

Fernando Salomão da Silva¹, Luiza Rita Pachemshy², Inês Gimenes Rodrigues³

Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva

Intensivist nurses perception of intensive care unit dysthanasia

1. Enfermeiro do Hospital Regional Vale do Ribeira, Pariquera-Açú (SP), Brasil.
2. Mestre, Enfermeira do Hospital Universitário de Londrina – UEL – Londrina (PR), Brasil.
3. Pós-graduanda (Doutorado) em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil; Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina – UEL – Londrina (PR), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar a percepção de enfermeiros da unidade de terapia intensiva de um hospital escola em Londrina sobre distanásia em pacientes terminais na unidade de terapia intensiva.

Métodos: Estudo de natureza qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada gravada, com nove enfermeiros das unidades de terapia intensiva de um hospital escola, no mês de janeiro de 2009. Foi utilizada a análise temática para analisar os discursos dos sujeitos e identificar as categorias de discussão.

Resultados: Foram identificadas cinco categorias que foram discutidas com base na experiência dos autores e na literatura, sendo elas: medidas que prolongam a vida do paciente fora de possibilidade de cura

na unidade de terapia intensiva; ações/reações dos enfermeiros diante da distanásia; motivos que levam ao prolongamento da vida de pacientes fora de possibilidade de cura; sentimentos dos enfermeiros sobre a distanásia e prolongamento da vida; medidas de cuidado em oposição à distanásia.

Conclusão: A vivência dos enfermeiros perante as ações de distanásia mostrou-se complexa, sendo um fator de sofrimento, frustração a inquietação para estes profissionais. A falta de comunicação destaca-se como fator importante na visão dos enfermeiros para a ocorrência de distanásia e a medida para substituir a distanásia são os cuidados que proporcionam alívio do sofrimento.

Descritores: Unidades de terapia intensiva; Assistência terminal; Bioética; Enfermagem

Recebido do Hospital Universitário de Londrina – UEL – Londrina (PR), Brasil.

Submetido em 6 de Abril de 2009
Aceito em 4 de Junho de 2009

Autor para correspondência:

Fernando Salomão da Silva
Rua José Diaz, nº252, casa 9 - Centro
CEP: 11930-000 - Pariquera-Açú (SP), Brasil.
Fone: (13) 9191-9420
Email: fer_salomao@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a medicina obteve evidentes benefícios com o avanço tecnológico. No entanto, o uso exagerado de novas terapias em pacientes fora de possibilidade de cura, trouxe à tona dilemas sociais, institucionais, profissionais, e principalmente éticos e legais.

Neste novo contexto, a medicina intensiva abriu novos caminhos da cura e do aumento da expectativa de vida para aqueles que ali são assistidos.⁽¹⁾

Mas, o que fazer diante de um paciente em situação extrema, que mesmo com a utilização de todos os recursos terapêuticos disponíveis, por vários dias consecutivos, ou muitas vezes semanas, não apresenta melhora clínica? Situações como estas não são raras e podem gerar dúvidas e dilemas éticos entre os profissionais e familiares.⁽²⁾

A adoção de medidas terapêuticas que prolongam o processo de morrer e não a vida aumenta o sofrimento e diminuem a dignidade no momento da morte. Nos Estados Unidos este ato é chamado de “futilidade terapêutica”, na Europa de “obstinação terapêutica” e, no Brasil, de “distanásia”.⁽³⁾

Distanásia etimologicamente significa prolongamento exagerado da agonia, do

sofrimento e da morte de um paciente. Este termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil e inútil, que apresenta como conseqüência uma morte lenta e prolongada, acompanhada de sofrimento, prolongando não a vida propriamente dita, mas sim o processo de morrer.⁽¹⁾

Nas unidades de terapia intensiva (UTI), é muito comum encontrar pacientes com muitos recursos tecnológicos, mas com resultados muitas vezes desanimadores, pois, em determinado momento do tratamento de sua doença, não é mais possível salvá-lo, sendo inevitável o processo da morte, caracterizando-os assim, como pacientes terminais ou como atualmente é denominado, paciente fora de possibilidade de cura.

Stefanini, Rosenthal e Simon⁽⁴⁾ classificam como pacientes terminais, aqueles acometidos por uma doença de difícil tratamento e por um conjunto de situações em que se esgotam as possibilidades terapêuticas de cura ou para prolongar a vida de forma digna, ou então quando há uma disfunção irreversível do sistema nervoso central.

O cuidado é a essência do trabalho da enfermagem, e o cuidado do paciente em fase terminal requer do enfermeiro não só conhecimentos sobre manejo da dor, sintomas clínicos comuns na fase final de muitas doenças e comunicação com o paciente, mas também conhecimento e reflexão sobre morte e terminalidade.⁽⁵⁾

Cientes de que os enfermeiros intensivistas convivem no seu cotidiano com pacientes críticos potencialmente curáveis, mas também, com pacientes que são admitidos fora de possibilidade de cura ou se tornam terminais na vigência do tratamento, é que os autores decidiram investigá-los. Estabelecemos então, como objetivo, conhecer a percepção de enfermeiros intensivistas acerca das situações de distanásia e prolongamento da vida de pacientes fora de possibilidade de cura vivenciadas por eles em um hospital escola.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. Esta modalidade de estudo permite descobrir o que pensam os sujeitos sobre suas experiências acerca de determinado tema.⁽⁶⁾

A pesquisa foi realizada nas unidades de terapia intensiva I e II do Hospital Universitário de Londrina. A UTI I possui dez leitos e atende principalmente pacientes cirúrgicos, vítimas de trama ou casos onde houve agravamento do estado geral do paciente nas enfermarias. Na UTI II, com sete leitos, há predomínio de pacientes colonizados/infectados por microrganismos multirresistentes, idade mais avançada e quadro clínico crônico.

Os sujeitos investigados foram nove enfermeiros que conheciam o conceito de distanásia e que atuam nas unidades de terapia intensiva I e II. Todos os enfermeiros aceitaram vo-

luntariamente participar do estudo, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido contendo orientações quanto à natureza do estudo e objetivos. Para manter o anonimato dos entrevistados, utilizamos o código E (E1 a E9), conforme a seqüência das entrevistas.

A coleta de dados foi feita por um dos pesquisadores e ocorreu no mês janeiro de 2009 através de entrevista semi-estruturada gravada, direcionada por um roteiro elaborado pelos autores do estudo e posteriormente transcrito. O referido roteiro foi dividido em duas partes: dados de caracterização do enfermeiro (sexo, idade, religião, tempo de atuação profissional); relato livre da experiência com paciente em fase terminal e suas ações e sentimentos acerca da distanásia em sua prática. As entrevistas foram realizadas após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina.

Os dados obtidos foram analisados qualitativamente utilizando-se a análise temática.⁽⁷⁾ Foram identificados os temas que emergiram dos depoimentos dos enfermeiros e os mesmos analisados com subsídio da literatura e experiência dos autores sobre o objeto do estudo com o intuito de atingir as propostas de investigação.

RESULTADOS

A caracterização dos sujeitos entrevistados foi a seguinte: dos nove enfermeiros entrevistados, seis eram do sexo feminino e três do sexo masculino; idade entre 20 e 50 anos; seis tinham mais de 10 anos de atuação como enfermeiros. Acerca das crenças religiosas, sete eram católicos e dois evangélicos, sendo que dos nove entrevistados, oito classificaram-se como praticantes. Seis enfermeiros relataram que durante a formação acadêmica tiveram aulas ou discussões sobre os temas morte e distanásia, assuntos cada vez mais discutidos na mídia, porém, nem tanto nos cursos da área da saúde. Um estudo acerca da morte e o morrer no processo de formação de graduandos em enfermagem em uma universidade na Bahia, concluiu que o tema citado não vem sendo trabalhado de forma que atenda as necessidades dos estudantes. O preparo requer maior atenção no que tange aos aspectos emocionais dos estudantes para enfrentarem suas inquietudes durante o processo de morrer.⁽⁸⁾

Após análise dos dados coletados, os mesmos foram trabalhados sob uma organização que, das informações contidas nas entrevistas resultaram em cinco categorias: medidas que prolongam a vida do paciente fora de possibilidade de cura na UTI; ações/reações dos enfermeiros diante da distanásia; motivos que levam ao prolongamento da vida de pacientes fora de possibilidade de cura; sentimentos dos enfermeiros sobre distanásia e prolongamento da vida do paciente fora de possibilidade de cura; medidas de cuidados em oposição à distanásia.

DISCUSSÃO

Medidas que prolongam a vida do paciente fora de possibilidade de cura na UTI

O alto custo torna-se cada vez mais presente na gama de aspectos envolvidos em diversos tratamentos em UTI e tal investimento na terapêutica do paciente crítico justifica-se quando esse visa a recuperação e alta do paciente de uma UTI. Para os enfermeiros desse estudo, a maioria das situações reconhecidas como distanásicas são os tratamentos com antibióticos de última geração e introdução de cateteres altamente invasivos.

[...] eles fazem diversos procedimentos invasivos como cateter de Swan-Ganz, outros tipos de cateteres, investem muito em antibióticos caros. E4

Hemodiálise e reanimação cardiopulmonar (RCP) também foram lembradas como medidas/ações distanásicas, aos quais alguns pacientes são submetidos.

[...] às vezes hemodiálise [...] E7

A gente vê várias vezes o paciente tendo parada cardíaca e ele sendo reanimado por uma questão de....”ah, eu fiz tudo que podia pra salvar essa vida”. E8

Associa-se à RCP, a idade avançada de alguns pacientes atendidos na UTI, conforme o discurso de um dos entrevistados:

Paciente às vezes de 99 anos, 101 anos eu já vivenciei. Grave, três meses dentro da UTI e é reanimado. E5

Tais condutas muitas vezes geram inconformismo e até revolta nos enfermeiros, percebido pela tonalidade da voz e a ênfase dada no relato. Entretanto, observa-se uma tentativa de prolongamento da vida, mesmo nos profissionais, acerca da sua própria vida. É o que mostra um estudo sobre o efeito da informação no comportamento dos profissionais da saúde diante da morte. Médicos e enfermeiros, quando questionados sobre o desejo de ser ou não reanimados caso viessem a sofrer aos 85 anos uma parada cardiorrespiratória, demonstraram tendência à aceitação de RCP se estivessem saudáveis e a não ressuscitação se sofressem de uma grave patologia.⁽⁹⁾

Vale lembrar que o sucesso de uma RCP é obtido em apenas 40% dos casos, e que em 25% destes, a reanimação apenas prolonga o processo de morrer. Já em pacientes com doença crônica o índice de sucesso não ultrapassa 10,5%.^(10,11)

Avaliando a recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em uma UTI de um hospital escola

em Santa Catarina, verificou-se que em 100% dos pacientes que tiveram recusa ou suspensão de algum tratamento, a futilidade deste foi o motivo em 100% dos casos.⁽¹²⁾

Além do sofrimento do paciente ou familiar ser visto como fator para se evitar o prolongamento da vida quando não há mais chance de cura, também o alto custo que envolve determinados tratamentos foram citados como atitudes distanásicas, considerando ser uma instituição pública.

O investimento muito alto em medicamentos, mesmo sendo a família já comunicada do prognóstico e da não possibilidade terapêutica. E1

[...] investimento muito grande nestes pacientes com custos altíssimos [...] E2

Não tem limite de custo. E4

Ações/reações dos enfermeiros diante da distanásia

Diante de situações distanásicas aplicadas a pacientes em UTI, os enfermeiros tentaram o uso do diálogo e questionamento para com a equipe médica como forma de intervenção diante de tais ações.

[...] eu procuro intervir com as “armas” que eu tenho, que é a argumentação com o plantonista com o qual eu estou trabalhando E2

[...] eu procuro conversar e saber quais são os critérios e qual é o pensamento da equipe médica, o que foi discutido, se os exames realmente estão indicando que não vai ser feito nada ou se está sendo feito, o por que está sendo feito. E10

Eu procuro negociar caso a caso com o plantonista e normalmente a gente é bem sucedido. E2

Apesar da importância do envolvimento de uma equipe multiprofissional e da família na tomada de decisões sobre quando recusar ou interromper determinadas medidas, não se deve esquecer que a decisão final e a responsabilidade legal da condução do tratamento são do médico.⁽⁹⁾ Porém, certamente, seria mais fácil e menos doloroso se as decisões fossem discutidas e compartilhadas conjuntamente visando à resolução de eventuais conflitos sobre objetivos e possibilidades reais de tratamento.⁽²⁾

Em contrapartida, observam-se também enfermeiros que tendem a manter distanciamento dessas situações, por vezes, de forma consciente, talvez em razão do sofrimento emocional que o enfrentamento dessas situações acarreta, nem sempre fácil de ser vivenciado.

Mantenho a conduta até que ela seja suspensa oficialmente. E1

A angústia profissional de alguns enfermeiros e a impossibilidade de interferir no processo de decisão dos dilemas éticos pode levar alguns enfermeiros a buscarem soluções próprias para a resolução de certas situações.

Diante da hipótese de que enfermeiros americanos praticavam eutanásia e suicídio assistido, uma pesquisa foi desenvolvida questionando se o profissional já havia administrado medicamento ou realizado algum procedimento com a intenção de causar ou antecipar a morte de algum paciente. Foram entrevistados 852 enfermeiros que trabalhavam em UTI, e destes, 129 disseram ter feito algum tipo de ação para favorecer a morte do paciente pelo menos uma vez durante sua carreira. As justificativas para tais atos recaíram sobre o uso abusivo de tecnologia para manter a vida, forte senso de responsabilidade para com o bem estar dos pacientes, desejo de aliviar o desconforto e de sobrepujar a indiferença do médico frente ao sofrimento do paciente⁽¹³⁾

Motivos que levam ao prolongamento da vida de pacientes fora de possibilidade de cura

A falta de comunicação entre a equipe médica e diferentes pontos de vista, evidenciado em vários discursos, parece constituir um fator importante para a ocorrência de distanásia, na visão dos enfermeiros, como mostram as falas a seguir:

Eu não vou dizer que é falta de conhecimento por que não é. Eu acho que é falta de comunicação. E2

As equipes não conversam entre si. Elas conversam assim [...] vamos resolver este problema. Este rim. Este rim não funciona. O coração não funciona, então vamos resolver. Solucionando alguns órgãos, mas ninguém senta pra falar do todo, do paciente. E6

A decisão de interromper determinado tratamento considerado fútil ou inútil nem sempre é de consenso entre os profissionais e sustentadas pelos diferentes intensivistas de uma mesma instituição. Dessa forma, não é incomum que em plantões diferentes, outro médico retome um tratamento suspenso anteriormente, motivado por suas convicções pessoais, criando um círculo vicioso e de difícil solução, que reflete a falta de diálogo entre a própria equipe médica.⁽¹⁴⁾

É compreensível a postura médica, considerando que a Resolução do Conselho Federal de Medicina⁽¹⁵⁾ que permitia ao médico suspender tratamentos e procedimentos que prolongassem a vida de doentes terminais e sem chances de cura - com o consentimento da família ou do paciente - foi suspenso por meio de uma liminar em 2007. Embora a resolução evitasse que o médico perdesse o registro, contudo, não o isentava de responsabilidade criminal.⁽¹⁶⁾ Infelizmente a duração da resolução foi muito curta para que os profes-

sionais de UTI discutissem o tema e pudessem colocá-lo em prática.

Os diferentes pontos de vista entre os médicos responsáveis pelos pacientes na UTI aparecem segundo os discursos dos sujeitos entrevistados:

Uma discordância entre clínicas. Eu acho que na maioria das vezes é por isso. E10

[...] por essa discrepância de condutas existe uma continuidade do tratamento para tentar a cura. Sendo que, uma equipe acha que tem cura do seu lado e a outra não. E10

Não existe consenso entre a equipe médica e o paciente fica sofrendo. E6

Divergência sobre a condução dos casos, relativas às condutas clínicas para um mesmo paciente são motivos não só de prolongamento da vida, mas também é fator desencadeante de dilemas para os enfermeiros. Em estudo, enfermeiros relataram que em muitos casos não existe um consenso sobre a conduta a ser seguida, ocasionando dificuldades aos profissionais, pois em muitos casos, o médico não está presente no horário de visitas para comunicar a família as decisões tomadas, e esta acaba questionando os enfermeiros.⁽¹⁷⁾

Outro fator presente em várias falas como causador de distanásia, foi o fato de o hospital em estudo ser um hospital escola.

[...] por ser um hospital escola todos precisam também estar aprendendo com os pacientes, então acho que isso que leva a ter essa distanásia, porque em outros hospitais já não acontece tanto. Não digo que não aconteça, mas não acontece tanto. E5

Ah, por ser um hospital escola, eles vão treinando, treinando, treinando e às vezes não percebem que o paciente tá fora de possibilidades e não pára com esse processo. E7

[...] o aluno sempre vai querer tentar uma coisa a mais, fazer um procedimento a mais. Não vai resolver a cirurgia, porque é uma metástase e não vai ter porque eu fazer essa cirurgia, mas é um hospital escola então vamos levar pro centro cirúrgico e fazer a cirurgia. Eu acredito que possa ter uma diferença sim. E10

O fato de ser um hospital escola não justifica a prática da distanásia, ao contrário, deveria ser um espaço para que os acadêmicos e médicos residentes pudessem refletir sobre os limites da medicina/ciência, assim como a morte como parte do ciclo da vida.

Sentimentos dos enfermeiros sobre distanásia e prolongamento da vida do paciente fora de possibilidade de cura

Frente à situação de terminalidade do paciente fora de possibilidade de cura, o sofrimento, a impotência e a frustração foram os principais sentimentos descritos pelos enfermeiros quando vivenciam o cuidado dos pacientes em situações de distanásia, como mostram os depoimentos:

É complicado porque eu sofro por demais. E6

Bom, eu me sinto triste e frustrada. E2

A gente (enfermeiros) se sente impotente. E1

Entendemos a citação de tais sentimentos, pois o despreparo para a morte ainda é comum para a maioria dos profissionais da saúde, assim como, sentir-se frustrado e impotente, advém da formação para a cura e a manutenção da vida. Associa-se também à impotência dos enfermeiros, a limitação da competência profissional, na qual cabe ao médico decidir o momento de interromper as medidas de suporte de vida dos pacientes.

Chaves⁽¹⁷⁾ destaca que os sentimentos de enfermeiros de uma UTI privada em relação à situação do paciente terminal também foram de sofrimento frente a morte e o morrer; impotência devido a inevitabilidade da proximidade da morte; e o sentir-se despreparado para lidar com esses sentimentos.

O processo de morrer na UTI é um evento sofrido para os trabalhadores de enfermagem, pois acarreta sentimentos de impotência e fracasso pessoal e profissional. A intensidade do sofrimento está diretamente relacionada ao vínculo desenvolvido entre o profissional e o paciente durante a permanência na UTI.⁽¹⁸⁾

Sofrimento, fracasso e impotência são sentimentos comuns de enfermeiros acerca da morte/terminalidade na UTI independente da situação de distanásia.^(17,18) Cabe aqui inferir, se vivenciar a indignidade do prolongamento da vida dos pacientes fora de possibilidade de cura, à custa de drogas e recursos eminentemente curativos não intensificam os sentimentos dos enfermeiros.

Medidas de cuidado em oposição à distanásia

Questionados sobre como deveria ser a condução do tratamento de pacientes fora de possibilidade de cura, apenas um enfermeiro citou os cuidados paliativos (CP) como opção de tratamento.

A Organização Mundial de Saúde⁽¹⁹⁾ define os CP como o cuidado ativo e total ao paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, onde são priorizados o controle da dor e outros sintomas, além do controle de problemas psicossociais e espirituais.

O enfermeiro, em conjunto com outros membros da equipe de CP deve proporcionar condições para que o paciente tenha uma morte digna, serena, sem sofrimento e partilhada com seus familiares. Lembrando que uma das metas dos CP é a ortotanásia, que não antecipa nem prorroga a morte.⁽¹⁾

A medicina curativa dentro das UTIs ainda tem se concentrado em ajudar a ganhar mais tempo de vida, deixando de lado ainda a qualidade de vida ao seu término. Falta ainda desenvolver a atenção devida ao alívio do sofrimento dos pacientes terminais.

O controle da dor, um dos objetivos dos CP e fenômeno freqüente em pacientes internados na UTI, mostrou ser um fator de preocupação e desejo dos enfermeiros para os pacientes fora de possibilidade de cura, como mostram as falas a seguir:

[...] o paciente não tem que ter dor. (E4)

[...] manter conforto, a ausência de dor. (E5)

Em estudo com 9105 pacientes adultos internados em cinco hospitais de ensino americanos, mostrou que metade deles apresentou dores de grau moderado a intenso nos últimos três dias de vida.⁽²⁰⁾

O alívio da dor e de outros sintomas angustiantes deve ser encarado como meta fundamental em pacientes sem possibilidade de cura, pois uma vez que a dor física não é aliviada ou controlada, as necessidades das dimensões espirituais, sociais, emocionais também não serão sanadas. Neste processo, a equipe de enfermagem tem papel fundamental, pois são estes profissionais que permanecem a maior parte do tempo junto aos pacientes.⁽²¹⁾

Para alguns enfermeiros, o fato da impossibilidade de cura de alguns pacientes, não justifica a não realização dos cuidados de enfermagem, devendo estes ser mantidos em todos os pacientes, independentemente de sua condição clínica e prognóstico.

[...] cuidados de enfermagem integrais, com higiene, mudança de decúbito, até mesmo alimentação eu acho que tem que ter. Água. Paciente tem que ta limpo, trocado. E4

Tipo assim, em termos de cuidado mesmo prático, um banho normal. Eu não sei se isso altera ou não...colchão. Todas as coisas (cuidados de enfermagem) que a gente faz pra um paciente que tem possibilidade continuar fazendo com o que não tem. E7

Quando o doente se encontra em fase final de vida, há muito ainda que a enfermagem pode lhe oferecer, e para lhe proporcionar dignidade temos que nos voltar para os cuidados básicos, que nunca poderão ser considerados fúteis ou

inúteis pela equipe. O que principalmente importa é oferecer ao doente uma vida digna até sua morte.

[...] eu acho que existe uma questão de dignidade humana que você deve preservar. E10

Além disso, cuidados com a sedação foram citados com o objetivo de minimizar o sofrimento relacionado a dor, desconforto e ansiedade.

Se não tem perspectiva é sedar ele mesmo pra deixar ele descansar. E3

[...] sedação. Sedação profunda. E2

Cabe ressaltar que antes da introdução de “sedação profunda”, como disse um enfermeiro, deve haver um esforço em proporcionar ao paciente terminal alívio da dor e da ansiedade, promovendo conforto e a possibilidade de maior contato com a família e com o meio externo, ao invés de simplesmente sedá-lo profundamente. Isso possibilitaria maior oportunidade de contato com outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais e apoio espiritual, que ajudariam na busca de maior qualidade de vida e conforto nessa fase final.

Para estes pacientes, o mais indicado é a sedação paliativa ou terminal, que consiste na administração de fármacos para alcançar alívio, inalcançável com outras medidas, de um sofrimento físico ou psicológico, causador de grande desconforto, através da redução intencional do nível de consciência. Tal sedação pode ser contínua ou intermitente, superficial ou profunda, em paciente com doença incurável, progressiva e em fase terminal, sempre que este consentir.⁽²²⁾ Os sintomas que podem ser aliviados com prioridade são: dor, náusea e vômito, apreensão, agitação, dispnéia, sangramento, sofrimento existencial, fadiga severa e distúrbios do sono e outros que causem grande sofrimento ao paciente.⁽²³⁾ Para isto, as drogas mais utilizadas são: midazolam, levomepromazina e propofol.⁽²²⁾

Para os enfermeiros entrevistados, o acompanhamento da família é fundamental no cuidado do paciente terminal.

Eu acho que tem que ser feito um trabalho com família. E6

Tem que ver se a família está disposta a ficar junto. Se ela puder ficar junto, se ela quiser ficar junto. E7

Infelizmente são poucas as UTIs que dispõe de boxes individualizados, onde seria mais fácil a permanência da família durante 24 horas, ou por mais tempo do que apenas nos horários de visita. A organização dos serviços de saúde ainda focaliza na maior parte do tempo a dinâmica do serviço e as prioridades dos profissionais, em detrimento dos pacientes e familiares.

No contexto de tratamento do paciente terminal, o cuidado também da família se mostra muito importante, pois na maioria das vezes o paciente não estará desperto e será preciso cuidar e lidar com o sentimento dos familiares presentes, sendo este cuidado de responsabilidade de toda a equipe. Infelizmente, o cuidado da família é ainda muito pouco abordado nos cursos de graduação na área da saúde.⁽²⁴⁾

CONCLUSÃO

A vivência dos enfermeiros perante as ações de distanásia e prolongamento da vida mostrou-se complexa, pois envolve aspectos bioéticos.

A falta de comunicação destaca-se como fator importante na visão dos enfermeiros para a ocorrência de distanásia, mantendo-se ainda como um problema. A comunicação mais eficaz, não só entre equipe médica, mas também com a enfermagem, pode contribuir para, evitar situações de distanásia, que mostrou neste estudo, ser fator de sofrimento, frustração e inquietação para os enfermeiros. Embora, não seja função do enfermeiro a decisão de interromper ou mudar as condutas no tratamento dos pacientes, ele deve ser inserido nas discussões, pois é o profissional que permanece mais tempo com os pacientes, e por meio do cuidado contínuo, acompanha sua evolução desde a chegada na UTI até sua alta ou morte.

O enfermeiro, capaz de identificar formas de proporcionar melhor qualidade de vida para pacientes terminais ou em situações de distanásia, tais como CP, alívio da dor, uso de sedação (de maneira correta) e maior inserção da família dentro das UTIs, deve cada vez mais tentar atuar, preferencialmente junto à equipe de saúde, a favor destes pacientes e seus familiares.

Outro aspecto explicitado no estudo, que interfere na conduta dos profissionais em fase final da vida, é não reconhecer a morte como uma etapa de sua existência. Por isso, é fundamental que a morte seja debatida nos cursos da área da saúde, especialmente as questões bioéticas que permeiam a terminalidade e os limites da tecnologia e da ciência para a imortalidade do ser humano.

ABSTRACT

Purpose: Identify and evaluate the perception of Intensivist Nurses in a University Hospital in Londrina, of dysthanasia in terminal patients at the Intensive Care Unit.

Methods: Qualitative study. Data were collected by semi-structured recorded interview involving nine nurses working in a university hospital intensive care units, during January 2009. A thematic analysis was used to evaluate subjects' speech and identify discussion categories.

Results: Five categories were identified, discussed based on the authors' experience and literature, namely: measures prolonging life of patients with no chance of cure in the intensive care unit; nurses' actions/reactions when facing dysthanasia; reasons leading to prolonging life of patients with no chance of cure; nurses' feelings about dysthanasia and life prolongation; care measures as opposed to dysthanasia.

Conclusion: Experiencing of nurses when facing dystha-

nasia actions was shown to be complex, a factor of suffering, frustration and discomfort for these professionals. In the nurses' view, lack of communication stands out as an important factor for dysthanasia, and measures to replace dysthanasia are those relieving suffering.

Keywords: Intensive care units; Terminal care; Bioethics; Nursing

REFERÊNCIAS

- Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001.
- Toffoletto MC, Zanei SSV, Hora EC, Nogueira GP, Miyadahira AMK, Kimura M, Padilha KG. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas unidades de terapia intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(3):307-12.
- Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Bio-ética.* 1996;4(1):31-43.
- Stefanini E, Rosenthal C, Simon S. Paciente terminal: qual o limite da intervenção? *Ser Médico.* 1998;1(3):19-25.
- Rodrigues IG, Zago MMF. Enfermagem em cuidados paliativos. *Mundo Saúde* (1995). 2003;27(1):89-92.
- Triviños ANS. Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais: idéias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa. 2a ed. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis; 2001.
- Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 25a ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-107.
- Oliveira WIA, Amorim RC. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. *Rev Gaúch Enferm.* 2008;29(2):191-8.
- Moritz RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- Marco CA, Bessman ES, Schoenfeld CN, Kelen GD. Ethical issues of cardiopulmonary resuscitation: current practice among emergency physicians. *Acad Emerg Med.* 1997;4(9):898-904.
- Hough MC. Dilemas éticos defrontados pelas enfermeiras de Terapia Intensiva na prática clínica. *Clín Ter Intensiva.* 1996;1(1):125-35.
- Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2003;15(1):40-4.
- Asch DA. The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. *N Engl J Med.* 1996;334(21):1374-9.
- Goold SD, Williams B, Arnold RM. Conflicts regarding decisions to limit treatment: a differential diagnosis. *JAMA.* 2000;283(7):909-14.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. Diário Oficial da União, seção I, p. 169; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- Chaves AAB. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
- Shimizu HE. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(3):257-62.
- Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 1990;804:1-75.
- A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA;*1995;274(20):1591-8.
- Rodrigues IG, Zago MMF. O papel do enfermeiro nos cuidados paliativos. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia.* São Paulo: Manole; 2006. p. 434-49.
- Arruabarrena EC. Sedación Paliativa. In: Astudillo W, Orbegozo A, Díaz-Albo E, Bilbao P. *Los cuidados paliativos, una labor de todos.* Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián; 2007. p. 202-13.
- Stewart TL. "To sleep before we die...": when is palliative sedation an option for the dying person? *J Palliat Med.* 2008;11(1):131-2.
- Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007;19(4):481-4.