem ser fatores geradores de medo, sofrimento, incapacidade e limitações, comprometendo, seriamente, a qualidade de vida do paciente em fase terminal da doença¹. Entendo que ser

¹ Utilizo a definição de Kovács (1999) para paciente em fase terminal da doença. Segundo a autora classificar um paciente como terminal implica para ele, para o público em geral e, infelizmente, também para muitos profissionais da saúde, a idéia de que não há mais nada a ser feito, pois ele encontra-se a beira da morte. Além disso, quando falamos em terminalidade, estamos falando em proximidade da morte. Entretanto, quando se trata de pacientes terminais podemos encontrar alguns vivendo, por muito tempo, com sintomas incapacitantes. Com isso, ao utilizarmos o termo, pacientes em estágio avançado ou terminal da doença, colocamos o foco na

coerente com a terapia e com a reabilitação do paciente consiste em procurar o resultado esperado, visando também, sua qualidade de vida, especialmente no caso de intervenções muito grandes, de tipo cirúrgico ou médico, e de alguns procedimentos invasivos que são realizadas na UTI, sendo preciso levar em consideração não apenas a sobrevivência do paciente, mas também sua maior autonomia pessoal, de trabalho e de relação social. (SGRECCIA, 1997).

O progresso técnico-científico da medicina não somente aumentou a esperança de viver mais e melhor, mas também gerou situações difíceis e complexas, transformando a fase final da vida num longo, penoso e sofrido processo de morrer (PESSINI, 2001). O morrer tornou-se uma questão difícil de ser enfrentada para os profissionais da saúde. A morte torna-se vergonhosa e objeto de interdição; aparentemente, há um esforço enorme em negá-la (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2002). No século XX, devido ao desenvolvimento na área médica, grande parte das doenças têm um desenvolvimento lento; o tratamento pode ser demorado, bem como pode ser associado com sofrimento e dor, podendo, algumas vezes, a terapêutica ser mais sofrida do que a própria doença, como em alguns pacientes com câncer (KOVÁCS, 1998). Nesse contexto, percebo que a dificuldade em relacionar-se com clientes em estágio terminal da doença também está presente nas decisões de até quando investir no tratamento, visando sua utilidade e benefício, bem como a autonomia e dignidade do paciente. Assim, ato médico fútil é aquele cuja aplicação está desaconselhada em um caso concreto, porque não é clinicamente eficaz (comprovado estatisticamente), não melhora o prognóstico, sintomas ou enfermidades associados, produzindo previsivelmente efeitos prejudiciais, desproporcionais ao benefício esperado para o paciente ou para suas condições familiares, econômicas e sociais (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002; GAVICAGOGESCA, 2003).

Deste modo, entende-se por obstinação terapêutica² o prolongamento exagerado da morte de um paciente. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil e inútil, que tem como consequência uma morte medicamente lenta e prolongada, acompanhada de sofrimento. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida de um paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer (PESSINI, 2001).

Questões envolvendo obstinação terapêutica, possivelmente, estejam presentes no cotidiano das UTIs, onde diferentes decisões são tomadas, com relação ao destino do tratamento de pacientes em fase terminal da doença, sem que sejam discutidas com os próprios pacientes, suas famílias e equipe de saúde envolvida no seu cuidado, restringindo-se comumente a decisão a uma só pessoa, geralmente, o médico plantonista (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2002, PINHEIRO, 2001). Sabe-se que as decisões de terapêuticas a serem instituídas nos pacientes constituem-se em critério médico. Entretanto, estas decisões se refletem no trabalho da equipe de saúde como um todo e especificamente na equipe de Enfermagem, que cuida do paciente, e que, ao cumprir terapêuticas com as quais não concorda, pode sofrer intensamente, questionando-se sobre os valores que fundamentam sua prática. Atitudes como conter o paciente, em situações clínicas limite, no leito, por tentar arrancar um tubo endotraqueal, que lhe impossibilita de falar; ou a sonda nasogástrica que lhe causa desconforto; puncionar inúmeras vezes pessoas que tem seus braços infiltrados sem as mínimas condições de acesso venoso periférico; instalar dietas que ocasionam continuamente diarreia, entre outros, são motivos de sofrimento e questionamentos para a equipe de Enfermagem. As situações clínicas limite podem ser definidas como situações em que a técnica impede a morte do paciente, mas não consegue sua cura e seu restabelecimento,

² No decorrer do trabalho são utilizados com o mesmo significado os termos ato médico fútil, distanásia, futilidade terapêutica e obstinação terapêutica.

comprometendo seriamente sua qualidade de vida e autonomia pessoal (GAVICAGOGEASCA, 2003).

Conflitos e divergências com médicos sobre o cuidado de pacientes são freqüentemente descritos na literatura internacional. Os exemplos mais comuns identificados foram de enfermeiras divergindo do tratamento de pacientes em estado terminal, pois acreditavam que o tratamento era fútil e causador de indignidade e sofrimento desnecessário (ERLEN e FROST 1991, REDMAN e FRY 2000, SUNDIN-HUARD e FAHY 1999). Muitas destas enfermeiras, devido ao seu maior contato com os pacientes, desenvolvem com eles, uma relação muito próxima, reconhecendo o caráter particular de seu sofrimento.

Além disso, é importante considerar que as questões acerca do tratamento fútil são importantes não somente para profissionais de saúde e pacientes, mas também para a sociedade como um todo, pois está em questão o verdadeiro significado e o lugar da medicina na sociedade, e a extensão da autoridade que a sociedade outorga aos profissionais de saúde (PESSINI citando RUBIN, 2001).

Como Enfermeira, ex-chefe de uma equipe de Enfermagem de uma UTI, constato a dificuldade no convívio com pacientes em fase terminal da doença internados neste ambiente, e nos dilemas éticos envolvidos em seu tratamento, sentindo-me incapaz e impotente de minimizar seu sofrimento. Observo que o questionamento, por parte do paciente em fase terminal da doença, sobre seu quadro clínico, tratamento, evolução da doença e possível alta, são motivos de sofrimento e angústia para a equipe de Enfermagem, pois, comumente, não sabe até que ponto pode informar o paciente. Os profissionais da saúde parecem estar mais preparados para atuar frente à doença, mas não para interagir com o doente, ajudando-o.

A obstinação terapêutica ainda é pouco discutida entre os profissionais da Enfermagem, mas está presente no cotidiano dos hospitais, especialmente nas UTIs, onde modernos equipamentos e medicações permitem o prolongamento infinito do processo de

morrer (KIPPER, 2004; PESSINI, 2001). Considero a obstinação terapêutica um tema de extrema relevância para a Enfermagem, por ser esta a profissão do cuidado e que implementa muitas das terapêuticas prescritas, sendo necessário discutir nossas práticas, enquanto trabalhadores da área da saúde, a fim de que possamos definir o que estamos buscando atualmente como modelo de saúde e de vida. Os profissionais, ao realizarem procedimentos como o banho, curativos, aplicação de medicações, entre outros, ficam em contato constante com os pacientes, podendo aproximar-se destes, estabelecendo uma relação de apreço e preocupação, o que pode interferir em seus possíveis sentimentos de desconforto frente ao vivenciado nesta relação. Redman, Fry (2000) referem que a característica predominante dos conflitos éticos enfrentados pelas enfermeiras está relacionada à sua divergência frente à qualidade do cuidado médico dispensado aos pacientes, em fase terminal da doença. Incluem-se nestes conflitos éticos: “diferenças na definição da adequação do cuidado entre profissionais, instituição e sociedade; diferenças de orientação filosófica das enfermeiras, médicos e outros profissionais de saúde envolvidos no cuidado dos pacientes; falta de respeito pelo conhecimento e experiência das enfermeiras em práticas especializadas; dificuldade das enfermeiras assumirem seu papel como advogadas dos pacientes”.

Como Enfermeira, após problematizar os conflitos percebidos pelo contato constante com pacientes em processo de morrer e de morte, juntamente com o estudo de bibliografias sobre obstinação terapêutica, surgem questões morais e éticas tais como: Ao investirmos indeterminadamente no tratamento de pacientes, estamos prolongando sua vida ou adiando sua morte, a qual, como profissionais da saúde, temos dificuldade de aceitar? A vida, independentemente de sua qualidade, deve sempre ser preservada? Quando sedamos os pacientes em fase terminal da doença, aliviando sua dor, estamos indiretamente abreviando sua vida e isto é lícito? Qual o custo-benefício destes tratamentos para o Sistema de Saúde?

Na literatura internacional, estas questões já são amplamente discutidas (ERLEN e FROST 1991, REDMAN e FRY 2000, SUNDIN-HUARD e FAHY 1999); entretanto, na literatura nacional, são poucos os artigos que tratam esta temática (DINIZ e COSTA, 2004; KOVÁCS, 1998; PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2002), muitas vezes identificada como eutanásia, existindo em um menor número, ainda, textos específicos na área da Enfermagem. Parece importante destacar que não se pretende criticar a UTI e os profissionais que nela trabalham, pois graças ao seu desenvolvimento e ao progresso técnico-científico muitas vidas são salvas e pode-se viver mais e melhor. Entretanto, problematizar a atuação da enfermeira frente à necessidade de implementar terapêuticas reconhecidas como fúteis, prescritas a pacientes em estágio de terminalidade, bem como produzir conhecimentos sobre esta temática possibilita uma reflexão ética e a discussão de novas estratégias no trabalho destas profissionais, para o seu enfrentamento no cuidado de pacientes em processo de morrer e de morte.

A partir de minhas reflexões e da constatação da dificuldade vivenciada de lidar com pacientes em fase terminal de vida em processo de morrer e de morte, bem como frente às terapêuticas adotadas nestes pacientes e reconhecidas como fúteis, pergunto-me como outras enfermeiras das Unidades de Terapia Intensiva vêm enfrentando a implementação destas terapêuticas prescritas pelo médico? O conhecimento de estarem implementando medidas reconhecidas como fúteis é motivo de sofrimento para as enfermeiras? Que estratégias vêm construindo para o enfrentamento desta problemática?

Assim, tenho como objetivo geral:

Compreender como as Enfermeiras vêm enfrentando a implementação de medidas terapêuticas que reconhecem como fúteis;

E como objetivos específicos:

Conhecer se as enfermeiras reconhecem a prescrição de tratamentos fúteis no ambiente em que atuam;

Conhecer os sentimentos das enfermeiras envolvidos na implementação de tratamentos que consideram fúteis;

Conhecer as estratégias construídas pelas enfermeiras no enfrentamento dessas situações.

Apresento a seguir o referencial teórico que aborda os seguintes temas: “A UTI como ambiente fértil para reflexões éticas”, “Contexto geral da obstinação terapêutica” e, por último “A obstinação terapêutica”.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

Para atender os objetivos propostos por este estudo, primeiramente é preciso recorrer à bibliografia, a fim de obter subsídios para o desenvolvimento do trabalho. Para aprofundar o conhecimento de como as enfermeiras vêm enfrentando a implementação de medidas terapêuticas que reconhecem como fúteis, é necessário primeiramente buscar conhecer como se caracteriza o ambiente de trabalho de uma UTI, onde esta problemática tem sido bastante presente.

2.1- A UTI como ambiente fértil para reflexão ética

Nas modernas UTIs, podemos encontrar pacientes em estágio avançado da doença sem perspectivas de cura ou melhora, sem nenhuma função vital autônoma, todas sendo realizadas por aparelhos, parecendo uma imagem cruel de um “Frankenstein” do séc. XX (KOVÁCS, 1998). Assim, a possibilidade de prolongar indeterminadamente o tratamento de pacientes em fase terminal da doença, nas UTIs, através de medidas consideradas fúteis traz a necessidade de discutir e caracterizar esta unidade a fim de que se possa tentar entender os fatores que permeiam estas atitudes, assim como quais os pacientes que estão indicados a serem admitidos nestas unidades.

A UTI caracteriza-se por ser uma unidade fechada, com acesso restrito de pessoal, possuindo equipamentos e profissionais treinados para prevenir ou reverter um estado crítico e agudo desenvolvido pelo doente, pelo acometimento direto de seus órgãos vitais ou outras estruturas, comprometendo seriamente sua vida (ANDRADE, 2000). Ao admitir um paciente na UTI, é necessário considerar alguns critérios, que a diferenciam de uma unidade de internação convencional, tais como: a gravidade e a agudeza de sua condição clínica, os aspectos legais, deontológicos e bioéticos, o relacionamento interpessoal dos múltiplos segmentos envolvidos na atenção ao paciente, a interface com o equipamento e o ambiente hostil. Ao considerar estes critérios, evita-se que pacientes sem indicação para terapia intensiva contribuam para transformar esta unidade em um depósito de pacientes moribundos ou de cuidados semi-intensivos (PINHEIRO, 2001).

As normas de internação, entretanto, não devem se constituir na única preocupação gerencial e médica de uma UTI, mas uma política assistencial quanto ao nível de investimento em pacientes supostamente terminais deve ser amplamente discutida de forma multidisciplinar e envolvendo a comunidade como um todo, pois, do contrário, a UTI torna-se um instrumento de distanásia e não de tratamento. Unidades “pré-mortuárias” aumentam o nível de tensão entre pacientes indicados para a UTI e entre seus familiares, além de desacreditar este tipo de recurso terapêutico no próprio meio hospitalar. Por outro lado, pacientes de pouca gravidade, cujo atendimento poderia ser realizado em uma unidade de internação comum, ao serem trazidos para a UTI, aumentam seu nível de estresse e de seus familiares (PINHEIRO, 2001).

A UTI possui uma pesada tecnologia que torna o ambiente hospitalar ainda mais hostil. É comum a presença de pacientes conectados a ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, sondas gástricas e vesicais, despídos, o que contribui para sua despersonalização. Percebo que muitos deles são tratados como objetos de cuidado, tendo que seguir e sujeitar-se

às rotinas da unidade e às rotinas de “cuidado”, como o horário do banho, das medicações, da alimentação. Na realização de alguns procedimentos, ficam extremamente vulneráveis frente à equipe de Enfermagem e de saúde e, algumas vezes, sua autonomia e dignidade parecem ser desrespeitadas. A internação na UTI costuma ser de grande impacto para o paciente, que estava, até poucos momentos, junto com sua família, seus amigos e vê tudo isso abruptamente ser interrompido. Esses momentos extremos podem gerar no paciente sensações de desamparo, de isolamento, de perda do controle e de auto-estima, além de medo da morte (VIEIRA, FERNANDES, CROSSETI, 2001).

Para Kovács (1999), a hospitalização é um dos elementos que mais atingem a identidade do paciente, que já deixa suas roupas à entrada, sofrendo um processo de despersonalização e de perda de autonomia e do poder de decisão. Muitas vezes, seu pensar é anulado, sendo estimulados à passividade, à submissão e à rendição. Privilegia-se o paciente tranqüilo, se for necessário medicado e sedado, sem possibilidade de expressar suas dúvidas, sua dor e seu medo. Pacientes que começam a se agitar no leito, questionando sobre seu quadro clínico, manifestando desejo de alta da UTI, na maioria das vezes, são sedados. Como Enfermeira responsável pela organização do serviço de Enfermagem, reconheço, na sedação do paciente agitado, ações pautadas no princípio da beneficência, em que o profissional assume uma atitude paternalista, optando pela sedação para assegurar o que reconhece como bem-estar para o paciente. Para Pessini e Barchifontaine (2002), o princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos. Por outro lado, a autonomia do paciente, na condição de sujeito, é negada e desconsiderada. A administração do sedativo é implementada, sem que o paciente seja consultado ou sequer informado do procedimento em si, desconsiderando sua possível capacidade de deliberar sobre o que quer para si, podendo-se caracterizar como uma atitude autoritária. A medicação sedativa parece substituir o atendimento da necessidade do paciente de ser ouvido, bem como

de seus questionamentos e insatisfação, com respostas e explicações por parte da equipe de saúde, as quais poderiam aliviar e reduzir sua ansiedade e mal-estar. Por sua vez, os profissionais da saúde sentem-se angustiados com a agitação do paciente e com a impossibilidade de satisfazer seus pedidos.

Além da sedação dos pacientes agitados, existe a sedação dos pacientes que referem dor, ocorrendo o dilema entre promover o alívio da dor e prolongar a vida, pois se sabe que a maioria das medicações sedativas causam insuficiência respiratória que pode evoluir para uma parada respiratória. No modelo do paternalismo benigno, a questão sobre o uso de medicação para o controle da dor, é resolvida autoritariamente pelo médico, porque acredita saber o que é melhor para o paciente, pois ele é o “doutor”. A autonomia do médico predomina no momento de decidir sobre o tratamento da dor, mesmo sabendo que isto pode encurtar indiretamente a vida. O protagonista na decisão tende a ser o profissional da saúde, sendo o paciente reduzido a um papel puramente passivo (PESSINI, 2001).

Para que o paciente possa decidir e optar por um tratamento, é necessário que conheça, que seja informado do seu diagnóstico e prognóstico, respeitando-se, assim, sua autonomia. Constato que ainda são tomadas medidas paternalistas, que revelam o diagnóstico de doença incurável e com mau prognóstico, somente para o familiar do paciente, e não para este, com o argumento de que não iria suportar o diagnóstico, tirando-lhe o direito de decidir sobre seu destino se este tratamento começar a apresentar mais desvantagens do que benefícios.

Na maioria das vezes, decisões sobre o tratamento a ser instituído nos pacientes são tomadas sem que sejam discutidas com o paciente, sua família e a equipe de saúde envolvida no cuidado, restringindo-se comumente, como já apontado, a decisão a uma só pessoa, comumente, o médico plantonista. Entretanto, com os recursos disponíveis atualmente, somos capazes de manter, muitas vezes por tempo indeterminado, pacientes que não têm condições biológicas de sobreviver sem o auxílio de equipamentos e de assistência intensiva contínua e,

mesmo assim, quando sobrevivem, apresentam mínima qualidade de vida. É aconselhável que a equipe de uma UTI complexa tenha íntima relação com as comissões de ética médica, bioética e departamento jurídico do hospital, evitando-se que, dessa forma, decisões passíveis de uma maior contestação recaiam sobre uma única pessoa, sendo a menos indicada, neste caso, a pessoa de um plantonista que, pela natureza de seu trabalho, não passa de um personagem eventual. Dessa forma, decisões como de terminalidade e nível de investimento terapêutico, doação de órgãos, conflitos familiares, grau de autonomia de pacientes para tomar decisões, quando a opinião do responsável for de encontro ao entendimento da equipe médica, devem passar pelo crivo de uma comissão regularmente constituída. Nessas decisões, é conveniente incluir o pessoal de enfermagem diretamente participante do caso (PINHEIRO, 2001).

O afastamento da sua família e das pessoas que lhe são queridas, a falta de atividade e de autonomia, as visões de outros pacientes em estado grave, assim como as ações de certos medicamentos, contribuem para a manifestação de comportamentos reconhecidos como não normais, caracterizados pela equipe como desorientação espacial e temporal, agitação, alucinação auditiva e visual, dentre outras. Esta desorientação espaço-temporal pode ser favorecida por uma inadequada planta física da unidade e do próprio espaço onde o paciente se encontra, sobretudo se não houve a preocupação de projetar uma janela que lhe permita saber se é dia ou noite, se chove ou se faz sol . As alterações de lucidez e de consciência, a desorientação e o delírio podem apresentar-se como resultados de algumas patologias, da ação de certos tipos de anestésicos e sedativos e pela privação do sono (ANDRADE.2000).

Refletindo sobre o paciente terminal hospitalizado em uma UTI, constato quanto ele é considerado pela equipe de Enfermagem tão somente como alguém que necessita de muitos cuidados, principalmente relacionados ao conforto físico, como higiene oral, higiene corporal, mudanças de posição, lubrificação dos lábios, curativos e sedação para a dor. As escalas de

trabalho são estruturadas baseadas nestes cuidados, o que contribui para que um mesmo funcionário não permaneça assistindo o mesmo paciente por muitos dias, dificultando, ainda mais, as possibilidades de interação do cuidador com o paciente. Vieira, Fernandes, Crosseti (2001) consideram que o fato de o técnico de Enfermagem trocar diariamente a sua escala dificulta a obtenção de um cuidado integral, devido ao conhecimento que este trabalhador tem do paciente. Para os autores, este cuidado integral visa assegurar melhores resultados para a recuperação e a promoção da saúde dos clientes em estado crítico ou permitir uma morte digna.

No que se refere ao ambiente e as rotinas da UTI em que já trabalhei, as luzes permanecem acesas durante as vinte e quatro horas do dia; existem muitos ruídos, desde a conversa da equipe de saúde até os sons gerados pela utilização dos equipamentos. Os sinais vitais rotineiramente são verificados a cada duas horas, inclusive durante a noite, acordando os pacientes que, muitas vezes, recém tinham induzido seu sono. Seus sentimentos, temores, desejos e vivências parecem ser completamente desconsiderados. As janelas são pequenas, ficando a maior parte do tempo com suas cortinas fechadas, o que faz com que, muitas vezes, o paciente perca a noção de tempo, ficando mais ainda isolado do ambiente externo, de um mundo ao qual, antes de sua internação, pertencia. Sua visão fica restrita às atividades da equipe de saúde, que perambula pelo ambiente, e aos outros pacientes, conectados a máquinas, o que parece ser outro fator gerador de medo, insegurança e angústia. O horário de visitas é rígido, comumente restrito a duas vezes ao dia, durante apenas meia hora, sendo permitida a entrada de três visitantes por paciente. Assim, à medida que o indivíduo é envolvido na rotina hospitalar, a qual é gerada e mantida pela instituição e pelos profissionais de saúde que a constituem, ele, gradativamente, vai deixando de ser um indivíduo para tornar-se, apenas, mais um paciente, perdendo, assim, parte da sua identidade (GHEZZI, 1995).

Barbosa (1999) faz uma reflexão sobre o caráter iatrogênico da tecnologia, tanto para o paciente como para o profissional da saúde. Destaca que este processo não é de todo consciente, ocorre na insidiosa vivência do dia-dia, pois os profissionais que lidam no seu cotidiano com processos mecanizados, mesmo quando esta tecnologia é posta a serviço da vida e da saúde de seres humanos, ficam vulneráveis à perda de limites entre o humano e o inumano.

Quando se fala em critérios para internação em UTI, é necessário considerar alguns grupos de pacientes em especial, devido à mudança de enfoque ocorrida no que tange a terapia intensiva, sendo necessário considerar, também, a relação custo-benefício desta internação. No caso dos idosos, a idade não deve ser avaliada como fator isolado e limitador, pois é provável que elementos, tais como o estado funcional do paciente previamente à internação na UTI, a necessidade de ventilação mecânica, a presença de doenças malignas e o número de disfunções orgânicas sejam muito mais importantes como elementos prognósticos independentes. Além disso, é importante considerar a qualidade de vida após o tratamento intensivo: “as evidências mostram que a maioria dos pacientes que sobrevive um ano após o tratamento intensivo apresentam algum tipo de redução na qualidade de vida, mas a consideram satisfatória” (PINHEIRO, 2001, p.27) No caso dos pacientes oncológicos, atualmente, é indicada a terapia intensiva em casos selecionados, nos quais a possibilidade de cura exista ou quando o paciente não seja considerado terminal pela condição primária e quando houver perspectiva de recuperação da situação aguda. Devem ser considerados fatores relacionados ao mau prognóstico como a idade, a necessidade de ventilação mecânica, a hipotensão, o uso de drogas vasopressoras ou inotrópicas, o número de falências orgânicas, o mau controle da doença neoplásica e a neutropenia. Pacientes portadores de HIV, mas sem AIDS, quando internados em UTI, embora apresentando uma maior morbidez, apresentam mortalidade semelhante a pacientes não portadores do vírus, justificando a sua não limitação

da terapia intensiva: “pacientes com contagem de CD4 inferior a 50, pacientes que desenvolvem pneumotórax enquanto intubados e pacientes com permanência na UTI por mais de duas semanas recebendo ventilação mecânica têm menor taxa de sobrevida (< 10%)” (PINHEIRO, 2001, p.28).

Na busca de compreender o problema do tratamento fútil, tão presente nas UTIs, é necessário caracterizar o contexto em que esta problemática se desenvolve através do entendimento que temos atualmente do processo de morrer e de morte, suas mudanças no decorrer do tempo e das características da medicina contemporânea.

2.2- Contexto geral da obstinação terapêutica

A obstinação terapêutica tornou-se um grande problema ético à medida que o progresso técnico científico passou a interferir de forma decisiva no final da vida. O que ontem era atribuído ao acaso, ou aos processos aleatórios da natureza, ou a Deus para quem tinha uma crença, hoje passa para o controle do homem que, com o crescente desenvolvimento da tecnologia e da ciência na área da saúde, começou a intervir decisivamente na vida humana: “na luta pela vida, em circunstâncias de morte iminente e inevitável, a utilização de todo um arsenal tecnológico disponível traduz-se em obstinação terapêutica que, ao negar a dimensão da morte, submete a pessoa a uma morte dolorosa” (PESSINI, 2001, p.32).

2.2.1- A mudança no enfrentamento da morte

Antes da existência dos hospitais, a morte mais temida era a repentina, não só porque não se tinha tempo para arrependimento, como também, porque privava o homem de modo abrupto de sua vida. O homem sabia que ia morrer, seja porque se apercebeu espontaneamente, seja porque foi preciso adverti-lo. Para a Igreja da Idade Média, esta advertência era dever do médico. A morte era uma cerimônia pública e organizada, em muitas circunstâncias, pelo próprio moribundo, que na iminência de sua morte transformava o seu quarto em uma espécie de lugar público. Era muito importante que parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes e levavam-se, também, as crianças. Quanto mais se dá o avanço no tempo e a ascensão na escala social e urbana, mais o próprio homem sente sua morte próxima, mas é preciso ser preparado para ela e, conseqüentemente, mais ele depende dos que o cercam. Os ritos de morte eram aceitos com simplicidade e cumpridos de modo cerimonial, mas sem caráter dramático ou gestos de emoção excessivos, sendo que o papel principal cabia ao próprio moribundo, que sabia como se comportar, pois já havia participado de cenas semelhantes (ARIÈS, 2003).

Segundo Ariès (2003), hoje em dia não há mais resquícios, nem da noção que cada um tem ou deve ter de que sua morte está próxima, nem do caráter de solenidade pública que tinha o momento da morte. É tácito que o dever da família e do médico é o de dissimular, a um doente, a gravidade do seu estado. O doente não deve saber nunca que sua morte se aproxima, o novo costume exige que ele morra na ignorância de sua morte:

“a partir do momento em que um risco grave ameaça um dos membros da família, esta logo conspira para privá-lo de sua informação e sua liberdade. O doente torna-se, então, um menor de idade, como uma criança ou um débil mental de quem o cônjuge ou os pais tomam conta e a quem separam do mundo. Sabe-se melhor do que ele o que se deve saber e fazer. O doente é

privado de seus direitos e, particularmente, do direito outrora essencial de ter conhecimento de sua morte, prepará-la e organizá-la, e ele cede porque está convencido de que é para o seu bem e se, apesar de tudo, adivinhou, fingirá não saber. Antigamente, a morte era uma tragédia, muitas vezes cômica, na qual se representava o papel daquele que vai morrer. Hoje, a morte é uma comédia, muitas vezes dramática, onde se representa o papel daquele que não sabe que vai morrer” (ARIÈS, 2003, p.238).

Ariès (2003) aponta duas causas do processo de morrer e de morte ter se tornado escamoteado. A primeira relaciona-se com o surgimento da família, pois o homem que antes decidia sozinho sobre sua vida e sua morte, com o surgimento do sentimento familiar, passa a dividi-la com seus familiares, que se recusam a admitir a morte daqueles a quem amam. O segundo refere-se aos progressos da medicina, que substituiu, na consciência do homem atingido, a morte pela doença difícil de curar; com o progresso dos tratamentos clínicos e cirúrgicos, sabe-se cada vez menos se uma doença grave é mortal e as chances de sobreviver, mesmo que mutilado, aumentam enormemente; age-se como se a medicina tivesse resposta para todos os males.

Com a evolução da ciência, ocorreu uma mudança na duração no tempo de vida. Por volta de 1900, a idade média dos homens era de 40-50 anos, sendo que hoje na América Latina e África está em torno de 60 a 65 anos e na América do Norte e Europa está em torno de 75 anos. Além disso, o tempo entre a descoberta da doença até a morte aumentou de cinco dias para cinco anos e, mais do que se falar em morte, fala-se em processo de morrer (PESSINI, 2001).

Com o passar do tempo, a morte deixou de ser familiar, institucionalizando-se; modificaram-se não as necessidades e sentimentos dos pacientes, pois o medo da morte, com diferentes manifestações, sempre existiu. O que realmente importa é que a morte possa ser aceita e tolerada pelos sobreviventes. Se médicos e enfermeiras atrasam, o máximo possível, o

momento de avisar a família, se tem medo de avisar o próprio doente, é por temor de envolver-se e perder o autocontrole. Por sua vez, do doente espera-se que se comporte e que tenha a elegância e a coragem de ser discreto; deve comportar-se de forma que a família e a equipe de saúde esqueçam que ele sabe que vai morrer (ARIÈS, 2003).

Com a criação dos hospitais e o desenvolvimento da ciência e de tecnologias, o morrer tornou-se mais solitário e desumano. No hospital, os pacientes incuráveis deparam-se sozinhos e abandonados em seus momentos finais de vida e os profissionais têm dificuldades em lidar com estes, afastando-se e restringindo o seu cuidado. É particularmente penoso para os profissionais da área da saúde defrontarem-se com situações de morte, pois os esforços, nesta área, são para prolongar a vida e promover a cura, colocando em evidência o limite profissional. Diante do paciente em fase terminal, então, confrontam-se com seus limites, impotências e incapacidades, o que pode afastá-los do paciente, podendo ser vistos como frios. Por outro lado, os familiares, que também têm seus medos e angústias, deixam nas mãos da instituição o cuidado e tem comumente acesso restrito ao hospital. Como consequência, o ser doente pode morrer sozinho, sem ter com quem dividir seus momentos finais de vida: “Frequentemente, no ambiente hospitalar, o processo de morrer segue uma trajetória anônima e silenciosa. Não se fala sobre ela. O cliente a vivencia calado, sem partilhar com ninguém seus temores e angústias” (THOMAS e CARVALHO, 1999, p.17).

Com relação à formação dos profissionais da saúde no sentido de lidar com a morte, pode-se afirmar que o profissional é impulsionado a negar seus sentimentos, sendo formado para buscar incessantemente a cura do paciente. Nas aulas teóricas de Enfermagem, o tema é insuficientemente discutido, sendo abordado de forma superficial e restringindo-se aos cuidados com o corpo após a morte. Com o início das aulas práticas e a ocorrência de situações de enfrentamento do morrer do cliente, surgem o medo, as dúvidas e o receio de

demonstrar sentimentos, os quais vão sendo mal elaborados, de forma gradativa e crescente, no decorrer da vida profissional (FRIZON et al, 2000).

Se a morte é parte do ciclo da vida humana, então cuidar do corpo que está morrendo deve ser parte integral dos objetivos da medicina. No entanto, não existe praticamente nada ainda de expressão que prepare os profissionais da saúde para lidarem com pacientes em fase terminal de vida, observando-se nesta fase crítica da vida uma desumanização terrível (PESSINI, 2001).

Os cuidadores também têm sua história de vida, sendo influenciados e influenciando o ambiente em que trabalham e a forma com que cada profissional lida com o morrer está relacionada com a sua construção sócio-individual. Beck (1995), abordando como o processo de viver, adoecer e morrer são vivenciados pela família, cujos membros estão internados em UTIs, aponta para a necessidade de compreender que a vida, a doença e a morte são processos dinâmicos e que a forma de vivenciar a doença, o sofrimento e a morte são resultantes das muitas maneiras de ver e viver a vida. Assim, também, cada profissional encara a morte em seu cotidiano de trabalho de acordo com a sua subjetividade que “está determinada histórica e socialmente, onde cada um é portador de uma história individual e coletiva-organizacional” (FERNANDES et al., 2000, p.41).

Além disso, as ações adaptativas no cuidado com o paciente terminal são coletivamente construídas, mas individualmente praticadas, uma vez que estão referenciadas ao limite da individualidade de cada trabalhador (FERNANDES et al, 2001).

A tradicional definição de morte como o instante do cessamento dos batimentos cardíacos tornou-se obsoleta, tendo-se atualmente o cessamento da atividade cerebral como referência: “A morte encefálica equivale à ausência total e irreversível de todas as funções cerebrais, incluindo as do tronco cerebral. O paciente está em coma irreversível, apnéia e sem nenhum dos reflexos do tronco cerebral e dos nervos cranianos” (KIPPER, 2004, p.3).

Segundo a declaração de Sidney sobre a morte (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2002), esta é um processo gradual em nível celular, variando a capacidade dos tecidos em termos de resistência à falta de oxigênio. Não obstante isso, o interesse clínico não reside no estado de conservação de células isoladas, mas no destino de uma pessoa. A esse respeito, o momento da morte das diferentes células e órgãos não é tão importante como a certeza de que o processo se tornou irreversível, quaisquer que sejam as técnicas de ressuscitação que possam ser utilizadas. A determinação do estado de morte de uma pessoa permite, do ponto de vista ético, suspender as tentativas de ressuscitação.

2.2.2.- A medicina e sua atual riqueza tecnológica

A medicina contemporânea caracteriza-se pela riqueza tecnológica que possuímos atualmente, em que continuamente são desenvolvidas poderosas técnicas terapêuticas, mas cujo custo é tão elevado, que suas indicações devem estar justificadas e seu acesso reservado a reduzido número de usuários. A medicina elege hoje como objetivo somente a busca da saúde, encarando a morte como um resultado accidental de doenças previstas como evitáveis e contingentes. A morte é o que acontece quando a medicina falha, e, portanto, está fora do seu objetivo científico. Nesta perspectiva, ocorrem deformações no processo de morrer (PESSINI, 2001, p. 261).

Gavicagoeasca (2003) caracteriza os principais riscos dessa medicina de riqueza tecnológica apontando: -a mudança no diagnóstico da morte com o surgimento das técnicas capazes de manter artificialmente a função cardiopulmonar; -o desenvolvimento das técnicas de reanimação cardiopulmonar; -a utilização de marcapassos, tratamentos quimioterápicos,

entre outros, surgindo sérios problemas no diagnóstico da morte e na manutenção do processo de morrer, gerando muitas dúvidas sobre a utilidade de determinadas intervenções médicas; - a limitação ao acesso na reanimação cardiopulmonar e ao suporte vital desencadearam uma crescente utilização de ordens de não reanimação (ONR), quando se considera que esta não trará benefícios para os pacientes, surgindo, assim, o problema de definir quem possui autoridade para prescrevê-las.

Urban et al (2003) referem que questões têm emergido quanto ao modo como decisões referentes à não ressuscitação vêm sendo tomadas. As enfermeiras comumente desencadeiam o processo de ressuscitação cardiopulmonar, a partir de ordens verbais, documentações por vezes frágeis e comunicações insuficientes, geralmente sem que as escolhas dos próprios pacientes tenham sido buscadas, reconhecidas e valorizadas. Esta problemática emergiu nas décadas de setenta e oitenta e apesar de não serem mais novas, ainda não foi possível transferir, para a prática clínica as necessárias mudanças, principalmente as que se referem a princípios éticos mais amplamente aceitos. É em torno da distanásia que o debate bioético mais cresce, especialmente pelo impacto que estas práticas causam na qualidade de vida tanto do doente quanto de seus cuidadores e familiares (DINIZ e COSTA, 2004).

2.3- A obstinação terapêutica

Com a evolução da medicina e o surgimento de novos tratamentos, passou a existir a capacidade de manter vivos aqueles que em tempos não muito remotos teriam morrido. Esta possibilidade de manutenção da vida trouxe diversos conflitos éticos que necessitam ser discutidos.

O avanço biomédico, em especial as técnicas paliativas, possibilitou o debate não apenas da discussão sobre a existência ou não de um suposto direito a escolher o momento da morte, mas também sobre o tema dos tratamentos extraordinários que podem estender indefinidamente a vida, impedindo que as pessoas efetivamente morram (DINIZ e COSTA, 2004).

O público em geral e alguns profissionais da saúde em particular, desconhecem a existência e o significado do termo distanásia, sendo esta uma praxe nos hospitais de hoje. Quanto mais de ponta for a instituição de saúde, tanto mais possível e sofisticada pode ser a distanásia. Entretanto, uma postura assim dita mais humana, mais sensata, pode ser cunhada pela sociedade e/ou família como uma prática de eutanásia, ou então ser confundida como omissão de socorro:

“a distanásia começou a se tornar um problema ético de primeira grandeza na medida em que o progresso tecnocientífico começa a interferir de forma decisiva nas fases finais da vida humana. O ser humano assume hoje a responsabilidade do que ontem era atribuído aos processos aleatórios da natureza ou a ‘Deus’ e inicia o chamado ‘oitavo dia da criação’. A presença da ciência e da tecnologia começa a intervir decisivamente na vida humana e essa novidade exige reflexão ética” (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2002, p.259)

É necessário reconhecer que a decisão sobre o momento da morte não deve ser apenas uma questão técnica, mas essencialmente ética e, portanto, da esfera privada das pessoas. Os profissionais de saúde são treinados para enfrentar e resistir a morte, sob a alegação de que a missão biomédica é a de salvar vidas; a resistência moral em torno de qualquer debate formal sobre o direito de morrer é ainda imensa (DINIZ e COSTA, 2004).

Um tratamento é considerado fútil ou extraordinário quando a única justificativa para mantê-lo é a medicalização da morte, isto é, o prolongamento da vida do doente por meios

artificiais de sustentação da vida ou por medicamentos, a despeito da irreversibilidade do quadro clínico e da eminência da morte. A obstinação terapêutica pode ser definida como a decisão ou o conjunto de procedimentos médicos cujo intuito é impedir a morte de um doente já em vias de morrer (DINIZ e COSTA, 2004, p.14).

Quando se fala em futilidade terapêutica, existe uma disparidade de critérios no que se refere à definição, às situações clínicas e aos procedimentos a que se aplicam e, para que se possa atuar frente a esta problemática, é preciso unificar e definir critérios, a fim de aplicá-los à prática clínica. Para Gavicagoeasca (2003), em geral, pode-se afirmar que a futilidade ocorre comumente com pacientes que estão nas denominadas situações clínicas limites que, como já foi explicado, são definidas como situações em que a técnica impede a morte do paciente, mas não consegue sua cura e seu restabelecimento. O paciente é deixado em um estado de grande incapacidade física e psíquica que o impede não apenas de desenvolver uma vida autônoma, mas também o coloca em uma dependência de meios técnicos e de tratamentos especializados não direcionados à cura, mas ao tratamento sintomático de sua enfermidade, precisando de supervisão especializada. A autora propõe um modelo de classificação para questões de futilidade, denominado situações clínicas limites, considerando o prognóstico e a deterioração psíquica. Esta classificação permite individualizar situações clínicas e similares e delimitar os requisitos para que um determinado procedimento médico possa ser considerado fútil, enfocando enfermidades curáveis e incuráveis, trazidas a seguir.

As enfermidades curáveis caracterizam-se por apresentar mau prognóstico da doença e os meios terapêuticos disponíveis estão ainda em fase de experimentação ou têm alto custo e seus resultados não justificam o seu uso como opção terapêutica.

As enfermidades incuráveis são situações clínicas que não respondem a nenhuma terapia curativa. São considerados pacientes incuráveis, a julgar pela experiência obtida em vários casos, tratados previamente com tratamentos diversos. É importante ressaltar que o

paciente deve ser encaminhado para protocolos de tratamentos paliativos, a fim de tratar sintomas e limitações ocasionados pela doença. Dentre estas, encontram-se as doenças que evoluem rapidamente, e as que evoluem lentamente. Dentre as doenças que evoluem rapidamente estão a Síndrome Terminal da Enfermidade, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e os pacientes neonatais com graves enfermidades congênitas.

A Síndrome Terminal de Enfermidade caracteriza-se por ser de evolução progressiva, prognóstico de tempo de sobrevivência inferior a um mês, estado geral grave com insuficiência de órgãos, única ou múltipla, ineficácia comprovada dos tratamentos, ausência de outros tratamentos alternativos eficientes. As causas mais frequentes que conduzem à síndrome terminal da enfermidade são: câncer disseminado, doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central, Cirrose hepática, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Arteriosclerose.

Na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a sobrevivência vem determinada por muitas variáveis, entre elas, a frequência e a intensidade das infecções oportunistas e a sua resposta a intervenções preventivas e terapêuticas. Ainda que a maioria destes pacientes sobreviva a sua hospitalização inicial, sua qualidade de vida vai se deteriorando progressivamente.

Os Pacientes Neonatais com graves enfermidades congênitas são um grupo heterogêneo caracterizado por enfermidades incapacitantes que requerem cuidados especializados, podendo ser citadas enfermidades metabólicas, alterações genéticas e malformações graves de órgãos vitais.

Já nas doenças de evolução lenta, encontram-se as enfermidades estacionárias e lentamente evolutivas sem alterações psíquicas e os enfermos com deteriorações psíquicas em estado vegetativo persistente.

Nas enfermidades estacionárias e lentamente evolutivas sem alterações psíquicas, é eticamente importante definir o grau de deterioração psíquica que os pacientes apresentam, a fim de determinar o seu grau de implicação na tomada de decisões. No grupo de pacientes sem deterioração psíquica, é fundamental atender a prevenção de estado depressivo, a fim de se garantir uma maior capacidade de atuarem e decidirem de maneira autônoma.

Nos enfermos com deteriorações psíquicas em Estado vegetativo persistente, destaca-se o Mal de Alzheimer, por sua elevada incidência em nossa sociedade. Nas etapas finais destas doenças, os pacientes estão totalmente incapacitados e desorientados, necessitando de cuidados integrais. Deteriora-se a destreza motora e perdem-se todas as faculdades verbais. A morte ocorre geralmente como conseqüência de debilidade total e de infecção.

Existem, ainda, alguns procedimentos clínicos que suscitam problemas de futilidade, tais como: a Reanimação Cardiopulmonar (RCP), a ventilação assistida, a fluidoterapia, a nutrição parenteral. Também, discute-se, nas situações limites, a instalação de: sonda nasogástrica, a realização de uma cirurgia de grande porte, a hemodiálise, provas e exames invasivos, a antibioticoterapia, a sonda vesical e tratamentos sintomáticos.

Concordo com Gavicagogeasca (2003), quando afirma que uma morte digna é aquela em que o médico e o ambiente familiar e social em torno do paciente em fase terminal da doença, respeitam a vida que termina, aliviam a dor, confortam e acompanham o paciente em seus últimos momentos, evitando ações que considerem inúteis, tendo o compromisso de instaurar medidas terapêuticas que aliviem o sofrimento da vida do ser que termina, através de medidas paliativas. Além disso, é preciso que o princípio da dignidade seja seriamente respeitado para que se evite exageros de medicalização, conduzindo o doente a um quadro de distanásia.

Acredito que quando a terapia médica não consegue mais atingir os objetivos de preservar a saúde ou aliviar o sofrimento, tratar pode tornar-se uma futilidade ou um peso.

Surge então a obrigação moral de parar o que é medicamente inútil e intensificar os esforços no sentido de amenizar o desconforto de morrer, através de ações de cuidado, que são predominantemente realizadas pela equipe de Enfermagem, pois encontram-se mais perto do paciente, e podendo melhor ajudá-lo (PESSINI, 2001).

Segundo Diniz e Costa (2004), muitas pesquisas mostram que os idosos não temem diretamente a morte, mas sua aproximação acrescida de sofrimento físico e mental, tratamentos prolongados e obstinações terapêuticas. O princípio da santidade da vida humana que defende ser a vida humana intocável é um apelo moral que justifica o mecanicismo que motiva a distanásia. Não só não se permite que as pessoas exerçam seu direito de como, quando e onde morrer, mas principalmente corre-se o risco de ser obrigado a se manter vivo pela não aceitação da morte como finitude da vida.

Atualmente tem-se utilizado muito o termo qualidade de vida, sendo discutido, também, quando se fala em paciente em fase terminal da doença e em futilidade terapêutica, sendo importante definir o que se entende por vida e por qualidade de vida, para que se possa determinar a característica irreversível do seu processo de finalização. Entendo que qualidade de vida na saúde pode significar a cura para uma doença, a prevenção de doenças, a manutenção do bem-estar em doenças crônicas e, principalmente, atingir um bom nível de saúde. O bom nível de saúde é uma característica subjetiva do indivíduo, portanto só pode ser determinada por este; pode ser considerada, ainda, como um processo de morrer sem dor e sem sofrimento, tendo o paciente seus direitos respeitados e a presença da família (ESSLINGER, 2004). A qualidade de vida não pode se constituir em um parâmetro absoluto, pois ela não é sinônimo de dignidade da pessoa. Toda pessoa humana possui a mesma dignidade independentemente do seu estado de saúde. Esta qualidade pode ser considerada como um estado de bem-estar suficiente em todos os aspectos (físico, psíquico, social, familiar e espiritual), somente podendo ser valorizada em cada indivíduo, existindo, ainda, a

necessidade de valorizar alguns parâmetros objetivos para determiná-la. Entre estes, se pode destacar a autonomia pessoal suficiente e a ausência de sintomas (GAVICAGOGEASCA, 2003).

No mundo desenvolvido, o princípio da qualidade é usado para defender que uma vida sem qualidade não vale a pena ser vivida, o que se constitui em uma forte justificação para a eutanásia, sendo uma perspectiva muito negativa de qualidade. Em nossa realidade latino-americana, milhões de pessoas não têm as mínimas condições de viver uma vida dita digna, que tenha qualidade, quer seja no início, em seu desenvolvimento, ou mesmo no seu final. Isso não nos leva a concluir que estas vidas não têm mais valor. A perspectiva positiva é de lutar para que essas vidas adquiram qualidade (PESSINI, 2001).

O moderno pensamento teológico defende que o próprio Deus delega o governo da vida à autodeterminação do ser humano, considerando o homem como protagonista da vida, e isso não fere o senhorio de Deus; dispor e intervir na vida humana não deve ser uma ação arbitrária: “A perspectiva é responsabilizar o ser humano de uma maneira mais forte diante da qualidade de vida” (PESSINI, 2001, p. 265).

Hoje, o princípio da sacralidade situa-se como o equilíbrio entre dois extremos: de um lado, está o vitalismo físico, que defende o valor absoluto de manter a vida biológica independentemente de outros valores, tais como a independência, a autonomia, a perda de dignidade, da prevenção da dor ou a economia de recursos. O vitalismo físico abre caminho para tratamentos abusivos. De outro lado, está o utilitarismo pessimista, que valoriza a vida, a partir de seu uso social e defende seu término quando ela se torna frustrante ou um peso. Esse extremo pode levar ao abuso de não utilizar tratamentos, especialmente em situações de deficiências. A vida, por ser um bem fundamental, apresenta-se como algo pré-moral. Isso se justifica pela existência de conflitos entre a vida e outros bens ou valores. A possibilidade de a vida ser um valor moral absoluto só se daria se ela nunca entrasse em conflito com outros

bens e valores e superasse sempre em valor todo bem ou conjunto de bens que com ela conflitassem (PESSINI, 2001).

Assim, a reflexão sobre temas como a futilidade terapêutica, o direito a morrer com dignidade e a qualidade de vida, estão presentes no cotidiano dos hospitais, principalmente nas UTIs, sendo de extrema importância discuti-los, buscando provocar uma reflexão ética, entre os trabalhadores da saúde, que cuidam destes pacientes.

3- TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este estudo foi elaborado a partir de uma abordagem qualitativa que, segundo Polit (1995), objetiva observar, descrever e compreender os diferentes aspectos de uma situação. Minayo (1998) aponta que a abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados e atitudes o que corresponde a um espaço mais profundo de relações e dos processos. Entendo que a busca de compreensão sobre a obstinação terapêutica pode permitir que práticas pouco refletidas no cotidiano das UTIs sejam questionadas, a fim de buscar um novo entendimento de tratamentos e de cuidados que devem ser implementados, considerando o paciente como um ser que vivencia uma etapa única de sua vida e que deve ter o direito de participar das decisões sobre si, sobre seu corpo, seu cuidado, seu tratamento.

A pesquisa qualitativa considera a totalidade dos seres humanos, concentrando-se na experiência humana em cenários naturalistas. O pesquisador que usa esta abordagem acredita que seres humanos únicos atribuem significados a suas experiências e que elas derivam do contexto de vida. O contexto de vida é a matriz de relações do homem – ambiente que surgem ao longo do cotidiano. A partir dessa perspectiva, a experiência da dor de uma pessoa é distinta da de outra e pode ser conhecida pela descrição subjetiva individual. É um processo de aprendizado e de construção de significados da experiência humana por meio de diálogo intensivo com indivíduos que estão vivendo a experiência. O objetivo do pesquisador é compreender o significado da experiência à medida que esta é vivida pelo participante (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Local do Estudo - A coleta de dados ocorreu junto a dois hospitais da cidade de Pelotas-RS. Esta cidade caracteriza-se por ser um pólo econômico e cultural da região Sul do Rio Grande do Sul, e está entre os cinquenta maiores municípios brasileiros com, aproximadamente, 323.158 habitantes. Com sua localização às margens da Lagoa dos Patos, distante a 250 km de Porto Alegre e 600 km de Montevideu, constitui importante entroncamento rodoviário do Sul do Brasil. Seus hospitais são referência em atendimento aos municípios vizinhos (IN: <http://www.ucpel.tche.br>)

Estes dois hospitais foram selecionados por possuírem UTIs de classificação tipo II³ e por terem criado grupos de trabalho de humanização para a implantação da Política Nacional de Humanização⁴, do Ministério da Saúde. Considero que os requisitos apresentados por estas unidades que se referem à humanização assim como à qualificação dos recursos humanos, bem como a melhor adequação da área física disponível e a incorporação de tecnologias devem ser fatores que auxiliem na manutenção e no desenvolvimento de medidas que propiciem ao paciente bem-estar durante sua internação na UTI.

Os hospitais foram denominados como A e B. O hospital A caracteriza-se por ser um hospital privado de grande porte, atendendo em média 1,2mil pacientes por mês, sendo o

³ Esta classificação para as UTIs do Ministério da Saúde surgiu da necessidade de estabelecer critérios de diferenciação entre estas unidades, de acordo com a incorporação de tecnologias, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível. As unidades cadastradas pelo SUS podem ser classificadas como tipo I. No entanto aquelas que comprovarem determinadas exigências, através de avaliações, da Portaria nº 3432 de 12 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde, podem ser credenciadas nos tipos II ou III. Dentre as exigências para a classificação tipo II, há o item que se refere a humanização, sendo exigido climatização do ambiente, iluminação natural, divisória entre os leitos, relógios visíveis para todos os leitos, garantia de visitas diárias dos familiares, à beira do leito, garantia de informações da evolução diária dos pacientes as familiares por meio de boletins.

⁴ A Política Nacional de Humanização foi lançada em janeiro de 2004, pelo Ministério da Saúde, por terem detectado diversos problemas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles, a precária interação nas equipes e o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. Esta política tem como objetivo operar transversalmente em toda a rede do SUS, atuando na rede hospitalar através da criação de grupos de trabalho de humanização com plano de trabalho implantado e plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização em contínua implementação. Propõe, também, melhores condições para que os profissionais da saúde efetuem seu trabalho de modo digno favorecendo a criação de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

percentual de atendimentos a pacientes pelo Sistema Único de Saúde e por convênios, respectivamente, de 72% e de 28%. Dispõe de serviços e exames de Anestesiologia, Banco de Sangue, Banco de leite, Cardiologia, Ambulatório, Centro Cirúrgico, Endoscopia, Fisioterapia, Hemodiálise, laboratório de Análises Clínicas, Oftalmologia, Radiologia, Radiografia, Traumatologia, Tomografia e Ultra-sonografia. Possui religiosas na sua equipe de trabalhadoras da Enfermagem, que atuam em diferentes chefias e coordenação do serviço.

O hospital B caracteriza-se por ser um hospital privado e de ensino, com alunos de graduação e pós-graduação, possuindo serviços de Alergologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia, Psiquiatria, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Hemodiálise, um pronto atendimento nas especialidades de clínica médica, pediatria e ginecologia e um serviço de Pronto Socorro.

As duas UTIs possuem 10 leitos, uma Enfermeira responsável em cada turno de trabalho, um técnico de Enfermagem para cada dois pacientes e um médico plantonista. Contam, ainda, com profissional fisioterapeuta. A carga horária semanal dos profissionais de Enfermagem é de 44 horas.

Sujeitos da Pesquisa - Os sujeitos da pesquisa foram as Enfermeiras que atuam nas UTIS destes hospitais há mais de um ano e que concordaram em participar do trabalho. A escolha pelas Enfermeiras decorre da necessidade de compreender como estas profissionais vêm enfrentando os conflitos éticos gerados pela obstinação terapêutica, entendendo que suas decisões, como chefes de equipes de Enfermagem, podem refletir diretamente nas condutas que são admitidas por esta equipe no cuidado de pacientes em fase terminal da doença. Assim, foram entrevistadas 4 enfermeiras do Hospital A e 2 enfermeiras do Hospital B, identificadas no texto pela letra E seguida de números arábicos de 1 a 6.

Coleta dos dados - Na pesquisa qualitativa, os objetos de estudo não são reduzidos a variáveis únicas, sendo estudados em sua complexidade e totalidade. O campo de estudo são as práticas e interações dos sujeitos em seu cotidiano (FLICK, 2004). Além disso, os métodos qualitativos consideram a comunicação do pesquisador com o campo e seus membros como parte explícita da produção de conhecimentos; as subjetividades do pesquisador e dos participantes da pesquisa são parte do processo de investigação (FLICK, 2004).

A coleta de dados ocorreu através da realização de entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE A) com as Enfermeiras participantes do estudo. Este tipo de entrevista é formado por questões abertas baseadas em concepções teóricas que sustentam e respaldam o tema abordado (FLICK, 2004).

Nos diferentes turnos de trabalho, visitei as UTIS dos dois hospitais, convidando as Enfermeiras a participarem do estudo e explicando o seu objetivo geral, a importância de sua participação e a possibilidade de aceitarem ou não participar. Quando as Enfermeiras estavam ocupadas, explicava-lhes que poderia aguardar para conversarmos ou, então, poderíamos marcar um outro dia para a entrevista. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho.

Das oito Enfermeiras que atuavam nas duas unidades de terapia intensiva, uma estava trabalhando na unidade há dois meses, sendo o seu primeiro emprego, não tendo sido então entrevistada; e outra, ao ser convidada para participar do estudo, pediu que eu retornasse no próximo plantão. Entretanto, em meu retorno, ela se encontrava em atestado médico, sem prazo para voltar a suas atividades de trabalho.

Foram entrevistadas seis Enfermeiras, considerando que as informações coletadas foram suficientes para a saturação dos dados. Esta ocorre quando as informações que estão

sendo compartilhadas com o pesquisador se tornam repetitivas, ou seja, a inclusão de novos participantes não resulta em idéias novas (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

No momento da entrevista propriamente dita entreguei o convite e o consentimento livre e esclarecido do participante para que fosse assinado. Solicitei, também, autorização para proceder a entrevista usando o gravador. Em algumas entrevistas foram feitas interrupções, conforme a necessidade de atendimento ao paciente, sendo que aguardava o retorno da profissional para continuarmos. Cada entrevista teve uma duração aproximada de quarenta e cinco minutos.

A entrevista enfocou o entendimento que as profissionais têm pelo tema obstinação terapêutica e se a consideram presente na UTI em que trabalham. Em caso de resposta positiva, foi questionado como se dá o enfrentamento de medidas terapêuticas que reconhecem como fúteis e os sentimentos vivenciados.

Na realização da primeira entrevista, a enfermeira entrevistada informou desconhecer o significado do termo obstinação terapêutica, então, optei por apresentar a definição de Beauchamp e Childress (2002)⁵. A partir desta primeira entrevista, primeiramente perguntava o que as profissionais entendiam por obstinação terapêutica, e após sua resposta, independentemente de seu conteúdo, optei por ler esta definição.

Análise dos dados - A análise dos dados buscou descrever o processo da obstinação terapêutica. As descrições dos sujeitos foram agrupadas pelas semelhanças ou diferenças, conforme as essências descritas. (MINAYO,1998).

Após a realização de cada entrevista, realizei sua transcrição e digitação. O trabalho de análise dos dados foi iniciado simultaneamente à realização das entrevistas e ocorreu

⁵ Beauchamp & Childress (2002), como já foi citado, consideram o tratamento fútil, que é sinônimo do termo obstinação terapêutica; aquele cuja aplicação está desaconselhada em um caso concreto, por não ser clinicamente eficaz (comprovado estatisticamente), não melhorar o prognóstico, sintomas ou enfermidades associados, produzindo previsivelmente efeitos prejudiciais, desproporcionais ao benefício esperado para o paciente ou para suas condições familiares econômicas e sociais.

através de sucessivas leituras destas, sendo realizadas anotações à margem do texto, visando destacar e aproximar idéias e conceitos, iniciando um esquema de codificação dos dados, buscando relacionar com os objetivos especificados.

Os conteúdos teóricos foram retomados e novos foram buscados, tentando estabelecer uma relação entre os achados nas entrevistas, os conteúdos teóricos e a construção subjetiva. Esta relação deu origem às seguintes categorias de análise: **Obstinação terapêutica: o que é isto?; A obstinação terapêutica como o prolongamento do sofrimento; A obstinação terapêutica como a priorização da cura; Enfrentamento da obstinação terapêutica: cuidado humanizado?.**

Aspectos Éticos - Primeiramente, procurei a chefia de Enfermagem dos dois hospitais, explicando os objetivos do estudo e solicitando permissão para sua realização. Foi entregue um ofício apresentando o trabalho, comprometendo-me a manter os preceitos éticos da profissão (APÊNDICE B).

Para o hospital A, foi encaminhado o projeto da dissertação para avaliação e aprovação da Comissão de Ética, comprometendo-me, ao final do estudo, a informar os resultados obtidos. No hospital B a Comissão de Ética está em processo de formação.

Para garantir o anonimato das Enfermeiras, estas foram numeradas de um a seis, conforme a ordem da realização das entrevistas.

Foi solicitada permissão para a realização da pesquisa às Enfermeiras coordenadoras das Unidades de Terapia Intensiva. Aos participantes da pesquisa, foi assegurado manter os preceitos recomendados na resolução 196/96, do ministério da saúde, bem como do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, especialmente os artigos 35, 36 e 37. Assim, os sujeitos foram esclarecidos dos objetivos do estudo, tendo sido solicitada a sua colaboração no trabalho através de documento escrito, assegurando o anonimato de suas informações e o

direito de desistirem quando assim desejarem, bem como do acesso a qualquer informação e aos dados, em qualquer etapa do processo de construção desta pesquisa.

(APÊNDICE C)

3- ENFERMEIRAS ENFRENTANDO MEDIDAS TERAPÊUTICAS QUE RECONHECEM COMO FÚTEIS

Os profissionais da saúde que atuam nas UTIs, freqüentemente defrontam-se com situações éticas que podem confrontar seus valores com os promovidos pela profissão, com os valores de outros profissionais e com os valores dos pacientes e de seus familiares. Especificamente as enfermeiras, freqüentemente, têm que implementar terapêuticas prescritas pelo médico que reconhecem como fúteis, apresentando diferentes concepções das condutas que necessitam ser adotadas. Na análise dos dados, busquei compreender como estas profissionais identificam situações de obstinação terapêutica, procurando compreender como as vivenciam e os fatores que as influenciam nas suas tomadas de decisão, tentando apontar os sentimentos vivenciados e possíveis estratégias no enfrentamento destas situações.

Na primeira categoria denominada **Obstinação terapêutica: o que é isto?** abordo a constatação, através das entrevistas, do desconhecimento do termo obstinação terapêutica pelas enfermeiras que atuam nas UTIS, apesar de, após apresentada sua definição, reconhecerem-na como uma problemática muito presente. Foram enfocadas possíveis explicações para este desconhecimento, bem como para a sua não problematização nas práticas cotidianas das profissionais.

Na segunda categoria intitulada **A obstinação terapêutica como o prolongamento do sofrimento**, apresento a percepção de algumas profissionais que afirmaram vivenciar esta situação, acreditando que esta prolonga o sofrimento do paciente e de seus familiares e,

também, o sofrimento das profissionais de enfermagem. Discuto, ainda, porque este sofrimento parece não ser suficiente para que outras condutas de cuidado sejam adotadas.

Já na terceira categoria denominada **A obstinação terapêutica como a priorização da cura**, refiro-me às enfermeiras que identificam em suas práticas cotidianas tratamentos obstinados, entretanto, ainda acreditam ser necessário investir na cura do paciente, o que parece ser evidenciado pela repetição das práticas cotidianas.

Na quarta categoria intitulada **Enfrentamento da obstinação terapêutica: cuidado humanizado?** busco apresentar algumas estratégias no enfrentamento desta temática, considerando a participação do paciente como imprescindível no processo de tomada de decisões.

Considero que o estudo do tema obstinação terapêutica é de extrema relevância para as enfermeiras, visto que está inserida no seu cotidiano profissional. A sua problematização pode possibilitar que diferentes condutas que vêm sendo implementadas rotineiramente e aceitas com “certas” sejam refletidas e discutidas, oportunizando outras formas de enfrentamento.

4.1- Obstinação Terapêutica: o que é isto?

Na busca de compreender como as Enfermeiras vêm enfrentando a implementação de medidas terapêuticas que reconhecem como fúteis, tornou-se necessário primeiramente conhecer como reconhecem, nas UTIs em que trabalham, a presença destes tratamentos. Na realização das entrevistas, em um primeiro momento, as Enfermeiras eram questionadas acerca de seu entendimento sobre obstinação terapêutica e se consideravam presente, na UTI em que trabalham, a prescrição destes tratamentos. A maioria delas afirmou **desconhecer o**

significado do termo obstinação terapêutica (E 1, E 4, E 5, E 6). Assim optei, após a realização da primeira pergunta e sua respectiva resposta, por ler a definição de obstinação terapêutica de Beauchamp e Childress (2002).

A maior parte das enfermeiras, apesar do desconhecimento do termo, após esta leitura, afirmou vivenciar esta problemática na UTI em que trabalham, considerando esta prática muito presente, como explicitado por E 1: ***“Olha, conhecimento do termo mesmo eu não tinha, tanto que tive que te perguntar sobre o que era, que eu não tinha idéia, só que depois que tu me esclareceu o que é, eu até sei que a gente vivencia muito aqui dentro da UTI”.***

Este desconhecimento parece ir ao encontro de uma prevalência que se tem, ainda hoje, no contexto hospitalar, de um modelo tecnicista, no qual a prática e a técnica são supervalorizadas, em detrimento de um modelo mais humanista (ESSLINGER, 2004). No trabalho da Enfermagem, especialmente na UTIs, aquele modelo parece, ainda, ser muito presente. Nestas unidades, as profissionais são bastante valorizadas pela experiência profissional, pela formação científica e pela habilidade psicomotora na realização das técnicas, não sendo priorizada e não sendo estimuladas a priorizar a dimensão humana na formação teórica e científica que deveria também basear e permear esta prática. A obstinação terapêutica é um problema cotidiano da UTI; entretanto, a sua percepção e problematização por parte das profissionais pode exigir um conhecimento e um aprofundamento teórico. Este desconhecimento pode estar permitindo que condutas distanásicas sejam identificadas como normais e necessárias nos tratamentos dos pacientes. Algumas Enfermeiras reconheceram no seu fazer este modelo tecnicista: ***“eu acho que ainda falta um pouco de humanização dentro da UTI, se tenta, mas eu acho que a gente fica muito mecânico aqui, a gente cria a rotina do horário, da prescrição” (E 6).***

Junto à supervalorização da técnica, como um fator contribuinte para o desconhecimento teórico de questões vivenciadas na prática cotidiana, e que estão fortemente

articuladas à vivência dos pacientes, ao sofrimento, à dor e ao seu processo de viver e de morrer, encontra-se a realidade do trabalho da Enfermagem, ainda, como um serviço mal remunerado, em que as profissionais, para poderem ter melhores condições de vida, optam pelo duplo ou triplo emprego, havendo um excesso de carga horária, de atividades, atribuições, responsabilidades e controles, não restando muito tempo para aprofundar conhecimentos e, principalmente, para refletir sobre as práticas vivenciadas (LUNARDI, 1999; REZENDE, 1997).

Parece existir, também, uma preocupação por parte das enfermeiras quanto à organização da unidade, investindo, assim, grande parte de seu tempo e esforço, em atividades essencialmente administrativas, que não deveriam ser de sua responsabilidade, pois não se referem a atividades de enfermagem. Esta forma de atuação parece ser percebida como uma opção e não como uma exigência organizacional do próprio trabalho, para o qual as enfermeiras parecem não receber uma formação para realizá-las, nem para desenvolver a consciência necessária para resistir, conseqüentemente distanciando-se das funções assistenciais e não priorizando tempo para uma reflexão sobre as práticas que vêm implementando (LUNARDI FILHO, 2000). Na fala de E 3 pode-se perceber a mecanização das atividades desenvolvidas e um envolvimento com as atividades administrativas referentes à organização da unidade:

“Acho que quando a gente começa a trabalhar com paciente grave, infelizmente a gente acaba ficando um pouco robô. Isso é complicado, porque quanto mais, eu vejo muito isso, assim, ainda mais em situações dessas, quando a gente se dá por conta a situação já está instalada, e tu não te deu por conta. Já faz dois, três dias que aquele paciente tá naquelas circunstâncias e daqui a pouco, depois te cai a ficha, sabe? Acho que as vezes a gente precisa de um choque, a gente acaba que fica tão mecanicista, trabalhando, preocupado com a rotina, com a unidade, em manter a unidade bem organizada, conservada e acaba que algumas coisas passam, infelizmente”.

A priorização da técnica em detrimento de uma assistência mais humana parece decorrer da própria formação profissional, quando na academia aquela abordagem para o cuidado é priorizada, não sendo discutidos de forma satisfatória temas como a morte e o morrer, seus significados e possíveis estratégias de enfrentamento (MARTINS, 1999). Esslinger (2004) fala sobre a afirmativa que é ouvida constantemente nos corredores dos hospitais de que seus profissionais não foram preparados para lidar com a morte; questiona, então, quanto ao interesse que estes têm de prepararem-se e o porquê não foram preparados, considerando que, muitas vezes, simplesmente **reconhecer que não se foi preparado, pode ser uma forma ingênua de não mais se envolver com a situação, isentando-se de responsabilidades**, o que parece ser demonstrado pela fala de E 4:

“Na verdade eu nunca me aprofundei muito sobre o assunto, nunca li muita coisa sobre isso, mas a gente sabe que assim no dia a dia, no trabalho da gente isso acontece muito, mas eu nunca parei muito para pensar. Olha eu vou te dizer que eu não tenho muita reação, e na verdade, não me envolvo muito com isso. Eu tento me envolver mais com outras coisas que eu sei que vou ter mais força de voz ativa. Como eu acho que isso não tem muito espaço, alguma coisa eu até questiono, mas geralmente a gente faz e eu não me preocupo muito. Quando eu vejo que é uma coisa muito absurda, a minha posição é de repente questionar, perguntar, sugerir alguma coisa, mas não passa muito disso. No geral, a gente segue fazendo.”

No depoimento de E4, também, percebo um não comprometimento com o cuidado ao paciente junto à inquestionabilidade no cumprimento das prescrições médicas reconhecidas como fúteis terapêuticamente, o que pode estar acontecendo devido à formação disciplinar presente na enfermagem que tem favorecido a formação de corpos úteis economicamente, mas dóceis politicamente, havendo um embotamento dos sentimentos e das emoções e um endurecimento no trato com o outro. Parece haver uma valorização para demonstrar o trabalho realizado, sendo preciso agir, fazer e mostrar produtividade, não existindo espaço para o pensar, o duvidar e o refletir (LUNARDI, 1999).

Esta valorização da disciplina, que prioriza o fazer, iniciou-se através das concepções teórico-filosóficas desenvolvidas por Florence Nightingale, que estabelecia um padrão moral e intelectual a ser seguido pelas enfermeiras que deveriam demonstrar abnegação, espírito de sacrifício, integridade, humildade e, acima de tudo, disciplina. Neste entendimento, a “boa enfermeira” não seria aquela que soubesse pensar e refletir sobre suas práticas, mas, sim, aquela que soubesse obedecer em questões de enfermagem, porque se prepara, observa e aprende a tomar decisões de como melhor obedecer (GEOVANINI et. al, 1995; LUNARDI, 1999).

Muitas das práticas adotadas atualmente, no cotidiano das enfermeiras das UTIs, podem, ainda, estar pautadas neste modelo de “boa enfermeira”, não existindo espaço para questionamentos e para o exercício do pensamento, parecendo, muitas vezes, restringirem-se ao cumprimento das ordens médicas através de suas prescrições e às atividades ligadas à organização da unidade. Para Arendt:

“Os clichês, as frases feitas, a adesão a códigos convencionais e padronizados de expressão e conduta têm a reconhecida função social de nos proteger da realidade, isto é, da exigência de nossa atenção pensante que todos os acontecimentos e fatos despertam, em virtude de sua mera existência” (ARENDETT, 1993, p. 146).

Assim, parece estar padronizado que o trabalho das enfermeiras deve restringir-se ao fazer, com o objetivo de manter a unidade organizada e o paciente atendido em suas necessidades biológicas. Entretanto, talvez nem estas estejam sendo atendidas, pois são analisadas e definidas preponderantemente pelos profissionais da saúde, desconhecendo o desejado pelo paciente. É possível que mudanças em muitas destas práticas que vêm sendo adotadas como adequadas e aceitáveis nas UTIs sejam possíveis através do exercício do pensamento.

A inquestionabilidade das práticas cotidianas em hospitais parece caracterizar uma estratégia defensiva da equipe institucional frente ao morrer do paciente: “O ocultamento da morte visa proteger a vida hospitalar da crise que representa a irrupção imprevista de manifestações emocionais decorrentes do conhecimento da proximidade da morte. Não se trata, portanto, de proteger o doente da angústia do final próximo, mas de impedir que a rotina institucional seja perturbada pela emergência de emoções” (MENEZES, 2004, p. 31).

É possível que o não questionamento acerca da implementação de tratamentos em pacientes em fase terminal da doença, instituídas como práticas usuais e até rotineiras em muitas UTIs, demonstre um aparente não envolvimento por parte das Enfermeiras, como defesa contra o sofrimento, bem como uma manifestação das suas dificuldades de lidar com a morte e o morrer, o que pode impossibilitar mudanças nas formas de cuidar que vêm sendo implementadas pelas Enfermeiras.

Muitas vezes, a equipe de enfermagem parece negar a morte iminente dos pacientes, tratando-os como se fossem ter alta do ambiente hospitalar, estando recuperados, demonstrando seu afastamento em relação a estes doentes, assim como suas dificuldades de enfrentamento para o cuidado de quem vivencia o processo de morrer e de morte (CARVALHO, 2002).

O desconhecimento do termo obstinação terapêutica parece, também, decorrer do fato de que os profissionais da saúde em geral não costumam problematizar o tema morte e morrer em suas práticas cotidianas. No entanto, diariamente, em suas rotinas de trabalho, se vêem obrigados a enfrentar esta problemática. Este silêncio parece permitir que ações pouco refletidas, que já podem estar profundamente arraigadas em crenças e referências das enfermeiras e demais profissionais da saúde, assim como em políticas e práticas de muitas instituições de assistência à saúde, sejam implementadas. Estas crenças e referências podem estar impregnadas de ideais de cura e de afastamento da morte a qualquer custo.

Na área da saúde e, em especial, na da enfermagem, o processo de morte e de morrer constitui-se em grande desafio. Apesar dos profissionais terem um constante contato com pacientes incuráveis ou gravemente enfermos, muitos ainda não conseguem aceitar tais acontecimentos como parte do processo de viver. Os profissionais da saúde, ao negligenciarem o processo de morrer e de morte, estão, também, se omitindo do processo de ser e viver. Não permitir ao ser doente uma morte digna é, antes de tudo, negar-lhe um fim de vida digno: “somente quando se entende a morte como parte da existência é que se pode estar com o doente em sua terminalidade” (THOMAS e CARVALHO, 1999, p. 50).

Assim, idéias como as de que as pessoas morrem somente quando a medicina falha parecem fazer parte do pensamento coletivo da sociedade e, em especial, dos profissionais da saúde, que podem estar empregando práticas baseadas neste preceito. A não problematização e o não enfrentamento da morte e do morrer no cotidiano dos hospitais por parte dos profissionais da saúde pode levar a condutas distanásicas (ESSILINGER, 2004).

É necessário compreender que esta etapa é parte da vida e que aos profissionais de saúde cabe realizar tudo o que lhes compete, considerando a humanidade daquele sujeito a quem cuidamos; um sujeito que pode ou não ter consciência do que está lhe acontecendo, mas que tem o direito de ser consultado e informado dos seus cuidados, da sua situação, das possibilidades de cuidado e tratamento, dentre outras. É possível que muitos dos sentimentos de sofrimento dos profissionais de saúde na assistência ao paciente em fase terminal da doença decorram da falta de reconhecimento de sua humanidade, os quais são, então, tratados como objetos de cuidado, como coisas, e não como pessoas que podem aceitar ou não o que lhes está sendo realizado, divergir ou não do que se entende como o melhor para eles, incluindo-se aí, também, por vezes, a omissão do seu diagnóstico ou, até, do seu prognóstico (CARVALHO, 2002).

Considero que os profissionais da saúde, ao realizarem procedimentos em pacientes que estejam vivenciando o processo de morrer, sem considerar a sua humanidade, seus sentimentos, necessidades, desejos, temores e angústias, na verdade, não estão realizando ações de cuidado no outro. Ainda, ao realizarem um procedimento no outro (paciente), numa ação desprovida de cuidado, pela negação da sua condição de quem vivencia o processo de morrer, estão, também, descuidando de si, coisificando-se, pois quem coisifica o outro, coisifica antes a si próprio (KANT, 1995; LUNARDI, 1997).

Pessini (2001) aponta fatores sociais que influenciam a não problematização do morrer nas instituições hospitalares, tais como: o progresso científico e tecnológico, a tendência de absolutizar a dimensão do curar, o envelhecimento populacional, o mercado e a demanda pública, as pressões culturais em termos de uma medicina cosmética de desejos e o fenômeno da medicalização da vida, que permitem a interferência crescente da medicina no cotidiano individual, com a imposição de normas de conduta social.

Além disso, para muitas pessoas da sociedade ocidental, a saúde completa do corpo tornou-se uma espécie de religião, na procura de absolutizar a juventude, a beleza e um corpo escultural que funcione perfeitamente, o que parece reforçar, entre os profissionais da saúde, a inquestionabilidade no investimento em tratamentos de cura em pacientes que se encontram em fase terminal da doença (PESSINI, 2001). Por outro lado, como já apontado, tem sido expressado por idosos, que o seu medo não se refere ao morrer, mas sim ao sofrimento, que pode estar relacionado ao processo de morrer (DINIZ e COSTA, 2004).

As Enfermeiras, ainda, quando questionadas acerca de seu entendimento sobre Obstinação Terapêutica **demonstraram confundir seu significado com eutanásia passiva**, que se caracteriza pela omissão de um tratamento, isto é, na não aplicação de uma terapia médica com a qual se poderia prolongar a vida de uma pessoa enferma (PESSINI e BARCHINFONTAINE, 2002), como demonstrado por E4: *“O que eu entendo é que seria*

aquele ponto aonde chega, em que se chega e diz, não vamos mais investir nesse paciente, é desistir, parar de investir. E dar só aquele suporte assim, ventilatório, mais ou menos isso”.

Outras profissionais, ainda relataram, situações de eutanásia passiva, em que se reconhece a incurabilidade da doença e o seu mau prognóstico, sendo omitidos tratamentos. Estas situações podem ser exemplificadas pela fala de E1:

“A gente pode até chegar para o médico e questionar porque tu tá usando um antibiótico de última geração, será que não tem um antibiótico mais barato, que também possa combater aquela infecção. O respirador que a gente tem volumétrico, quem sabe vamos trocar por um Bird, que é um respirador a pressão, pois se sabe que pelo menos o suporte tu continua dando, não com a mesma qualidade, mas continua dando o suporte de ventilação e medicação”.

Uma questão ética de difícil enfrentamento sobre a eutanásia consiste em definir precisamente a diferença moral entre omissão e ação. Ambos os modos de realizar a morte envolvem decisões morais, seguidas de ações físicas manifestas, como percebido na fala de E1 ao referir a substituição de um respirador de maior qualidade por um de menor e pela troca da antibioticoterapia. Considera-se que causar a morte por omissão de cuidados pode ser moralmente repreensível em condições em que uma vida poderia ser salva ou prolongada com qualidade; nesse sentido, é possível que pacientes que se encontram em fase terminal da doença deixem de receber cuidados por serem considerados pessoas menos produtivas, deficientes ou que necessitem de mais cuidados, impondo mais gastos (PESSINI, 2001).

Quando se decide não prolongar o morrer de alguém, é necessário basear-se no seu bem, sendo que esta avaliação deve ser feita conjuntamente com o paciente. A recusa do tratamento pelo paciente com um aconselhamento por parte dos profissionais da saúde é considerado como um ato de deixar morrer e não como um ato de matar, pelo fato de que uma doença subjacente já está presente e a tecnologia da medicina serve somente para evitar o

desdobramento natural da condição do paciente. Portanto, retirar uma tecnologia que impede a morte do paciente, é permitir que as condições naturais façam o que já teriam feito antes. Assim, ao considerar a causa da morte como uma doença pré-existente, em vez de uma ação médica ou de um responsável legal, não ocorre nem um homicídio e nem um suicídio assistido (BEAUCHAMP e CHLIDRESS, 2002).

Pensa-se no termo fútil em situações nas quais pacientes que estão inevitavelmente morrendo encontram-se em um ponto em que o tratamento não proporciona mais nenhum benefício fisiológico e, assim, torna-se opcional, embora ainda possa ser necessário continuar com cuidados paliativos: “Entretanto sempre vão existir julgamentos de valor sobre que esforços merecem ser tentados, que esforços valem a pena, e também com um julgamento baseado no conhecimento científico, embora muitas pessoas equivocadamente construam julgamentos de futilidade como valorativamente neutros” (BEAUCHAMP e CHLIDRESS, 2002, p. 237).

A maioria das enfermeiras, apesar de vivenciarem a obstinação terapêutica em suas práticas cotidianas, desconhecem o significado do termo, o que pode estar sendo permitido pela prevalência do fazer e da técnica, não sendo priorizada uma formação mais humana e um aprofundamento teórico sobre o tema, possibilitando que condutas distanásicas não sejam questionadas, sendo aceitas como normais nas rotinas das UTIS.

Além disso, as profissionais apresentam dificuldades de lidar com pacientes em processo de morrer e de morte, tornado-se necessário discutir o entendimento que possuem sobre esta temática. A categoria seguinte aborda o entendimento das enfermeiras da obstinação terapêutica como o prolongamento do sofrimento.

4.2- A obstinação terapêutica como o prolongamento do sofrimento

Algumas Enfermeiras explanaram que entendem a **obstinação terapêutica como a conduta de prolongar o tempo de vida de um paciente que já se sabe que vai morrer**, ou seja, que está em fase terminal da doença, **prolongando o seu sofrimento**:

“É prolongar o tempo de um paciente que tu sabe que vai morrer, que tu pode usar todos os recursos possíveis que não adianta. Não vai reverter aquele quadro. Eu sinto bastante pena dessas pessoas, não porque vão morrer, mas porque passam por este sofrimento que tu sabe que não vai adiantar”.(E 5)

A percepção do sofrimento do paciente, como explicitado no depoimento de E5, desencadeia diversos sentimentos nas Enfermeiras entrevistadas, sentimentos algumas vezes antagônicos que parecem demonstrar o quanto esta temática é de difícil enfrentamento por parte destas profissionais, possivelmente devido à falta de compreensão e de discussão do que realmente pode, ou melhor, necessita ser feito a cada paciente que vivencia uma situação de terminalidade. Apesar de algumas Enfermeiras entrevistadas expressarem sua percepção de estarem implementando terapêuticas fúteis e que acarretem sofrimento ao paciente, o que lhes desencadeia sentimentos de indignação, irritação, revolta e raiva, concomitantemente, parecem experienciar também sentimentos de esperança de que o paciente ainda tem chances de melhorar:

“... às vezes tu sente raiva, de que tu ta fazendo alguma coisa que seja fútil, que tu não vai mudar a situação daquele paciente, mas tu cria um vínculo e acha que até é melhor mesmo e tu pensa que no fundo, no fundo, quem sabe, tem uma esperança?”. (E 3)

A fala de E3 exemplifica o **estabelecimento de vínculo com o paciente e seu desejo de alcançar sua melhora, desconsiderando, no entanto, a real possibilidade desta**

melhora. O contato constante com pacientes em fase terminal da doença parece favorecer o estabelecimento desta aproximação entre enfermeira e paciente, como também foi demonstrado por E6: *“Eu sei que eles estão sofrendo e sei o quanto a gente tá investindo neles, mas é tão difícil, tu prolonga até o sofrimento da equipe que se apega àquele paciente e também quer ver a melhora dele”*.

A percepção do sofrimento do paciente frente ao seu processo de morrer e internação na UTI pode permitir que este seja visto como indivíduo, que reage e responde aos cuidados e terapêuticos implementados, não sendo somente um objeto de cuidado. No entanto, em uma unidade que tem se caracterizado pela tecnologia e valorização do viver a qualquer custo, freqüentemente, os pacientes não têm sua autonomia reconhecida, sendo submetidos a uma supervalorização da tecnologia e ao poder dos profissionais da saúde, ocorrendo uma normatização do morrer. Esta normatização refere-se à interferência crescente da medicina no cotidiano individual, com a aparente imposição de normas e de condutas sociais a serem seguidas frente ao morrer. Por parte dos profissionais da saúde, espera-se que mantenham um permanente autocontrole, não demonstrando seus sentimentos e ocultando ao paciente a proximidade de sua morte, conseqüentemente, contribuindo para seu isolamento (MENEZES, 2004).

Sentimentos de empatia, tristeza e culpa foram evidenciados pelas enfermeiras quando referiram que como pacientes não gostariam de ter seu sofrimento prolongado, como pode-se perceber pela fala de E3:

“... assim, na verdade eu não gostaria que fizessem isso comigo. Muitas vezes eu vou para casa chateada, eu posso não ter feito nada de trabalho assim durante o dia, pode ter sido um plantão tranquilo, mas eu vou às vezes com um peso. Parece que eu carreguei uma pedra nas costas o dia inteiro, aquela sensação de tristeza, de que eu podia ter feito melhor por aquele paciente, que às vezes eu to fazendo só ele sofrer mais”.

Este reconhecimento da percepção do prolongamento do sofrimento do paciente contribui para a compreensão das dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras no enfrentamento destas situações, pois apesar dos sentimentos negativos experienciados, prosseguem implementando diariamente estas terapêuticas prescritas.

Historicamente a Enfermagem foi alicerçada sob uma visão religiosa, caracterizando-se as profissionais pela obediência, mortificação e abnegação de si, em detrimento da sua capacidade de pensar, divergir e confrontar, o que parece ser evidenciado pela manutenção das práticas cotidianas, apesar da percepção do sofrimento do paciente (LUNARDI, 1999).

Nas práticas assistenciais da enfermagem, ainda parece ser muito presente, a presença de um sentimento de compaixão pelo paciente, como se pode constatar na fala de E6, ao referir-se ao sofrimento deste, considerando-o como “coitado”:

“Pra mim é realmente prolongar mais a vida de um paciente que está sofrendo... essa pergunta me fez lembrar bastante um paciente HIV positivo, já tava comatoso, já não respondia há muito tempo estava morto em vida, sabe? Coitado, ele tinha escaras da orelha até o dedão do pé e sempre investindo, é horrível, tava prolongando o sofrimento”.

Este sentimento expressa piedade pelo sofrimento do outro e despoja a dor alheia do que ela tem de pessoal, pois o compassivo é impulsionado a socorrer o paciente, conforme os seus julgamentos do que este necessita, sem reservar tempo para medir se as conseqüências deste socorro imediato são ou não desejadas pelo ser doente, podendo estabelecer uma relação desigual: “A compaixão parece instaurar uma modalidade peculiar de exercício de poder que se estrutura a partir do binômio servir-obedecer, multiplicando assim, a existência de relações dissimétricas, entre quem assiste e quem é assistido” (CAPONI, 2000, p. 16).

Esta emergência de socorrer o paciente, presente neste sentimento, parece decorrer mais da necessidade da profissional libertar-se do seu sentimento de dor e tristeza, por ver o paciente sofrer, do que propriamente pelo desejo de aliviar o seu sofrimento (CAPONI, 2000).

Na perspectiva da obstinação terapêutica, o investimento indeterminado no tratamento de cura do paciente, junto ao sentimento de esperança de sua melhora por parte das enfermeiras, parece ser motivado pelas dificuldades de lidar com a morte e o morrer e pelo não reconhecimento de sua impotência em evitá-la, existindo, assim, uma necessidade, de implementar terapêuticas que mantenham a ilusão de que a cura para a doença será atingida, apesar de não reconhecer sua real possibilidade. Dessa forma, as enfermeiras estabelecem rotinas de cuidado através dos julgamentos do que pensam ser necessário para o bem-estar do paciente, sem consultá-lo, sentido-se responsável por este.

As enfermeiras das UTIs podem estar implementando práticas compassivas, considerando estar praticando atos humanistas, que conforme seus julgamentos, beneficiariam os pacientes. A compaixão não é boa, nem é ruim; o problema decorre de sua elevação a um valor moral, passando a ser considerada como uma regra de comportamento, definindo parâmetros do que é desejado para um grupo humano, neste caso o paciente em fase terminal da doença, com o risco de legitimar estratégias de coerção, exercidas em nome do bem daqueles que as recebem. Esta visão pode não estar permitindo o pensamento de que, talvez, o gesto de compaixão não seja desejado, podendo ter conseqüências negativas para o doente; ou ainda que pode gerar estados de dependência e submissão (CAPONI, 2000). Nesta visão, “O cuidado ao outro que dispensa o espaço para a palavra porque quem cuida já sabe, através do silêncio e da ausência do diálogo, o que é melhor a ser feito em quem ou a quem é cuidado, parece negar e desconhecer a capacidade do outro como uma pessoa capaz de pensar, divergir e decidir (LUNARDI, 1999, p.75)”.

Esta postura compassiva é desigual, também, por estabelecer uma relação de caridade entre profissional e paciente em fase terminal da doença, determinando que os cuidados prestados devem despertar no doente uma dívida e uma profunda gratidão. Assim, quanto

maior o cuidado dispensado ao paciente em fase terminal da doença, maior parece sua dívida para com os profissionais prestadores do serviço (CAPONI, 2000).

O sofrimento das enfermeiras, por perceberem que o paciente está sofrendo com as terapêuticas que estão sendo implementadas, poderá ser mais bem direcionado na medida em que permitir a construção de uma relação entre iguais, substituindo a compaixão pela solidariedade. Este sentimento, que exige reciprocidade, pode permitir o reconhecimento do paciente como sujeito, capaz de argumentar e discordar, formular perguntas e respostas e, algumas vezes, dispensar auxílio (LUNARDI, 1999). O estabelecimento de uma relação solidária torna-se possível através do diálogo, por possibilitar o conhecimento dos desejos do paciente e o respeito as suas necessidades, garantindo um atendimento humanizado e facilitando que o paciente enfrente positivamente seus desafios (PESSINI e BERTACHINI, 2004).

O entendimento que as Enfermeiras possuem de condutas certas a serem seguidas parece basear-se, também, em suas **concepções religiosas**, considerando que a doença e o sofrimento decorrentes podem ser um resgate de dívidas por erros cometido no decorrer de sua vida: *“Eu fico pensando, meu Deus, às vezes eu acho que a gente tem que pagar um monte de coisas aqui na terra, para demorar tanto assim para morrer, ainda mais investindo desse jeito, prolongando cada vez mais” (E 6).*

Esta visão, explicitada por E 6, parece considerar a vida como propriedade de Deus e o homem como seu mero administrador, trazendo aparentemente uma concepção de Deus como um ser punitivo e uma visão de ser humano como um ser pecador. Neste entendimento, a vida parece ser inviolável e o ser humano sem direito sobre a vida própria e alheia, sendo que as exceções no respeito à vida seriam concessões de Deus, para aquele indivíduo merecedor (PESSINI e BARCHINFONTAINE, 2002).

Dessa forma, parece justificar-se o máximo prolongamento da vida, sem uma preocupação com a qualidade da vida que está sendo prolongada, assim como, o sofrimento do paciente neste processo e sem questionamentos acerca dos seus desejos e opções quanto ao que vem enfrentando: “... *aqui na UTI eu tenho funcionários bem religiosos que dizem que enquanto tem vida a gente tem que estar sempre tentando*” (E 3).

Ainda, a implementação de terapêuticas em nome da sacralidade da vida nega a própria vida humana, através do prolongamento de um organismo biológico, mais do que de um ser humano (DOUCET, 1993). Entendo que a vida em uma visão ética deve considerar o homem como protagonista, com a tarefa de valorizá-la qualitativamente; para tanto, se torna necessário o respeito à autonomia do paciente, bem como ao seu direito de conhecer seu diagnóstico e tratamentos que poderão ser implementados, de modo a poder participar das decisões, discutindo e opinando sobre o que poderá ser feito, em uma relação horizontal com a equipe de saúde.

Seria necessário, ainda, para aqueles pacientes em fase terminal da doença que não estivessem mais em condições de expressar seus desejos, preferências e valores, como, por exemplo, aqueles em coma profundo, o respeito pelo que tenha sido expressado sobre o que gostariam que fosse feito consigo, em fases anteriores de sua vida. Os familiares necessitam ser consultados acerca das terapêuticas a serem implementadas no paciente, participando das decisões, considerando preferentemente os possíveis desejos dos pacientes.

Em muitos países existem e estão sendo criadas legislações que se propõem a solicitar às pessoas, em caso de hospitalização, ou mesmo em pacientes saudáveis, a expressão de seus desejos com relação à fase final da vida, tais como a manutenção ou a retirada de tratamento para seu prolongamento em situações de doença incurável ou irreversível, o que poderá causar a morte em um curto tempo. Estas informações são transmitidas antecipadamente aos

familiares e à equipe de saúde, mediante a elaboração de um documento escrito, ou através da mediação de um tutor (MENEZES, 2004; PESSINI, 2001).

Estes testamentos preocupam-se em reafirmar o direito do paciente em escolher entre as diversas possibilidades terapêuticas disponíveis, diante da ameaça de vir a se encontrar em situações clínicas em que pode facilmente se tornar objeto da obstinação terapêutica. Preservam, também, a autonomia da pessoa, através da sua capacidade de autodeterminação, evitando que sejam vítimas de uma tecnologia que busque a cura da morte (PESSINI, 2001).

Além da relevância das concepções religiosas, como determinantes para o modo como as enfermeiras vêm enfrentando a implementação de medidas terapêuticas que reconhecem como fúteis, encontram-se seus conceitos de vida. A palavra vida refere-se a duas realidades distintas, estando de um lado os processo vitais ou metabólicos, que se referem à vida biológica humana; e do outro, a vida humana pessoal, que inclui a vida biológica, indo além e incluindo outras capacidades distintivamente humanas, como, por exemplo, a capacidade de escolher ou de pensar (PESSINI, 2001).

Assim, é necessário para uma mudança no processo de cuidado, além da vida biológica, considerar que um paciente em fase terminal da doença possa viver qualitativamente, sendo que esta qualidade requer ser avaliada sob o seu ponto de vista. Sabe-se que esta fase da vida está diretamente associada às condições degenerativas e algumas vezes incapacitantes da doença prolongada. Dessa forma, entendo que as enfermeiras não devem restringir seus objetivos na busca de salvar vidas sem considerar a qualidade de vida que terão as pessoas cujas vidas foram salvas.

A responsabilidade com o tratamento de pacientes que estão em processo de morrer e de morte, não deve ser estabelecida por condutas que se destinem somente a estender e prolongar este processo de morrer, mas por obrigações de fornecer a assistência apropriada à

morte. A escolha pelos tratamentos deve priorizar mais tratamentos paliativos, na manutenção do bem-estar do paciente (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Pessini (2001) refere-se à qualidade de vida como uma qualidade do relacionamento estabelecido entre a condição de saúde/doença do paciente e a sua habilidade de perseguir objetivos humanos, afirmando que:

“Estes objetivos são entendidos como valores materiais, sociais, morais e espirituais que transcendem a vida física e biológica. Portanto, para os pacientes julgarem se possuem qualidade de vida, significa que eles próprios avaliaram se são capazes de perseguir valores importantes para ele num nível qualitativamente aceitável” (PESSINI, 2001, p. 302).

A qualidade de vida, tratando-se do tema obstinação terapêutica, ainda que subjetiva, pode ser entendida como um processo de morrer sem dor e sem sofrimento, respeitando os desejos do paciente e possibilitando que este e sua família compartilhem suas experiências (ESSLINGER, 2004).

Por outro lado, é importante salientar que o argumento único de uma pessoa possuir uma doença incurável não é suficiente para considerar que sua vida não tenha qualidade, sendo essa uma visão utilitarista, que permitiria a morte quando a vida fosse aparentemente frustrante, onerosa ou simplesmente inútil, considerando-a como um bem absoluto e sem valor quando em situações de doença:

“Quando a qualidade de vida é tão baixa que uma intervenção produz mais males do que benefícios ao paciente, é justificável rejeitar ou suspender o tratamento. Esses julgamentos requerem critérios justificados do que sejam os benefícios e os males, a fim de que a qualidade de vida não seja reduzida por julgamentos arbitrários ligados a preferências pessoais e o valor social do paciente” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 239).

Ainda, a qualidade de vida do paciente não deve ser confundida com a qualidade ou o valor da vida para outros, tais como enfermeiras e médicos; e os responsáveis pelos pacientes

incapazes, como por exemplo, aqueles com deficiência mental, não devem recusar um tratamento contra os interesses destes, visando somente seu próprio descanso, enquanto familiares, ou para economizar custos para a sociedade (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Esse capítulo caracterizou a percepção do tema obstinação terapêutica como o prolongamento do sofrimento do doente e das profissionais de enfermagem, demonstrando que esta temática ainda é pouco compreendida pelas enfermeiras contribuindo, assim, para sua ocorrência. Apesar de referirem que se estivessem no lugar do paciente não gostariam de ter seu sofrimento prolongado com culpa e tristeza por implementarem terapêuticas reconhecidas como fúteis, aparentemente, não questionam as práticas que vêm implementando, não ocorrendo uma reflexão sobre o que realmente necessita ser feito pelo paciente que vivencia uma situação de terminalidade.

A compaixão pelo paciente demonstrou ser um sentimento muito presente nas enfermeiras, estabelecendo uma relação desigual, na qual a profissional considera saber o que é necessário ser feito pelo doente, sem a necessidade de consultá-lo. Demonstraram, também, terem muito presente, a religiosidade, considerando a vida como um bem inviolável e como uma propriedade de Deus e o homem como seu mero administrador, parecendo possibilitar a obstinação terapêutica.

A categoria seguinte aborda a obstinação terapêutica como a busca da cura em pacientes em fase terminal da doença, aparentemente em uma crença de que sua obrigação moral seja prioritariamente a de salvar vidas.

4.3- A obstinação terapêutica como a priorização da cura

Outras Enfermeiras apontaram que **obstinação terapêutica seria a execução de uma terapia que reconhecem como fútil, entretanto necessária, pois há uma priorização da cura do paciente**, como se pode perceber pela fala de E 1:

... “pois nós temos o costume, sim, de aqui na UTI continuar investindo no paciente, muitas vezes sabendo que é um paciente terminal e que não tem retorno. O investimento é grande em termos de antibióticos caros, a ventilação, o melhor respirador; a gente só não investe quando é paciente em morte cerebral, daí não. Porque nos outros é feito todo o investimento, e a gente vê realmente. Tem casos que é certo, com a experiência que a gente tem. Tem casos que o paciente não vai ter retorno em que o médico continua investindo. A gente sabe que aquele paciente não vai se recuperar em condições, só que nós, pelo menos eu, falo eu, eu vou se tiver que administrar tal medicação, eu vou. A assistência de Enfermagem, ela é completa, para mim. Eu nunca vou com dúvida, nunca vou com raiva, é certo. Eu vou com aquela certeza que eu tenho que fazer.”

Algumas profissionais valorizam a vida como um bem absoluto, sem avaliar as condições de qualidade de vida do paciente, existindo uma priorização da quantidade de vida que está sendo prolongada. Neste entendimento, a saúde pode ser definida somente como a ausência de doenças, sendo o grande objetivo das enfermeiras derrotar a morte. Existe uma grande dificuldade de incluir o mal-estar e as adversidades ao conceito de saúde (CANGUILHEM, 1990). A questão técnica, nesta visão, é como prolongar os sinais vitais de uma pessoa em fase avançada da sua doença e cuja terminalidade se constata a partir de critérios objetivos como, por exemplo, a falência progressiva e múltipla de órgãos. Entretanto, a questão ética emergente, que deveria ser amplamente discutida, é sobre o sentido de tudo isso e até quando se deve investir (PESSINI, 2001).

Muitas das medidas adotadas por estas profissionais podem estar pautadas no princípio da beneficência, acreditando que, através da manutenção da vida do paciente, estão beneficiando-o e minimizando danos, como a morte, aparentemente na crença de que “enquanto há vida, há esperança”. Expressões como estas são ouvidas freqüentemente no

contexto hospitalar, e parecem demonstrar a necessidade dos profissionais da saúde lidarem com condições de certeza, sem reservar espaço para dúvidas e questionamentos. Assim, decisões entre a vida e a morte devem ser tomadas entre estes parâmetros, sendo necessário continuar lutando pela vida até que se tenha a certeza da morte (PESSINI, 2001). Parece que esquecemos que a medicina é uma arte de incertezas e probabilidades e de que todos somos mortais (PITHAN, 2004).

O médico, durante sua formação, aprende a estabelecer uma relação causal entre a presença ou falta de um certo elemento e o surgimento de uma determinada doença, estabelecendo uma relação linear e específica entre etiologia e enfermidade. Na vida profissional, continua realizando suas práticas baseado nesta relação de certeza (PESSINI, 2001).

Considero que esta relação também está presente no trabalho das Enfermeiras, quando em suas práticas cotidianas parecem limitar, muitas vezes, seus cuidados de enfermagem ao contido na prescrição médica, a qual decorre do determinado, aparentemente, como certeza pelo médico, sobre o que necessita ser feito pelo paciente, não assumindo, nem realizando procedimentos de enfermagem, que não estejam prescritos. Entretanto, quando se fala sobre a vida de pessoas e sobre pessoas, suas condições de continuarem vivendo com qualidade de vida e exercendo autonomia sobre seu modo de viver e de morrer, definindo o melhor tratamento e cuidados de enfermagem a serem implementados, não se lida mais com certezas, mas sim com probabilidades, sendo que o grande desafio está em determinar o limite prudencial nas decisões que colocam em jogo a vida das pessoas (PESSINI, 2001). Para tanto, cada paciente necessita ser considerado em sua individualidade, o que poderia ser feito pela enfermeira e equipe, por estarem em maior contato com estes pacientes, sendo possível, assim, implementar cuidados de enfermagem, que independam da prescrição médica, conforme as necessidades percebidas e expressadas pelo paciente.

Assim, as profissionais podem estar implementando cuidados, somente baseadas em tentativas de evitar a morte do paciente. O fato de o paciente ser despersonalizado, durante este processo, parece ser desconsiderado, pois não há tempo a perder com questionamentos. Quando a saúde é apenas a ausência de doença e a medicina é apenas tecnocientífica e curativa, a atenção da equipe de saúde tende a restringir-se à patologia a ser curada. Entretanto, é necessário questionar-se se a beneficência pode ser reduzida, simplesmente ao objetivo de alcançar a cura, independente de sua real possibilidade e dos sofrimentos associados. Na perspectiva da saúde como um estado de bem-estar global, envolvendo os aspectos físico, mental e social, o que se deve tratar é o paciente, considerando a beneficência como o conjunto de fatores que podem levar a este bem-estar (MARTIN, 2004).

É possível que condutas de prolongamento indeterminado do tratamento do paciente possam estar sendo adotadas, também, devido à falta de reflexão, pois entendo que a ausência de dúvida pode ocorrer pelo não pensamento desta problemática. Assim, a profissional não tem dúvida porque não reflete sobre a sua prática cotidiana. Para E3, a obstinação terapêutica ocorre pela execução de terapias sem refletir:

“Entendo que pelo tema Obstinação Terapêutica que é aquela pessoa que vai estar executando alguma terapia sem pensar, que tu vai estar simplesmente executando, tu vai estar obstinado naquilo, fazendo aquilo sem pensar, executando muitas vezes, mas não levando em consideração nenhum outro aspecto, só está pensando realmente na recuperação do paciente”.

Decisões e ações tomadas no cotidiano das UTIs parecem decorrer de uma prática profissional inquestionável e arraigada à execução de alguns procedimentos, aparentemente já estando implícito e decidido o que deve ser feito com o paciente, quais as rotinas de tratamento que necessariamente serão implementadas, não sendo questionada, previamente, sua justificativa e possíveis benefícios para o paciente, pretense objeto de cuidado.

Muitas vezes, os profissionais da saúde podem não tomar consciência ou podem, até mesmo, negar que estão decidindo sobre o destino dos pacientes, mas nas suas diferentes atitudes e decisões, tais como a decisão do médico de internar ou não um paciente na UTI, a opção por um ou outro tratamento, as ordens verbais de executar ou não manobras de reanimação cardiopulmonar e a implementação pela enfermagem de determinadas rotinas de cuidado, significam processos de decisão sobre o processo de viver e, até, de morrer das pessoas e de como as famílias vivenciarão o processo de morrer de seu familiar doente, considerando-se apenas, por exemplo, o seu afastamento físico decorrente de sua internação em um ambiente fechado e de difícil acesso.

As manobras de reanimação cardiopulmonar, algumas vezes, são desencadeadas pelas enfermeiras, baseadas em ordens verbais prévias, como, por exemplo, no caso de plantões noturnos, em que o médico encontra-se repousando e a profissional dá início às manobras até que o médico se apresente. Outras vezes, estas manobras são desencadeadas pelo médico plantonista, que decide pela sua realização, entretanto, na sua maioria, sem uma avaliação das chances de recuperação do paciente, nem um conhecimento prévio dos seus desejos e/ou dos seus familiares, tendo-se como único objetivo evitar a morte. Há casos extremos da família interferir, espontaneamente, solicitar ser ouvida, como relatado por E1:

***“Eu tive uma menina de 15 anos internada muito tempo aqui, por uma insuficiência respiratória, pós-parada, a gente nunca soube do diagnóstico. Ela foi pro quarto, teve duas vezes no quarto e retornou para nós parada e a gente sempre revertendo, revertendo. E a última vez ela ficou internada no hospital por um ano e acho que na quarta internação dela na UTI ela veio em parada cárdio-respiratória e nos fomos reverter a menina e nós estávamos com todos os nossos leitos ocupados, montamos um leito extra dentro da UTI, ficamos com o nosso 11º leito. Quando nós começamos a reverter a paciente, que ela já estava intubada, a mãe bateu na porta e pediu que não revertesse mais a sua filha. Aquilo ali, isso aconteceu no meu plantão, eu fui chamada e a mãe me pediu. No momento assim foi uma coisa que nem raciocinei, voltei, parece que eu nem tinha escutado aquilo ali, neguei. Voltei, comuniquéi a médica que também tomou um susto, a equipe tomou um susto, a médica foi na porta conversou com a mãe. Ela disse: ‘minha filha ta sofrendo, faz um ano que eu venho nesse sofrimento, minha filha está sofrida, e não estou vendo volta*”**

eu não to vendo retorno e eu não quero que vocês reanimem a minha filha'. A médica voltou e disse vamos parar. Quando ela disse isso eu fiquei parada. Assim, para tentar entender aquela mãe, porque é difícil uma mãe chegar para ti e dizer: 'não reverta mais meu filho'. A gente realmente não reverteu, nos paramos com tudo, quem tava no ambú tirou. Aquela tarde foi uma tarde de silêncio, cada um cuidando dos seus pacientes, não se ouvia nada, não se ouvia um comentário".

Dessa forma, os recursos terapêuticos podem estar sendo usados abusivamente, valorizando a vida, independente de suas condições, criando situações em que se pode identificar a obstinação terapêutica, não existindo definições claras do melhor a ser feito pelo paciente, como pode ser percebido pela fala de E5: "... tu vê que o paciente está ali só pelo efeito da medicação. Tu sabe que vai terminar aquele efeito e ele vai parar novamente. O paciente pára e eles continuam reanimando. Eu cheguei a ouvir: 'tem que segurar até às oito que é a hora que eu saio'".

Percebo que estas manobras de reanimação podem estar sendo implementadas por receio dos profissionais da saúde se comprometerem legalmente por deixarem de fornecer recursos terapêuticos aos pacientes. Em outras situações, há opção por não realizar manobras de reanimação cardiopulmonar, inexistindo qualquer tipo de registro no prontuário do paciente, e da mesma forma, quando estas são realizadas, a família não costuma ser previamente consultada. Parece existir um receio, uma indefinição e, até mesmo, desconhecimento por parte dos profissionais da saúde de até quando seja necessário investir na busca da cura de um doente.

As ordens de não-reanimação são práticas correntes nos hospitais brasileiros, embora ocorram de forma velada, pois não existem políticas institucionais de não ressuscitação e raramente se encontram ordens de não ressuscitar formalmente registradas nos prontuários, provavelmente pelo receio das consequências legais (PITHAN, 2004).

A escolha por não reanimar o paciente, não exclui que outros cuidados de enfermagem e médicos sejam realizados, pois não implicam abandono aos cuidados básicos necessários.

Na medida em que o paciente é considerado incurável os recursos terapêuticos destinados ao cuidado devem se sobrepor aos destinados à cura. Assim, cuidados básicos de enfermagem, tais como higiene oral, cuidados com a pele, mudanças de posição do paciente, entre outros, devem ser mantidos (PITHAN, 2004).

Algumas enfermeiras, que acreditam ser necessário fazer tudo quanto possível para a manutenção da vida, apontaram a existência de conflitos, entre a sua formação acadêmica, predominantemente voltada para o objetivo de salvar vidas e os seus próprios valores. Ocorre indecisão entre o seu posicionamento sobre o início, a manutenção ou término do tratamento e questionamentos sobre que tipo de vida se está buscando manter, como apontado por E 3:

“... apesar de hoje termos toda uma formação de saber, de ouvir falar na humanização, nessa questão da eutanásia, distanásia, seqüelas, terapêuticas, equipamentos em UTI, que a gente trabalha com vários, a gente sempre tem no fundo, no fundo que a gente tá aqui para salvar vidas, e quando a gente se depara com um paciente assim tu acaba tendo um confronto com toda a tua formação, e de repente vai vir um pouco do teu valor de vida, da tua experiência de vida. Afinal, eu tenho a minha vida, meus valores, mas também tenho toda uma formação de salvar vidas e isso às vezes te deixa em confronto com as situações. Então, acho que é uma situação que te deixa frustrada, impotente, indecisa, questionada. Acho que muitos questionamentos a gente tem num momento desses”.

Algumas enfermeiras demonstram, também, sentimentos de medo em conversar com o paciente sobre sua doença e concomitantemente culpa por não fazê-lo, referindo como justificativa a grande prevalência de pacientes inconsciente e intubados:

“Na UTI a gente não tem vínculo com o paciente aqui dentro, porque geralmente tá intubado, sedado, então a gente não conversa muito com eles, no máximo que a gente pode chegar, é fazer um carinho, passar a mão, fazerem eles sentirem que a gente tá ali perto”. (E6)

Assim, a estratégia de ocultamento ao doente da proximidade da sua morte leva ao seu isolamento crescente. Ocorre um processo de despersonalização e objetificação dos pacientes

em fase terminal da doença, com uma conseqüente desumanização, havendo poucas possibilidades de acesso ao conhecimento do que se passa consigo e das possíveis opções terapêuticas (MENEZES, 2004). E1 refere que:

“Eu tive um paciente que sabia o diagnóstico dele, mas isso é uma coisa que nós nunca tratamos porque temos muito medo. Eu nunca trabalhei esse meu lado, acho que nós nunca desenvolvemos essa parte. Era um paciente que tava intubado, só que tu chamava e ele abria os olhos prontamente ao comando. Então como é que tu não vai investir? Só que ele estava mal perfundido, péssimo padrão ventilatório, saturação baixa, cheio de petéquias, tava comprometido ao máximo.”

Nas decisões sobre o tratamento do paciente, é imprescindível incluí-lo, dialogando sobre possibilidades de terapêuticas a serem implementadas, reconhecendo, também, o que deseja para si. Entretanto, algumas enfermeiras informaram que questões referentes à doença e condutas a serem implementadas não costumam ser discutidas com o próprio paciente e/ou seus familiares, como nas falas expressadas por E 3:

“A decisão é tomada entre a equipe médica e equipe de saúde que está atendendo o paciente. E vou falar mais, acho que a família também não participa, acho que a família é comunicada, acho que ela não tem uma participação; é diferente, acho que a família é só comunicada da situação. E aconteceu já aqui no hospital, do médico chegar e dizer que não teria mais condições, que não iam fazer mais nada pelo paciente e que iam deixar ele seguir o rumo, mas não foi levado a questão da participação do que a família achava, já foi colocada essa situação, colocando o Ns diagnósticos que o paciente tinha, com a situação clínica que ele tava, acho que deixando um pouco a família sem resposta contrária, pois já veio com todas aquelas informações bem técnicas a respeito da clínica do paciente, do quadro dele e a família só foi ouvinte do processo, ela não participou.(...) Teve situações que o paciente tava lúcido, que ele não sabia da terapêutica, não sabia do rumo que ia tomar. Como também teve situações que a própria família tava sabendo da situação, mas é estranho, mesmo com a família sabendo a gente se deparava depois com o paciente no outro plantão com várias drogas, paciente com possibilidade de reintervenção cirúrgica, mesmo sabendo que não tinha um bom prognóstico e que não ia mudar a história dele, mas acontece e a gente sabe assim que os pacientes não são participativos no processo”.

As falas de E3 exemplificam uma atitude paternalista, por parte do profissional médico, quando apresenta diagnósticos e informações técnicas que, na maioria das vezes, são incompreensíveis para pessoas que não atuam na área da saúde, colocando-se em uma posição de autoridade, de quem sabe e determina os interesses do paciente, para quem não sabe e aceita, pois não têm a oportunidade de entender para, após, existir a possibilidade de discutirem:

“Dessa perspectiva, um profissional da área da saúde é como um pai dedicado que tem filhos dependentes e, com frequência, ignorantes e cheios de medo. O paternalismo sempre envolve alguma forma de interferência ou de recusa em aceitar as preferências de uma outra pessoa acerca de seu próprio bem. **Os atos paternalistas geralmente envolvem força ou coerção, por um lado, ou mentiras e manipulação ou ocultamento de informações, por outro**” (BEAUCHAMP; CHLIDRESS, 2002, p. 298).

Diversas vezes, no cotidiano das UTIs, as profissionais da saúde parecem tomar decisões paternalistas, justificando-as pelo princípio da beneficência, como, por exemplo, quando referem que os pacientes não estão em condições adequadas de decidirem sobre o que querem para si, decidindo, por eles; ou então, ocultando seu estado de saúde, argumentando que não iriam suportar o diagnóstico de doença incurável, de modo a que médicos e enfermeiros se reconheçam como autorizados a ir contra os planos e preferências dos pacientes, visando o que considerariam ser o seu bem-estar.

Nessa visão, alguns autores, como Beauchamp e Chlidress (2002), argumentam que, algumas vezes, para o bem do paciente, informações devem ser omitidas ou reveladas apenas para a família, pois podem comprometer o julgamento clínico e ameaçar a saúde do paciente. Entretanto, considero que tão importante quanto o reconhecimento do direito do paciente de conhecer seu diagnóstico, é a escolha da forma de melhor informá-lo, respeitando-o como um ser humano com uma história, valores e sentimentos (LUNARDI, 1999). Neste entendimento, é relevante considerar não somente o que é dito, mas principalmente a forma como se diz.

Atitudes paternalistas poderiam ser evitadas através da solicitação do consentimento do paciente e de seus familiares, possibilitando uma escolha autônoma e repartida

“convertendo a perspectiva tradicional unilateral, protagonizada por quem conhece e pode, em uma relação bipolar, em que intervém, também, quem não sabe e espera; ou melhor, converte a relação assimétrica entre quem assume a função de agir e quem confia na ação do outro, numa relação simétrica em que ambos se reconhecem como parceiros de um projeto comum; ao nível macro converte uma deontologia autocrática, pertença de um grupo profissional, fechado sobre si, que se rege única e exclusivamente, pelas regras que a si mesmo propõe, numa ética democrática em que todos os agentes morais, pela sua capacidade de decisão no que lhes diz respeito, podem intervir em todos os domínios da atividade humana” (NEVES, 2003, p.492).

A solicitação do consentimento do paciente e de seus familiares pelo profissional parece possibilitar o início do estabelecimento de uma relação de diálogo que poderia favorecer um processo de conhecimento e crescimento mútuos:

“O diálogo permite um espaço de participação e de troca, em que se pode dar, por parte do cliente, a livre expressão de suas necessidades, de seus temores, de suas dúvidas e desconhecimentos, dos sentimentos, dos significados do vivido, as respostas dadas pela enfermagem, devem estar centradas no cliente como seu interlocutor. Já, o enfermeiro e os demais elementos da equipe de enfermagem, podem servir como um guia eventual para os clientes na aprendizagem do seu cuidado de si: o esclarecimento sobre seus direitos em relação à sua saúde, de ser informado e orientado, de ser consultado, de decidir, de recusar e resistir, de pedir e exigir, assim como o direito a socialização de saberes, de modo a esclarecer conforme a necessidade dos próprios clientes, o processo que vivenciam, seu sentido, suas possíveis conseqüências, alternativas e possibilidades de enfrentamento” (LUNARDI, 1999, p. 165).

Dessa forma, podem ser propiciadas condições para o paciente ser valorizado em sua individualidade, na medida em que for incluído no próprio processo de assistência, através do diálogo (BARBOSA, 1999).

Algumas entrevistadas referiram conversar com o paciente e demonstrar afeto, mesmo que esta relação não tangencie à sua doença, seu processo de viver e morrer e as

possibilidades de morte: “*Mesmo que o paciente não esteja consciente eu vou vê-lo, fazer uma visita, eu toco nele e converso*”. (E3)

Por outro lado, foi evidenciado nas entrevistas que, muitas vezes, as terapêuticas de tratamento adotadas não são discutidas entre a própria equipe de saúde que cuida do paciente, mais especificamente, entre enfermeira e médico, restringindo-se a decisão, com já citado, ao plantonista, parecendo ser exacerbado o poder que este profissional possui sobre a vida e a morte, como refere E5:

“Olha, mesmo sentindo pena, às vezes ficando com raiva, não adianta, porque é uma decisão médica, mas é a gente que faz e eu não posso me negar a fazer, a executar o que o médico ta prescrevendo, então é bem difícil. E como acontece, parece, às vezes, ‘que eu não quero que vá no meu horário’, pelo médico. Então ele vai, investe, para passar o plantão com aquele paciente vivo, às vezes me parece assim. Ficam investindo para poder passar, ir passando a bola dizem, ‘que não seja no meu plantão. Ai vem um chega e coloca mil coisas, ai vem outro e tira tudo e diz que não adianta. Isso é uma coisa que acontece bastante, uns investem, outros não, dependendo do plantão”

Dessa forma, é atribuído um grande poder ao médico sobre as decisões de vida e morte e este poder, ao mesmo tempo em que seduz, pesa, surgindo uma ambivalência na relação com a equipe de enfermagem, cuja queixa predominante é a de ser excluída, pelos médicos, das decisões tidas como cruciais, uma vez que é a equipe de enfermagem que executa a maior parte dos procedimentos, gerando muitos conflitos (ESSLINGER, 2004).

Por outro lado, as enfermeiras parecem não se posicionar, obedecendo fielmente às ordens médicas. As profissionais, nestas situações de impasses éticos, parecem ser influenciadas pela dominação de outros saberes; neste caso referem-se ao saber médico, recorrendo à argumentação das competências categoriais, procurando assim, isentar-se da responsabilidade coletiva (SELLI, 2001).

Entretanto, é importante ressaltar que as enfermeiras são responsáveis, conforme a lei do exercício profissional e pelo código de ética que rege a profissão, pelo planejamento,

organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, sendo sua responsabilidade assegurar uma assistência livre de danos decorrentes de negligência, imprudência ou imperícia. Assim, ao restringirem-se à execução da prescrição, sem avaliá-la, e sem estabelecer cuidados de enfermagem associados, estão isentando-se de suas responsabilidades, podendo estar sendo negligentes e imprudentes.

Outras profissionais informaram discutir a conduta que será adotada no paciente com o profissional médico, para E2:

“Eu discuto a conduta com o médico e se tenta chegar a um consenso, nada de tomar decisões isoladamente. Chega-se a um consenso, realmente não vamos fazer; dependendo do profissional, não realmente eu vou continuar assim. A autoridade máxima, realmente, são eles”

Na fala de E2, pode-se identificar a relevância de ações dialógicas entre os profissionais. Todavia, tal relação necessitaria também, como já referido, inserir o próprio paciente e seus familiares, preocupados, provavelmente, em assegurar o melhor atendimento ao paciente. Entretanto, como diz também E2, “dependendo do profissional”, tal aproximação se faz possível; com outros, a “autoridade máxima” do médico é preservada e a profissional enfermeira opta por calar-se, apesar de divergir do que possa estar sendo decidido para o paciente, negando, então, sua própria condição de sujeito e contribuindo para negar a condição de sujeito do paciente.

Nesta categoria, constatou-se que algumas enfermeiras priorizam a implementação de tratamentos que visem à cura do paciente, mesmo quando esta não é mais possível, considerando que, enquanto há vida, é necessário continuar investindo. Estas posturas demonstraram serem fundamentadas no princípio da beneficência e no paternalismo, bem como numa formação acadêmica voltada para o objetivo de manter a vida e, ainda, na obediência ao cumprimento das ordens médicas.

O contato das profissionais com pacientes e familiares é restrito, aparentemente desconhecendo seus objetivos de vida, desejos, medos e angústias. Uma relação entre enfermeira e paciente poderia ser iniciada, fundamentalmente, através da solicitação do consentimento do paciente, para a realização de procedimentos, reconhecendo-o como sujeito.

A quarta categoria busca identificar, nas falas das entrevistadas, algumas possíveis estratégias para o enfrentamento da obstinação terapêutica.

4.4- Enfrentamento da obstinação terapêutica: cuidado humanizado?

Algumas Enfermeiras apontaram como estratégias de enfrentamento para questões referentes à obstinação terapêutica a adoção de um **cuidado humanizado**, no entanto, não foi apontado como este cuidado poderia efetivar-se. Considero que a implementação de um cuidado humanizado implica, primeiramente, em personalizar o paciente internado na UTI.

Esta personalização pode tornar-se possível, vendo o paciente como um ser humano, que tem o direito de receber informações sobre a sua doença podendo discutir, discordar e decidir sobre sua vida juntamente com familiares e equipe de saúde, tendo assim respeitada sua autonomia. **O respeito pela autonomia** não exprime apenas a capacidade da pessoa se autodeterminar, mas exige, também, a promoção efetiva das condições que favoreçam o seu exercício (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002; NEVES, 2003).

A fala de E 1, ao referir-se a um paciente tetraplégico que se encontrava internado na unidade há vários meses, apresentando várias complicações, tais como insuficiência respiratória, traqueotomia, com conseqüentemente dificuldade de desmame do respirador, perda de peso, entre outros, parece demonstrar a dificuldade das enfermeiras de

comunicarem-se com o paciente, impossibilitando o conhecimento do que este deseja para si, o que pode estar contribuindo para a ocorrência de condutas obstinadas terapeuticamente:

“Ele não fala, então, a gente não sabe nada, e claro, a gente nem tem coragem de perguntar se ele sabe que não se movimenta. É uma situação... A gente já falou para ele que ele não se movimenta, que tem que fazer exame, que a gente não tem certeza. Toda vez que a gente vai e fala, no final tu acaba sempre dando uma esperança para o paciente, porque tu nunca és definitiva. Na enfermagem ninguém é, a gente ta tentando, vai fazer um exame, vamos ver se o senhor vai conseguir recuperar, tem fisioterapia, acaba sempre dando uma esperança. A gente nunca diz para o paciente o que ele realmente tem. Então são coisas que não são trabalhadas, é muito difícil de se enfrentar”.

Percebo, pela fala de E1, a dificuldade vivenciada por muitas profissionais de ouvir o paciente e, antes que este tente se expressar, já lhe são dadas explicações convenientes a uma proteção da enfermeira em não abordar temas referentes à revelação do diagnóstico e prognóstico da doença, à morte e ao morrer; possivelmente devido as suas dificuldades em abordar esta temática, não abrindo espaço para o diálogo, podendo reprimir possíveis dúvidas e questionamentos que o doente poderia fazer.

Talvez seja necessário **ouvir mais o paciente** falar sobre seus valores relacionados ao processo de morrer e de morte, perspectiva de vida, o modo como os sintomas da doença e do tratamento o afetam. É importante que mais de um profissional converse com o paciente, obtendo informações e discutindo-as em reuniões multiprofissionais periódicas sobre o melhor a ser feito. Apesar de ocupar grande parte do tempo das enfermeiras, muitas vezes escasso, por sobrecarga de afazeres, é necessário priorizar o diálogo devido a sua fundamental importância no estabelecimento de critérios para o tratamento do paciente (SANTOS e MASSAROLLO, 2004).

Muitos pacientes ficam sem esperanças, sentido-se inúteis e incapazes de encontrar qualquer significado em suas vidas no estágio final da doença. Esperam algum profissional da saúde, que lhes dedique tempo, interesse e demonstre coragem de conversar, que fale sem

eufemismos, indo direto ao assunto com uma linguagem simples e clara (KÜBLER-ROSS, 1998).

Neste **diálogo** entre enfermeira e paciente, é importante esclarecer as opções de cuidados a serem implementados e suas possíveis conseqüências, pois como já abordado, para que o doente tenha condições de escolha, é necessário que conheça. No modelo de assistência de cuidados paliativos que se caracteriza pelo controle de pacientes com doença ativa e progressiva em fase avançada, para os quais o prognóstico é limitado e o foco dos cuidados é a qualidade de vida, considera-se indispensável despende um tempo para o esclarecimento das opções para o paciente e seus familiares. Após, o profissional deve aguardar o retorno da negociação entre o doente e sua família, para então prescrever as medidas consensuais. No caso de recusa de algum procedimento, que considere necessário ou benéfico, é feita outra tentativa de convencimento que, se negada, é respeitada (MENEZES, 2004).

Dessa forma, o início de um diálogo pode ser estabelecido, antes da realização de procedimentos e da implementação de terapêuticas, através da solicitação do consentimento do paciente, reconhecendo-o como sujeito e mantendo o caráter humano das relações entre indivíduos que vivenciam situações radicais de extrema vulnerabilidade. A solicitação do consentimento é um procedimento mínimo e obrigatório que demonstra responsabilidade para com o paciente e o protege de eventuais abusos, garantindo e promovendo que os relacionamentos entre pessoas que não se conhecem permaneçam éticos. (NEVES, 2003).

Para Neves (2003), o ato de **consentimento** necessita ser consciente, ou seja, a pessoa é competente do ponto de vista psíquico e jurídico no que se refere a sua autorização; esclarecido, no sentido de que a pessoa compreendeu devidamente a informação prestada sobre o procedimento em si e os eventuais efeitos secundários e; voluntário, significando que a pessoa é totalmente livre de dar ou recusar o seu consentimento em qualquer momento do processo.

Na busca da humanização hospitalar, o diálogo além de poder abordar sobre a morte iminente do paciente, poderia oportunizar conhecer outros aspectos que podem estar afligindo-o, enfatizando os aspectos físico, mental e social do paciente e possibilitando a atuação de equipes interdisciplinares no seu atendimento. Para Martin:

“A angústia do doente sobre como pagar o colégio dos seus filhos e outras contas que vêm aumentando pode prejudicar o processo terapêutico tanto quanto outros fatores. O médico com sua formação atual, dificilmente teria competência especial ou tempo para lidar com os desafios do bem-estar socioeconômico do doente. O assistente social, porém, pode entrar em campo e ajudar a lidar com preocupações de ordem financeira, familiar e social” (MARTIN, 2004, p. 43).

Dessa forma, considera-se além da dor física, que pode acompanhar algumas doenças em sua fase terminal, outras dores que podem assumir conotações culturais, subjetivas, sociais, psíquicas e éticas. A dor psíquica pode surgir ao enfrentar a inevitabilidade da morte, com a perda de controle sob o seu processo de morrer; a dor social refere-se à dificuldade de comunicação que se experimenta pela solidão vivenciada no processo de morrer, junto a perda do papel social familiar; a dor espiritual ocorre pela perda de significado e de sentido da vida e de falta de esperança (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2002).

Existe um momento na fase terminal da doença, em que a impotência torna-se mais intolerável que a dor física, caracterizando a diferença entre dor e sofrimento. Nem sempre quem está com dor sofre. O sofrimento é uma questão pessoal, estando ligado aos valores da pessoa. Assim, a forte tendência dos profissionais das UTIs em se concentrarem somente nos sintomas físicos, podem estar negligenciando o cuidado ao paciente, permitindo continuar agressivamente com condutas obstinadas, acreditando que enquanto o tratamento protege-os da dor física, protege de todos os outros aspectos também. Dessa forma, percebe-se que a avaliar somente a disponibilidade do tratamento da dor física não justifica a continuação de

cuidados médicos fúteis, pois sua continuação pode impor mais sofrimento ao paciente em fase terminal da doença (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2002).

Algumas enfermeiras apontaram como estratégia **não conversar e não se envolver com o paciente**, como referido por E6: *“Eu tento me desligar disto às vezes, mas tu sabe que é muito difícil eu me pegar a algum paciente, eu procuro nunca ter nenhum contato.”*

Entendo que esta é uma forma das profissionais protegerem-se do sofrimento pelo contato constante com pacientes em processo de morrer e de morte. É particularmente penoso para os profissionais da área da saúde defrontarem-se com situações de morte, pois os esforços, nesta área, são para prolongar a vida e promover a cura. Diante do paciente em fase terminal da doença, então, confrontam-se com seus limites, impotências e incapacidades, o que pode afastá-los do paciente (CARVALHO, 2002):

“Tem-se como pressuposto que os profissionais de saúde vêm friamente e como um fato desagradável a morte, mas comumente isso não é discutido porque põem em evidência o limite profissional. Nesse enfoque, é comum que sejam vistos como ‘frios’, mas a verdade é que mascaram e negam seus sentimentos e emoções ao lidar com a morte, no cumprimento das rotinas de trabalho” (RIBEIRO apud BALSANELLI et al., 2002, p.23).

Além do **diálogo** com o **paciente**, é importante que as enfermeiras conversem com a **equipe de enfermagem**, com o **médico** e **demais profissionais** que podem atuar na assistência, estabelecendo uma co-responsabilidade e construindo um trabalho em equipe, como forma de produzir um maior comprometimento do todo em benefício do doente, estabelecendo conjuntamente as melhores condutas a serem seguidas. Neste complexo de relações, o conjunto de profissionais responsabiliza-se pelo envolvimento com o paciente e seus familiares, integrando-os nos cuidados prestados, como forma de torná-los ativos e capazes de assumirem o cuidado (SELLI, 2001).

Percebe-se que adotar, como estratégia, o não conversar pode ser mais um indício das dificuldades vivenciadas no cuidado a pacientes em processo de morrer e de morte. Poucas enfermeiras referiram ser necessário refletir sobre suas práticas, como expressado por E3:

“É complicado, às vezes eu tento refletir um pouco da minha prática aqui na UTI. Algumas vezes a rotina é tão corrida, que a gente se dá por conta e a situação já está instalada e tu não te deu por conta. Foi o que aconteceu aqui. Na UTI nós tínhamos um paciente já bem idoso, com 93 anos, com seqüelas de AVC, um infarto bem grande, com uma obstrução arterial, a perna já estava toda necrosada e ele estava fazendo umas apnéias e o médico ficou em uma situação meio indecisa e colocou no respirador. Depois que colocou no respirador, ele começou a fazer umas hipotensões e o médico colocou droga vasoativa, mesmo sabendo que era um paciente que não tinha um prognóstico bom, que não era para se investir. A primeira coisa que falaram na passagem de plantão é que era um paciente que não era para se investir e daí fizeram tudo isso no paciente e assim ele foi se mantendo relativamente estável até que um dia, na hora do banho eu cheguei perto do paciente para ver e ele estava imenso, todo edemaciado, eu vi ele descoberto, eu nunca tinha visto, não tinha parado pra ver esse paciente todo descoberto em cima da cama. Eu olhei para aquele paciente, e ele parecia um sapo, ma apavorei de ver aquilo e chamei o médico. Daí mostrei, acho que isso até por um lado foi bom, mostrei a mesma imagem que me chocou eu mostrei para ele. Daí ele disse vamos desligar a dopamina, daí a gente foi desligando as drogas vasoativas, deixamos no respirador e no meio da madrugada ele veio a falecer. Acho que às vezes a gente precisa de um choque”.

Acredito que **o exercício do pensamento** é uma importante estratégia para a instrumentalização para o cuidado de pacientes em fase terminal da doença, além de possibilitar refletir sobre as melhores condutas a serem adotadas, evitando a distanásia.

Existe a necessidade das enfermeiras que atuam nas UTIS saberem lidar com o processo de morrer e de morte, **instrumentalizando-se no próprio processo de trabalho, sendo relevante a reflexão sobre os significados das experiências vividas no dia a dia**, criando, a partir destas, novos significados (LABATE e PEREIRA, 1998; MARTINS et al., 1999; SILVA, 2001). A reflexão do processo de morrer e de morte é bastante difícil, mas necessária:

“Lidar com as percepções do morrer, que são baseadas na individualidade de cada ser, perpassa pelo cotidiano da enfermagem porque, sustentando o relacionamento enfermeiro – cliente estão suas aptidões pessoais, culturais e religiosas. Por isso, há necessidade das constantes reflexões sobre a prática profissional” (CRUZ et al., 2000, p. 76).

A ocorrência da obstinação terapêutica vem acontecendo devido à não reflexão dos tratamentos que vêm sendo implementados, ocorrendo uma redução da vida a sua dimensão biológica com uma aparente negação da mortalidade do ser humano. A formação dos profissionais prioriza a técnica e a ciência, não considerando os aspectos humanos do cuidado. A onipotência técnico-científica, a serviço da ciência médica, criou a ilusão da saúde perfeita que vence todas as doenças e imperfeições do corpo humano, não se aceitando nenhum fracasso diante da doença e da morte, tornando-se correto recorrer obstinadamente a todos os meios possíveis para preservar, ao menos, a aparência de vida (PESSINI, 2001).

O pensamento e discussão sobre a distanásia, também, deve ser ampliado para além das interrupções de tratamentos, incluindo mais atenção para aprimorar a relação enfermeira-médico-paciente-família nas situações em que a cura não é mais possível, **já que são muitas as possibilidades de implementação de cuidados**. Os pacientes e familiares que imploram para que tudo o que for possível seja feito podem estar, na verdade, solicitando não serem abandonados:

“O cuidado não pode e não deve cessar quando estamos diante de um quadro de incurabilidade. Nessa circunstância, convém a todos, especialmente aos profissionais da saúde, refletir sobre o sofrimento que inutilmente, não poucas vezes, se acrescenta por uma agonia programada por uma terapêutica já inútil e que somente se utiliza para cumprir o dogma médico de ‘fazer tudo o que for possível para conservar a vida’, que interiorizado de maneira acrítica por alguns, é aceito como princípio ético que não exige maior discussão e problematização. (PESSINI, 2001, p. 335)”.

Ainda, os currículos das faculdades de enfermagem devem incluir a discussão de questões éticas, como a obstinação terapêutica, preferentemente discutindo-as, também, quando vierem a ocorrer nas situações de estágios curriculares, almejando a formação de um profissional que alie a competência técnica com a sensibilidade humana.

Como estratégia, foi apontado pelas profissionais o cuidado humanizado, que considero se tornar possível através do reconhecimento do paciente como sujeito, respeitando sua autonomia; o diálogo sobre os cuidados e serem implementados e sobre questões referentes à terminalidade. Além disso, é necessário refletir e questionar as práticas cotidianas. Por fim, é imprescindível reconhecer que quando a cura não é mais possível, é necessário cuidar do paciente para que tenha qualidade de vida em seus momentos finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obstinação terapêutica caracteriza-se por ser uma problemática da atualidade, com o aumento da expectativa de vida das populações em geral e do desenvolvimento técnico-científico ocorreu um aumento da fase final da vida, existindo diversas possibilidades de intervenções terapêuticas. Surge, então, uma discussão ética relativa ao período que precede a morte e quanto aos níveis de investimento que são válidos na busca da cura das doenças. Este evento é muito presente nas Unidades de Terapia Intensiva, pela sua alta tecnologia, possuindo diversos equipamentos capazes de manter a vida, mesmo havendo um acometimento de órgãos vitais e outras estruturas.

A partir das entrevistas realizadas com enfermeiras de duas UTIS do município de Pelotas - RS, foi possível construir quatro categorias, buscando compreender como estas profissionais vêm enfrentando a implementação de terapêuticas que reconhecem como fúteis.

Foi constatado o desconhecimento do termo obstinação terapêutica pela maioria das enfermeiras entrevistadas; entretanto afirmaram que a prática de condutas obstinadas é muito presente nas UTIS em que atuam. Este desconhecimento parece ocorrer pela prevalência de um modelo tecnicista que valoriza a experiência profissional, pela formação científica e pela destreza na realização das técnicas, não sendo priorizado e não sendo estimuladas a priorizar a dimensão humana que valorize um maior contato com o paciente, considerando-o como indivíduo.

Como causas para este desconhecimento foram apontadas: **o tempo dispensado para a organização da unidade, junto a uma mecanização das atividades em detrimento do**

exercício do pensamento, o qual considero como prioridade; **o despreparo para lidarem com situações de terminalidade, que vêm sendo pouco trabalhado na formação acadêmica e no decorrer da vida profissional; a inquestionabilidade** frente às práticas cotidianas das UTIs e ao cumprimento das prescrições médicas.

É possível que o desconhecimento teórico e a inquestionabilidade das práticas cotidianas sejam decorrentes de mecanismos de defesa das profissionais para defenderem-se do sofrimento acarretado pelo contato constante com pacientes em processo de morrer e de morte e, também, por suas dificuldades de aceitar a morte como finitude da vida, baseadas em crenças e referências impregnadas de ideais de cura e manutenção da quantidade de vida independentemente de sua qualidade. O desconhecimento também foi demonstrado pelo entendimento de condutas obstinadas como condutas de eutanásia passiva.

A negação da morte e a distanásia parecem ser reflexos das atitudes da sociedade em geral, exemplificadas pela valorização da saúde, considerando-a como a ausência de todos os males do corpo; da beleza e da juventude, fortalecendo a inquestionabilidade da implementação de tratamentos de cura em pacientes que se encontram em processo de morrer e de morte.

A obstinação terapêutica é entendida por algumas enfermeiras pela conduta de prolongar o sofrimento de um paciente que se sabe que vai morrer, independente dos tratamentos que forem implementados. Todavia, este reconhecimento do sofrimento não é suficiente para questionar e buscar modificar as terapêuticas utilizadas, devido possivelmente a falta de compreensão do fenômeno da distanásia, seguido do estabelecimento de vínculo entre profissional e doente, desejando sua melhora, e mantendo a esperança de sua possibilidade, apesar das evidências desfavoráveis.

Além disso, os cuidados são baseados no sentimento de compaixão, que leva a enfermeira a implementar terapêuticas prescritas sem consultar ou solicitar consentimento ao

doente, pois julga saber o que deve ser realizado no paciente, não reconhecendo sua autonomia. As condutas adotadas são fundamentadas, ainda, em suas concepções religiosas, considerando o sofrimento do paciente como uma dívida a ser recuperada e a vida como propriedade de Deus. Os conceitos de vidas das enfermeiras parecem valorizar a vida biológica, desconsiderando a qualidade de vida do doente.

A obstinação terapêutica também foi definida como a execução de uma terapia que se reconhece como fútil, no entanto esta é considerada necessária, pois há uma priorização da cura do paciente, fundamentada na necessidade de manter a quantidade de vida, independente de sua qualidade.

Estas atitudes se baseiam na beneficência, considerando como um bem para o doente a manutenção da vida sem valorizar suficientemente o seu sofrimento e suas reais possibilidades de restabelecimento. São tomadas atitudes paternalistas pelas enfermeiras, considerando saberem o que é o melhor a ser feito pelo paciente, não necessitando consultá-lo.

Na priorização da cura, as ordens de realizar ou não manobras de reanimação cardiopulmonar dependem do médico plantonista, muitas vezes, não sendo avaliadas as chances de sobrevivência, parecendo ter em vista somente isentar-se de responsabilidades referentes à morte do paciente.

As decisões sobre tratamento, também, não são discutidas entre a equipe multiprofissional, ocorrendo, por parte das enfermeiras, uma restrição das atividades ao **cumprimento da prescrição médica, que é seguida com obediência e inquestionabilidade.** Estas condutas parecem ser mais fáceis, do que se envolver e decidir conjuntamente quanto ao cuidado do paciente que está em fase terminal da doença. Além de evitar possíveis enfrentamentos e divergências, com o médico plantonista, que pode possuir uma opinião divergente quanto à melhor conduta a ser seguida.

Como estratégia, foi apontado pelas profissionais o cuidado humanizado, através do reconhecimento do paciente como sujeito, respeitando sua autonomia e dialogando sobre a doença, a possibilidade de morte e as possíveis condutas e cuidados a serem implementados. A solicitação do consentimento é muito importante no reconhecimento da autonomia do doente.

Foi apontado ainda, como estratégia, o não envolvimento com o paciente, sendo entendido como uma forma da profissional procurar proteger-se contra o sofrimento decorrente do contato constante com pacientes em processo de morrer e de morte.

A reflexão sobre os significados das práticas vivenciadas e dos valores considerados na avaliação para a escolha de terapêuticas a serem utilizadas, é importante na medida em que possibilitam mudanças no fazer. Não implementar tratamentos de cura, não significa deixar o paciente morrer, mas, sim, aceitar o processo de morte, que não tem como ser evitado, possibilitando que seja vivenciado com qualidade de vida. As profissionais podem contribuir para o alcance desta, realizando cuidados que possibilitem diminuição da dor física e do sofrimento e pelo atendimento aos desejos do paciente, bem como favorecendo sua maior proximidade com seus familiares.

Uma relação ética e que respeite a autonomia do paciente pode se estabelecer por pequenas atitudes, como decidir com o paciente o momento mais conveniente para tomar seu banho de leito, aceitar sua recusa em ingerir alguma medicação, priorizar a sua privacidade na realização de procedimentos que exponham seu corpo, chamá-lo pelo nome, importar-se se algum procedimento lhe causa dor. Outras estratégias de enfrentamento podem ser discutidas pelas próprias equipes de saúde que atuam nas UTIs, bem como através de outros estudos e aprofundamentos.

Considero de extrema importância a participação das enfermeiras nas decisões quanto às condutas a serem adotadas em pacientes em fase terminal da doença, considerando que são

responsáveis pelo andamento do serviço de enfermagem da unidade, sendo necessário, para isso, instrumentalizarem-se.

Este estudo possibilitou a construção de conhecimentos de como as enfermeiras vêm enfrentando as questões que se referem a obstinação terapêutica, contribuindo para que estas práticas sejam repensadas, criando novas formas de trabalho na enfermagem que não considere apenas a vida biológica, mas também, a vida com qualidade, que pode ser possibilitada por uma assistência voltada ao cuidado do paciente.

Na morte contemporânea, ocorreu um desenvolvimento tecnológico em que é possível dominar algumas circunstâncias do morrer; entretanto, não podemos fugir de nossa mortalidade. Este domínio do morrer e a sua não aceitação impedem o enfrentamento da obstinação terapêutica, gerando situações contraditórias, em que se investe pesadamente no tratamento de paciente em fase terminal da doença, em que as perspectivas reais de recuperação são nulas (PESSINI, 2001).

O grande desafio ético está em saber estabelecer que medidas terapêuticas merecem ser utilizadas no tratamento de pacientes em processo de morrer e de morte, garantindo que vivam as fases finais de suas vidas com qualidade, considerando que quando a cura não é mais possível, é necessário cuidar, preocupando-se com a pessoa doente e respeitando a sua integridade, lembrando que o cuidado é a base do exercício profissional da enfermagem.

Apesar desta problemática fazer parte do cotidiano das enfermeiras que atuam em UTIs, é um tema que ainda permanece no silêncio com restrita produção na área da enfermagem, o que poderia, possivelmente, merecer outros estudos para uma melhor compreensão e entendimento.

Esclareço que meu objetivo com a realização deste trabalho não foi criticar nem apresentar verdades, mas abalar certezas e gerar o desassossego (LUNARDI FILHO, 2000).

Constitui-se também em um convite para o comprometimento das enfermeiras na busca por novas formas de cuidar nas UTIs, priorizando a humanidade daquele que é cuidado.

Para finalizar, utilizo-me das palavras de Pessini por acreditar que “não somos nem vítimas, nem doentes de morte. É saudável ser peregrinos. Podemos ser sim curados de uma doença classificada como mortal, mas não de nossa mortalidade. Quando esquecemos isto, acabamos caindo na tecnolatria e a absolutização da vida biológica pura e simplesmente. É a obstinação terapêutica adiando o inevitável, que acrescenta somente sofrimento e vida quantitativa, sacrificando a dignidade” (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2002, p. 275).

BIBLIOGRAFIA

ALVES, R.N., GODOI, S.F., MARTINS, E.L. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.1, p.105-117, jan./mar. 1999.

ANDRADE, Maria Teresa S. **Cuidados Intensivos**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2000.

ARENDT, Hannah. **A dignidade da política**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1993.

ARIÈS, Philippe; Trad. SIQUEIRA, Priscila V. de. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BALSANELLI, A. P; SANTOS, K. J.; SOLER, Z. O. S. G.. O trabalho do Enfermeiro em unidades complexas: um enfoque sobre os Sentimentos para o cuidado diário de pacientes com risco de morte. **Nursing**, São Paulo, n.44, p.25-28, janeiro, 2002.

BARBOSA, Sayonara de Fátima F. **A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos: a (re) invenção do possível**. Blumenau: Nova Letra, 1999.

BASTOS, D. R.; BOTELHO, M. C. **A percepção dos enfermeiros frente à morte de pacientes em geral**. Rio Grande: 1997. Monografia (Trabalho de conclusão). Curso de Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F.; Trad. PUDENZI, Luciana. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BECK, C.C. **O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva**. Florianópolis, 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

BOEMER, M. R.; VEIGA, E. V.; MENDES, M. M. R.; VALLE, E. R. M. O tema da morte: uma proposta de educação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 26-32, 1991.

BOEMER, M. R. **A Morte e o Morrer**. São Paulo: Cortez, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/humanizasus> . Acesso em: set, 2004.

BRAZ, Elizabeth; FERNANDES, Luciana M. Buscando maneiras para o ensino sobre finitude para graduandos de Enfermagem. **Revista Texto & Contexto**. Florianópolis, v. 10, n. 3, p.138-151, set/dez, 2001.

CAMPOS, Antonio Carlos L.; MATIAS, Jorge Eduardo F. Nutrição no Paciente Terminal. . In: URBAN, Cícero de A. **Bioética Clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 501 – 505.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão á solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CARVALHO, Karen Knopp de. **A instrumentalização dos trabalhadores da saúde para o cuidado de quem vivencia o processo de morrer e de morte - uma pesquisa bibliográfica**. Rio Grande, 2002, 60 p. (Monografia de conclusão de curso). Faculdade de Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2002.

CRUZ,C.; GAROFALO,C.; SABINO,T.; NASCIMENTO, L. O “pacote” e a enfermagem (Análise crítica de uma cena de morte) **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.10, n.3, p. 72-81, set/dez, 2001.

DINIZ, Débora; COSTA, Sérgio. Morrer com dignidade: um direito fundamental. Série Anis 34, Brasília, Letras Livres, p. 10-17, maio 2004. Disponível em : [http://www.Anisorg.Br/serie/artigos/sa34\(dinizcosta\)dignidade.pdf](http://www.Anisorg.Br/serie/artigos/sa34(dinizcosta)dignidade.pdf) . acesso em: set, 2004.

DOUCET, H. **Morrer-Abordagem Bioética**. São Paulo: AM edições, 1993.

ERLEN, J. A., FROST, B. **Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions**. Western Journal of Nursing Research, v.13, n.3, 397-407, 1991.

ESSLINGER, Ingrid. **De quem é a vida afinal?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FERNÁNDEZ, Javier G. **Dez palavras-chave em Bioética**. São Paulo: Paulinas, 2001.

FERNANDES, J.D.; SADIGURSKY,D.; ALBERGARIA, A.K.; FERNANDES, J. De portas fechadas com a morte. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.10, n.3, p. 39-59, set/dez, 2001.

FLICK, Uwe. **Uma introdução a Pesquisa Qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2002.

FRIZON, G.; SILVEIRA, L. B.; SULZBACH, R. C. **A formação acadêmica sobre o processo de morrer e a morte: a percepção de acadêmicos de enfermagem**. Rio Grande, 2000. Monografia. (Trabalho de Conclusão). Curso de Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

GAVICAGOGEASCOA, Maria Iceta. Futilidade Terapêutica. In: URBAN, Cícero de A. **Bioética Clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 506 – 523.

GEOVANINI, et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GHEZZI, Maria Ines L. **Convivendo com o ser morrendo**. Porto Alegre: Sagra – DC Luzzato, 1995.

ISKANDAR, Jamil Ibrahim. **Normas da ABNT: comentadas para trabalhos científicos**. 2. ed. Curitiba: Juruá: 2003.

JUNGES, José R. **Bioética perspectives e desafios**. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1999.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa: Edições 70, 1995.

KIPPER, Délio. O Problema das decisões médicas envolvendo o fim a vida e propostas para nossa realidade. Disponível em : <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v7/simposio.htm>. Acesso em: 20 set. 2004.

KOVÁCS, Maria Júlia. Autonomia e o Direito de Morrer com Dignidade. **Bioética**, São Paulo, v. 6, n. 1,p. 61-69, 1998.

KOVÁCS, Maria Júlia. Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte. In: CARVALHO, Maria Margarida M. J. de. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosas e aos seus próprios parentes**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LABATE, Renata Curi; PEREIRA, Maria Alice. Dor, sofrimento, morte e cuidado à saúde. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.3, n. 2, p. 19-22, jul/dez, 1998.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária, 2000.

LUNARDI, Valéria Lerch. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária, 1999.

LUNARDI, Valéria Lerch. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem**. Florianópolis, 1997, 279p. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

MARTIN, Leonard M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). **Humanização e Cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 31 – 49.

MARTINS, Edna Lúcia; ALVES, Rozilda das Neves; GODOY, Sueli Aparecida Ferreira de. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 52, n.1, p. 105 – 117, jan./mar., 1999.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond: Fiocruz, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hubitec-Abrasco, 1998.

NEVES, M. Patrão. Contexto Cultural e consentimento: uma perspectiva antropológica. In: PESSINI, Leo; GARRAFA, Volnei (orgs.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 487 – 498.

NICOLA, Caterina de. Bioética em Cuidados paliativos. In: URBAN, Cícero de A. **Bioética Clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 495 – 500.

PESSINI, Leo. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas Atuais de Bioética**. 6. ed. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2002.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). **Humanização e Cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

PESSINI, Leo; GARRAFA, Volnei (orgs.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

PINHEIRO, Cleovaldo Tadeu dos S. O paciente e seu Atendimento em Terapia Intensiva. In: BARRETO, Sérgio S. M.; VIEIRA, Silvia Regina R.; PINHEIRO, Cleovaldo Tadeu dos S. (orgs.) **Rotinas em Terapia Intensiva**. 3. ed. Porto Alegre: Artemed Editora, 2001. p. 25- 30.

PITHAN, Livia Haygert. **Dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressuscitação” hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

POLIT, Denise F; Trad. Regina Machado Garcez. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre Artes Médicas, 1985.

REDMAN, Barbara K., FRY, Sara T. Nurses' ethical conflicts: What is really about them? **Nursing Ethics**, v.7, n.4, 2000, p. 360-366.

REZENDE, Ana Lúcia. O Quotidiano da Enfermagem no Trabalho em Saúde. In: 49º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1997, Belo Horizonte-MG. ANAIS. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. p. 58-71.

SANTOS, Daniela Vivas dos; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade

terapêutica: uma questão bioética. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo. p. 790 – 796. set/out., 2004.

SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Orgs.). **Bioética**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

SELLI, Lucilda. Bioética e Enfermagem. **Nursing**, São Paulo, n.40, p.21-24, set., 2001.

SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética II. Aspectos Médico – Sociais**. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

SILVA, Alcione Leite da. Morte-Renascimento: foco essencial do cuidado transdimensional. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.10, n.3, p.11-24, set/dez, 2001.

SILVEIRA, R. S. da; LUNARDI, V. L. A enfermagem cuidando de quem vivencia o processo de morrer. **Revista Texto & Contexto-Enfermagem**. Florianópolis. v.10, n.3,p. 170-185, set/dez. 2001.

SUNDIN-HUARD, Deborah, Fahy, Kathleen. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. **International Journal of Nursing Practice**, v.5, 1999, p. 8-13.

THOMAS,C.; CARVALHO,V.L.de. **O cuidado ao término de uma caminhada**. Santa Maria: Pallotti,1999.

URBAN, Cícero de A.; BARDOE, Simon A. W.; SILVA, Ivanilda M. da. Ordens de Não-Reanimação. . In: URBAN, Cícero de A. **Bioética Clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 524 – 535.

VIEIRA, Débora F.; FERNANDES, Terezinha Maria S.; CROSSETTI, Maria da graça O. Enfermagem em Terapia Intensiva. In: BARRETO, Sérgio S. M.; VIEIRA, Silvia Regina R.; PINHEIRO, Cleovaldo Tadeu dos S (orgs.). **Rotinas em Terapia Intensiva**. 3. ed. Porto Alegre: Artemed Editora, 2001. p. 613-634.

APÊNDICES

Apêndice A – Entrevista semi-estruturada

- 1- O que entendes por obstinação terapêutica?
- 2- Consideras presente, na UTI em que trabalhas, esta problemática?
- 3- Se sim, como reages, ao ter que implementar, medidas terapêuticas que reconheces como fúteis?
- 4- Que sentimentos vivencias ao implementares estes tratamentos?
- 5- Como enfrentas estas situações? Que estratégias consideras que poderiam ser utilizadas?

Apêndice B – Termo de esclarecimento

A mestranda Karen Knopp de Carvalho, Enfermeira, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, está desenvolvendo esta pesquisa sob a orientação da Prof^o. Dr^o Valéria Lerch Lunardi, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Vimos muito respeitosamente através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar do trabalho que será por nós desenvolvido para a Dissertação de Mestrado, cujo título é A obstinação terapêutica como uma questão ética.

O objetivo do trabalho é de que, através da realização de entrevistas semi-estruturadas, possamos buscar compreender como as enfermeiras vêm enfrentando a implementação de medidas terapêuticas que reconhecem como fúteis; buscando construir, também, após análise das entrevistas, estratégias de enfrentamento na prática destas profissionais.

Asseguramos o compromisso com sigilo e a ética neste trabalho, respeitando a privacidade de cada participante.

Apêndice C - Consentimento Livre e Esclarecido do Participante

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informada de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, da forma de trabalho através da realização de entrevistas semi-estruturadas que serão gravadas. Fui igualmente informado:

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente o trabalho;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificada e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade, podendo eu, inclusive, escolher um nome fictício como identificação;
- de que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término do trabalho;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados deste;
- de permitir a gravação das falas, com garantia do sigilo e anonimato.

Este documento está em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nome do Participante

Assinatura

Local e Data