

**ARTIGO REVISÃO****Ortotanásia: uma visão multidisciplinar acerca do morrer com dignidade****Orthothanasia: a multidisciplinary vision about to die with dignity**

Júlio César Batista Santana¹; Cynthia Pacheco Lucas²; Eulalia Martins Fraga²; Laryssa Arruda
Costa Souza²; Tânia Mara Bernardes Santos²

RESUMO

Fundamento: Os grandes avanços tecnológicos na medicina moderna propiciaram novas formas de tratamento, recuperação e cura de muitas doenças, em contrapartida surgiram novos conflitos, que esbarram nos limites de intervenções terapêuticas e que muitas vezes não respeitam a dignidade do morrente. **Objetivo:** Refletir sobre o processo do morrer com dignidade em uma perspectiva multidisciplinar e discutir acerca da ortotanásia no âmbito da legislação e da bioética. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica entre os anos de 2008 a 2012, com análise de artigos encontrados em meio eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nos bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional da área Médica e Biomédica (MEDLINE), (IBECS). Foram selecionados 20 artigos utilizados para o estudo. **Resultados:** Emergiram três unidades temáticas: aspectos éticos e legais do processo do morrer com dignidade; abordagem multidisciplinar acerca da ortotanásia com pacientes sem perspectiva de vida; desafios sobre a dignidade no processo do morrer. **Considerações Finais:** A ortotanásia busca assistir o paciente com propostas de amenizar o sofrimento tanto para ele quanto para seus familiares. Prestada por uma equipe multidisciplinar através de aspectos que ajudem neste processo de morte e executada de forma humanizada centralizando o paciente e não o ego profissional. Portanto devemos aprender com o doente o que significa qualidade de vida para ele.

Descritores: Doente terminal. Cuidados paliativos. Direito a morrer. Bioética. Atitude frente a morte. Cuidados de Enfermagem. Equipe de assistência ao paciente.

¹ Doutorando em Bioética. Mestre em Bioética, Enfermeiro do SAMU Sete Lagoas (MG), Professor da PUC Minas, UNIFEMM Sete Lagoas, Faculdade Ciências da Vida Sete Lagoas, Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família do Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica. E-mail: julio.santana@terra.com.br

² Acadêmicas de Enfermagem do 4º período tarde da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais PUC Minas. Coração Eucarístico.

ABSTRACT

Foundation: The major technological advances in modern medicine have brought new forms of treatment, recovery and cure many diseases, new conflicts arose in return, that bump in the limits of therapeutic interventions and in many cases fail to respect the dignity of “morrente”. **Objective:** To reflect on the process of dying with dignity in a multidisciplinary perspective and discuss about orthothanasia under the law and bioethics. **Methodology:** This is a bibliographic review between the years 2008 to 2012, with analysis of articles found in electronic Virtual Health Library (VHL) in databases Latin American and Caribbean Health Sciences health (LILACS), International Literature area Medical and Biomedical (MEDLINE), (IBECS). We selected 20 articles used for the study. **Results:** emerged three thematic units: Ethical and legal process of dying with dignity; orthothanasia Multidisciplinary approach to patients about the prospect of life without; Challenges on dignity in the process of dying. **Final Thoughts:** The search orthothanasia assist the patient with proposals to ease the suffering for him and for his family. Provided by a multidisciplinary team through aspects that help in this process of death and executed in a humane way centralizing the patient and not the professional ego. So we must learn from the patient what quality of life means to him.

Descriptors: Terminally ill. Palliative care Right to die. Bioethics. Attitude to death. Nursing care. Patient care team.

INTRODUÇÃO

A palavra “ortotanásia” suscita muitas dúvidas e equívocos. As ambiguidades surgem dos conceitos empregados, que, conforme a cronologia e a compreensão do autor que os utiliza, podem modificar seu sentido. Etimologicamente, o termo significa “morte correta” (*orto: certo, thanos: morte*)¹. As diferenças entre as práticas da distanásia, da eutanásia e da ortotanásia são, muitas vezes, ignoradas, dificultando a formação de uma opinião abalizada, tornando o profissional incapaz de reagir e decidir ante determinada situação².

A distanásia é o investimento desmedido que trata de prolongar a vida a qualquer custo. A eutanásia é ilegal no Brasil, mas aceita em alguns países, nos quais não é considerada agressão ao direito e à moral [...], levando à abreviação do processo de morrer de um enfermo. A ortotanásia, por fim, identifica-se com a atitude médica de acompanhar o moribundo a uma morte sem sofrimento, sem o uso de métodos² [...] artificiais de

prolongamento da vida, como respiração artificial e outras medidas invasivas^{3,4}, ou seja, a ortotanásia é morte sem abreviações, nem prolongamentos heróicos e desnecessários, [...] é o resultado da evolução natural de uma doença [...]⁵.

A forma de encarar a morte vem sofrendo transformações ao longo do tempo. A repercussão mais evidente é o fato de que o local de morrer foi deslocado da casa do indivíduo à instituição hospitalar, levando a uma forma de morrer contextualizada e colocando os profissionais de saúde, bem como os estudantes da área em dificuldades quando precisam assistir a pessoa que morre⁶.

A decisão de não prolongar a vida é demasiado complexa, e o limite para investir está ligado à concepção de morte digna aliada à plena consciência das limitações de intervenção. Parece claro que o ideal seria ouvir, sentir e pensar com o sujeito que sofre a dor da morte, para que dessa relação

possa surgir a solução mais correta possível para cada caso².

A morte é um dos temas mais controversos nas sociedades modernas e ocidentais⁷. Não é uma doença e não deve ser tratada como tal. Querer encontrar a cura para a morte é impossível. E a obstinação terapêutica (distanásia) adia o inevitável, e acrescenta somente mais sofrimento ao doente, confundindo quantidade com qualidade de vida⁸. O respeito e a preservação à dignidade humana não está em mantê-lo vivo, mas fornecer-lhe bem-estar⁹. É preciso avaliar a preferência do paciente e a influência da comunicação ao se considerar o controle dos sintomas, incluindo o paciente na tomada de decisão de qualidade no final da vida¹⁰.

O processo de morte do indivíduo autônomo demanda condutas éticas e legais a serem tomadas, ao ponto que esse paciente desfrute de sua liberdade de decisão^{11,4}.

Apesar de reações emocionais envolvidas no processo de morrer, os profissionais de saúde têm o dever de permitir que o doente tenha uma morte digna, com o maior conforto possível e no seu tempo certo, sem pretender adiá-la ou atrasá-la indevidamente, só que para que isso aconteça há necessidade de uma formação acrescida no que diz respeito aos cuidados a serem prestados ao doente na terminalidade da

vida, elegendo a implementação de boas práticas no que se refere à suspensão ou abstenção de tratamento desproporcionado⁷.

Distintas reflexões e estudos têm enfatizado a operacionalização da ortotanásia nos pacientes que se encontram em fase terminal, mas ainda há muitas dúvidas que prevalecem na prática, o que acaba impossibilitando uma aplicação com menos dilemas éticos, legais, religiosos, culturais ou sociais. A reflexão em torno da temática torna-se imprescindível para que se pense e atue em prol da valorização da atenção integral ao paciente, considerando qualidade de vida e dignidade humana, contrapostos ao prolongamento do processo da morte utilizando a tecnologia disponível¹.

No contexto dessas reflexões, surge o questionamento: Como os diversos profissionais de uma equipe multidisciplinar percebe a dignidade no processo do morrer dos pacientes sem perspectiva de vida?

A relevância da pesquisa abre espaços de discussões de um tema polêmico da atualidade referente ao processo do morrer com dignidade em um contexto multidisciplinar.

Este estudo tem como objetivos refletir sobre o processo do morrer com dignidade em uma perspectiva multidisciplinar e discutir acerca da ortotanásia no âmbito da legislação e da bioética.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica acerca da visão interdisciplinar do processo saúde doença, que permeia as disciplinas do 4º Período tarde do curso de Graduação de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Coração Eucarístico. Foi escolhido como subtema o processo do morrer com dignidade em uma perspectiva multidisciplinar.

A revisão crítica de literatura possibilita a síntese de informações relevantes, encontrados em trabalhos e pesquisas anteriores, além de discussão sobre a importância clínica do tema. Identifica áreas deficientes no corpo de conhecimento atual e nas pesquisas sobre o tema de interesse.

Foram analisados artigos encontrados nos bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional da área Médica e Biomédica (MEDLINE), (IBECs), em meio eletrônico pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e bibliotecas, após a busca dos descritores, encontrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECs): Doente terminal; Cuidados

paliativos; Bioética; Direito a morrer; Cuidados de enfermagem; Atitude frente a morte; Dignidade do morrer; Equipe de assistência ao paciente.

Realizou-se um corte histórico para delimitar o número de dados da pesquisa, incluindo-se publicações que compreendem entre o ano de 2008 a 2012. O refinamento dos artigos foi subsidiado por duas etapas: 1º etapa por meio da leitura do título e na 2º etapa por meio da leitura do resumo.

Como critério de inclusão, compreenderam-se artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, que tinham relação com o processo do morrer com dignidade em um contexto multidisciplinar, de acordo com o período temporal e relação com os objetivos propostos pelo estudo e como critério de exclusão os artigos que não se adequassem ao período temporal e não atendessem às propostas do objetivo.

A partir dos resultados através da leitura dos resumos selecionamos 20 artigos, 01 livro, o Código de Ética Médica (CEM, 2010) e o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2006) para análise do conteúdo e construção da revisão sobre o tema Ortotanásia em uma visão multidisciplinar acerca do morrer com dignidade, conforme descrito na **Tabela 01**:

TABELA 01 – ANÁLISE DAS SELEÇÕES DOS ARTIGOS.

| <i>Estratégia de busca (BVS)</i> | <i>BASE DE DADOS</i> | | | <i>SELEÇÃO</i> | |
|--|----------------------|------------|-----------|---------------------------------|---------------------------------|
| | LILACS | MEDLINE | IBECS | <i>Selecionados 1° fase</i> | <i>Selecionados 2° fase</i> |
| <i>1° busca</i> Bioético and Direito a morrer | 61 | 64 | 06 | 09 | 07 |
| <i>2° busca</i> Cuidados paliativos and Doente terminal | 36 | 24 | 03 | 32 | 10 |
| <i>3° busca</i> Cuidados Paliativos and Atitude frente a morte | 31 | 450 | 18 | 15 | 01 |
| <i>4° busca</i> Cuidados de enfermagem and Cuidados paliativos | 31 | 63 | 12 | 06 | 01 |
| <i>5° busca</i> Cuidados Paliativos and Equipe de assistência ao paciente | 10 | 291 | 04 | 10 | 01 |
| TOTAL | 138 | 829 | 31 | 66 | 20 |

Fonte: dados da pesquisa, 2012

RESULTADOS E DISCUSSÃO**Aspectos Éticos e Legais do Processo do Morrer com Dignidade**

Ao iniciar uma reflexão sobre a possibilidade da morte digna para pacientes em fase terminal, cria-se uma discussão a respeito da dignidade humana e os seus direitos, no art. 3º da Declaração Universal da Bioética e Direitos Humanos: a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados. Logo, quando o

v. 17, n. 1, jan./abr. 2014

indivíduo tem plena capacidade civil de se autodeterminar também tem capacidade de decidir sobre a sua vida e a disponibilidade e integridade do seu corpo. Quando agimos de acordo com suas vontades, deixando que ele decida sobre a sua vida, sua saúde, sua felicidade, estamos priorizando a dignidade humana deste ser, resguardando seu direito⁹.

Esse dilema ético acarretado pelos avanços nas tecnologias que permitiram o prolongamento do processo de morrer, por meio de dispositivos de assistências como a

ventilação mecânica, a nutrição parenteral e a hidratação artificial que são capazes de prolongar a vida levam os profissionais da área da saúde a se deparar com conflitos éticos e bioéticos entre o prolongar ou não a vida do paciente. A tomada desta decisão deve ser feita pelo médico assistente com a colaboração da equipe médica, da equipe de enfermagem, do doente e sua família⁷.

Considerando sempre os princípios da bioética e principalmente a corrente principialista que diz da autonomia que tem como ideal que a escolha seja feita pelo próprio paciente e que a equipe respeite esse direito que ele tem: da beneficência: que refere-se a aliviar o sofrimento do paciente; da não-maleficência: a não prejudicar, não causar danos ao outro; da justiça: que se refere a fornecer uma boa qualidade de vida restante a esse paciente¹².

Na proposta de reforma do Código Penal brasileiro, em 1984, já se previa a inclusão expressa da ortotanásia como não punível, no art. 121, § 4º, modificação que não foi aprovada. A Constituição Federal de 1988 garante no art. 5º a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade e à segurança, mas não estabelece o dever de vida e de liberdade. O inciso XXXV do art. 5º garante, inclusive, o direito de o paciente recorrer ao Judiciário para impedir qualquer intervenção ilícita em seu corpo e contra a sua vontade¹³.

A publicação da Resolução 1.805/06, do Conselho Federal de Medicina (CFM), sobre a ortotanásia, introduziu o assunto na pauta dos profissionais de saúde sendo baseada no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que tem o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, gerando a concepção que permitiu ao CFM resolver que: na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal¹⁴. Todavia, no ano consecutivo à publicação, as implicações da Resolução CFM 1.805/06 foram suspensas. “O fato do Ministério Público Federal (MPF) tê-la suspenso torna ainda mais importante e necessário discutir o tema na prática diária dos profissionais de saúde².”

Isso ocorreu por alegações sérias sobre as implicações práticas e bioéticas, pelo risco de pacientes internados em hospitais públicos serem constrangidos a aceitar o procedimento para ceder as escassas vagas a outras pessoas com chance de cura, ou o risco da falibilidade típica de quaisquer diagnósticos, sempre existindo a chance,

mesmo remota, de que nova técnica possa vir a curar o paciente².

Sendo aprovada por unanimidade, em 14 de Março de 2007 na reunião do Conselho Inter-regional, a Estratégia de Cuidados Paliativos do Sistema Nacional de Saúde. Como apontado pela OMS em sua Recomendação 804, a vontade política é um elemento fundamental para garantir a atenção adequada às pessoas no final da vida¹⁵.

O Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM 1.931/09, incorporou sugestões da classe médica e da sociedade civil e contemplou as discussões sobre os cuidados com pacientes terminais e o prolongamento da vida inútil em situações clínicas paliativas. O CEM passa a contar com o art. 41, o qual esclarece que é vedado ao médico “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”, no parágrafo único, há elementos cuja interpretação permite supor que o legislador é a favor da ortotanásia:

“Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis [...], levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente [...]”¹³.

Percebe-se o respaldo ético e legal dos profissionais de saúde em respeitar os limites de intervenções nos casos de doença

incurável e terminal, com vistas a proporcionar um cuidado humanizado e digno em respeito à autonomia do paciente e às necessidades físicas, psicológicas e espirituais.

No paciente crítico, várias funções vitais estão alteradas, a morte virá se nada for feito em termos de assistência e suporte de vida para evitá-la¹⁶. No entanto, o uso desses recursos pode levar à manutenção de uma condição de vida artificial. Os avanços das terapias de suporte têm possibilitado a manobra de várias falências orgânicas através da filtração renal, drogas vasoativas, ressuscitação cardiopulmonar entre outros. Tem se expandido outras modalidades de tratamento, como a cirurgia cardíaca, a neurocirurgia e o transplante de órgãos. Aumentando a expectativa de vida e conseqüente diminuição da mortalidade¹⁷. Pensando no mundo da tecnologia, morte - para os profissionais focados em cura - se trata de fracasso e vergonha. Enquanto morrer não for olhado de frente, muitos terão morte prolongada, sofrida.^{11,3}.

Neste contexto as questões éticas e legais, que envolvem o processo do morrer com dignidade, merecem ser discutidas e refletidas por toda a equipe multiprofissional, paciente e familiares, com vistas a respeitar a autonomia e os direitos do pacientes e amenizar o sofrimento em situações de doenças irreversíveis.

Abordagem Multidisciplinar acerca da Ortotanásia aos Pacientes sem Perspectiva de Vida

A doença e a morte, principalmente nos dias atuais, estão sendo vividas no ambiente hospitalar, deixando de ocupar, como outrora, o aconchego do lar. Em meados do século passado começaram a aparecer modernas terapias intensivas, e a partir desse momento os principais objetivos de tratamento passaram a ser, por meio de elaborados recursos terapêuticos, qualificar, quantificar e controlar os fenômenos biológicos. E essas novas preocupações fazem esquecer que entre tantos equipamentos que buscam prolongar a vida se encontra um ser humano¹⁷. O que torna imprescindível a presença de uma equipe multidisciplinar para que se possam atender às dimensões que estiverem alteradas nesta fase da vida dos pacientes⁵.

Questiona-se qual é o limite que deve ser estabelecido ou quando poderá ser propiciada uma morte tranquila, no tempo certo, sem abreviações ou prolongamento da vida e do sofrimento humano. O ambiente hospitalar, especificamente a UTI, suscita essa dúvida¹.

Quando são mencionados os assuntos relativos às decisões da limitação de tratamento de suporte em pacientes com doenças terminais, as incertezas para os profissionais são inúmeras e sempre acompanhadas de dúvidas e angústias

pessoais. Assim, os profissionais de saúde enunciam que não é possível delimitar uma sincronia de conduta perante todos os profissionais, diante das situações impostas na UTI. Nesse contexto, as ações podem se tornar isoladas e decisões médicas, em diversos momentos, por não seguirem uma conduta unânime, contribuem para as indecisões dos enfermeiros diante das situações que envolvem o fim da vida¹.

O incremento dos conhecimentos teóricos que fundamentam a prática de enfermagem tem promovido maior autonomia dos enfermeiros no seio da equipe multiprofissional. No caso da ordem de não reanimar, a tomada de decisão é feita pelo médico assistente com a colaboração da equipe médica, da equipe de enfermagem e da família do doente. Os enfermeiros “[...] consideram que mais do que poder, devem participar nessa tomada de decisão, porque durante as 24 horas de um dia, enfermeiro e doente se relacionam de uma forma íntima e próxima [...]”⁷.

Em relação ao suporte nutricional, os médicos e outros profissionais envolvidos com os cuidados de pacientes em estado terminal devem estar preparados para a discussão sobre instituir certas modalidades terapêuticas que prolongam o processo de morte. O suporte nutricional tem sido encarado como um tratamento médico que os pacientes e seus protetores podem recusar ou aceitar, com base no potencial

benefício, nos riscos inerentes ao tratamento, no desconforto que pode causar ao paciente e na crença religiosa e cultural¹².

Considerando os conflitos culturais que tal assunto levanta é fundamental estabelecer um olhar individualizado nos diferentes contextos clínicos, dirigido para atitudes de conforto ao paciente terminal e diante do exposto é racional considerar que em determinados momentos a nutrição enteral ou parenteral podem ser danosas à qualidade de vida dos pacientes. É fundamental que tais decisões sejam reflexos de equipes multidisciplinares preocupadas em proporcionar conforto no processo de morrer dos pacientes¹².

Portanto, “os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos concomitantemente a cuidados curativos/restaurativos, pois não são excludentes para a prevenção e tratamento do sofrimento de pacientes e familiares^{3”}. Estas medidas devem ser tomadas em conjunto, pois nenhum profissional sozinho consegue abranger todas as competências necessárias para aliviar o sofrimento dos pacientes e familiares na finitude da vida⁵.

O procedimento do filtro paliativo parte da idéia de que se deve fazer tudo o que for possível para apoiar e assistir o paciente que está em fase final de vida. Esse apoio deve-se estender a seus familiares⁸. Deve-se ter uma assistência integral e a presença da

família juntamente com profissionais de saúde podem interferir diretamente no cuidar dessas necessidades^{18,5}.

Por definição, os cuidados paliativos são multidisciplinares. A criação de equipes específicas, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistente sociais, em todas as comunidades autônomas requererá um número elevado de profissionais preparados. Uma correta previsão dos recursos humanos necessários evitará que em um futuro próximo se esgote os profissionais disponíveis. É conveniente estabelecer critérios claros para encaminhamento às equipes especializadas tendo em conta a localização, complexidade e necessidades dos pacientes¹⁵.

Devido à adoção de modelos diferentes e, sobretudo, a um grau de execução muito variável, o desenvolvimento dos planos de cuidados paliativos não tem sido harmônico. Apesar disso, cuidados paliativos têm demonstrado eficiência, sendo a alternativa mais eficaz no tratamento dos pacientes em fase terminal. Estes cuidados, provocam um impacto muito positivo sobre a qualidade de vida do paciente, complementam com outras medidas, influem nos sistemas de saúde e reduzem os custos. Constituem uma resposta sólida da Saúde ao sofrimento do familiar e do paciente relacionado com o

fim da vida. A ausência de um sistema de seleção de pessoal específico é uma das principais ameaças para o desenvolvimento desses cuidados¹⁵.

Cresce no Brasil o interesse da medicina pela prática dos cuidados paliativos. Alguns desses programas são aplicados em instituições públicas e já dispomos de várias publicações sobre o assunto. É importante destacar o trabalho de organizações como a Academia Nacional de Cuidados Paliativos e a Sociedade Brasileira de Cuidados Paliativos, que desde 2004 e 1997, respectivamente, militam na área organizando congressos, simpósios e elaborando diretrizes de atuação⁸.

A expressão e o registro do desejo antecipado é uma garantia para os cidadãos. A formação em cuidados paliativos a nível universitário motivará e dirigirá os alunos para especialização superior e dedicação profissional¹⁵.

É tal a importância dos cuidados paliativos, que na atualidade muitos países propiciam a inclusão de conteúdos paliativos agregado no desenho curricular das distintas profissões da saúde¹⁹.

Substituir o medo por esperança, a incerteza por informação, o desamparo pela percepção de controle, o isolamento por uma comunicação adequada, aberta e honesta é uma meta importante para a qualidade de vida no processo de morte. As

variações individuais são muitas e elas devem orientar o processo de comunicação²⁰. Com o mesmo desvelo com que fomos cuidados ao nascer, precisamos também ser cuidados para morrer. Não podemos esquecer que a chave para o bem morrer está no bem viver. O sofrimento humano só se torna intolerável quando ninguém dele cuida⁸.

Neste momento tão delicado onde a cura deixa de ser a perspectiva, cabe aos enfermeiros atuarem para diagnosticar as necessidades e cuidar do paciente. Essas necessidades nem sempre são de ordem física, mas relacionadas a aspectos afetivos, emocionais, psicológicos e espirituais envolvidos¹⁸. Trata-se de disponibilizar para os pacientes em fase final todos os meios de alívio e controle de sintomas angustiantes; reconhecer que o cuidado do paciente e o alívio de seu sofrimento não é meramente uma questão médica. Todas as profissões têm algo de específico a contribuir numa abordagem efetiva e sensível para o paciente e sua família⁸. “[...] O preparo para a morte, a comunicação efetiva e a busca pela ortotanásia são metas da equipe interdisciplinar⁵.”

Diante da proximidade da morte, a vivência do sofrimento físico tende a exacerbar a fragilidade emocional e o receio relacionado ao processo do morrer. A religiosidade pode entrar nesse processo com a finalidade de induzir o indivíduo a

motivações e pulsões, de modo a atingir uma força pessoal maior que o estimule a contemplar o que não consegue dominar²¹.

Desafios Sobre a Dignidade no Processo do Morrer

O direito de morrer dignamente está relacionado com o desejo de se ter uma morte natural, humanizada, sem o prolongamento da vida e do sofrimento por meio de tratamento inútil. A vida digna representa o bem-estar biopsicosocioespíritual do ser humano, inserido em seu contexto histórico, sociocultural e ambiental, possibilitando o pleno desenvolvimento da pessoa e a morte digna: diz respeito à dignidade da pessoa humana, base dos princípios da bioética e da ética médica².

A morte digna do paciente poderá ocorrer em ambiente hospitalar ou residencial com ênfase no respeito à dignidade, sem mantê-lo artificialmente conectado a aparelhos, entubado com respiração mecânica e com a manutenção artificial de dados vitais, sem qualquer possibilidade de cura e num processo de morte iniciado².

Quanto mais longa a enfermidade, menos qualidade de vida existe. A solidão é muitas vezes pior que a morte e por isso a necessidade de estar onde haja calor e afeto

nas relações com os outros, que lhes permita estar seguros¹⁹.

A análise dos casos é particularmente difícil, em face da existência de sentimentos não somente do indivíduo, mas também de sua família. A medicina vai até certo limite e os procedimentos terapêuticos são absolutamente finitos quando começam a ser fúteis. Os profissionais de saúde desempenham papel crucial, tanto no atendimento às demandas emocionais dos seus pacientes quanto na concretização de um acolhimento ético e humano, mesmo em situações mais adversas da prática clínica².

A religiosidade pode promover recursos e sentidos para os mais variados acontecimentos da vida ou da morte, portanto mais um critério de relevância no apoio ao doente, e que deve ser valorizado pelo profissional que visa uma melhor assistência²¹. Resgatar o humano no processo da morte e do morrer não é tarefa fácil, pois implica em olhar-se no espelho da própria finitude²². Sendo necessário morrer a própria morte, e morrer bem. A aceitação da morte significa assimilação do cuidado da vida humana no adeus final^{11,8}.

Dizer ou não a verdade sobre a morte eminente a um paciente pode parecer muito simples, mas é uma decisão muito difícil e estressante. Nossa sociedade vive de costas para a morte. Por outro lado, quando as pessoas estão morrendo, o estágio de negação da morte cria uma barreira entre

elas e o resto da sociedade, que as isolam quando mais precisam de ajuda. O médico e a família costumam ser levados a acreditar que o ideal é que o paciente morra sem consciência de sua situação²⁰.

A negação da morte próxima conduz ao isolamento e silêncio no cuidar dos pacientes, muitas vezes isolados, acabando, frequentemente, por morrer sozinhos. No entanto, os cuidados de enfermagem devem ir muito além da parte física do paciente, devem passar em simultâneo por seu acompanhamento nesta fase tão difícil⁷.

Não dizer a verdade na relação médico-paciente terminal requer atenção especial. É uma tendência da atualidade os pacientes buscarem mais informações sobre as opções de tratamento, risco, técnica cirúrgica, prognóstico, entre outros aspectos. Isto tem gerado inclusive uma mudança em nossas leis. Os pacientes podem experimentar mal estar se lhes estão mentindo. Mentir não só passaria a tirar-lhes a autonomia, mas também aqueles pacientes, que não estão conscientes da verdade sobre as intervenções, experimentam uma completa perda de confiança e esta é fundamental para o processo de cuidados²⁰.

A função clássica do profissional de saúde “– [...] curar, às vezes; aliviar, muito frequentemente e confortar, sempre – é posta de lado, pois se relega o cuidado da pessoa doente e se enfatiza o tratamento da

doença”: uma postura mecanicista, dissociada dos aspectos humanos².

As famílias esperam que a equipe possa, além das administrações adequadas para o alívio de sintomas dos pacientes, dar atenção a algumas necessidades específicas da própria família, como por exemplo, informações honestas, conforto, respeito pelas emoções e apoio espiritual, saber ouvi-las e responder sobre suas dúvidas¹⁰.

Percebe-se grandes desafios no processo do morrer com dignidade na atualidade. Os grandes avanços tecnológicos na medicina moderna precisam ser acompanhados com um discernimento ético sobre a qualidade de vida do paciente, os limites de intervenções terapêuticas e o respeito aos princípios da Bioética na assistência. Um dos desafios é o enorme desgaste emocional dos membros da equipe que conduzem o tratamento do paciente em condição terminal. Portanto, essa equipe deve ser reconhecida como provedora, mas também como objeto de cuidado³.

Novas perspectivas acerca do respeito à autonomia do paciente estão sendo discutidas. Pacientes e familiares podem utilizar um instrumento chamado “testamento vital” ou “diretiva antecipada da vida” para se preparar com antecedência para situações de doença crônico-degenerativa e morte eminente, tendo um final de vida com dignidade e respeito,

marcado pela sensibilidade e ternura daqueles que o amam. Através deste documento uma pessoa de sua confiança deve ser designada para decidir em seu lugar dizendo o seu desejo de como ser cuidado em uma situação inevitável de fase terminal²³.

No testamento vital cinco desejos são definidos:

- a) desejo número 1 – designar a pessoa de sua confiança que irá decidir, alguém que fielmente lhe garante que seus desejos serão respeitados quando não puder fazê-lo;
- b) desejo número 2 – quais tratamentos médicos deseja ou não receber, deixar documentado quais intervenções não deseja se submeter, se deseja ou não o prolongamento de sua vida e quais tratamentos de manutenção da vida deseja ser submetido;
- c) desejo número 3 – nível de conforto que deseja ter, documentar os valores pessoais, sociais e culturais que construiu ao longo da vida e que deseja que sejam mantidos como: textos e música de preferência que deseja ouvir, imagem pessoal que deseja preservar, os modos de alívio de dor e dicas do seu funcionamento fisiológico;
- d) desejo número 4 – quais tratamentos deseja receber das pessoas, documentar suas relações afetivas, profissionais e

religiosas que deseja manter mesmo durante o período da doença, como deseja que seja a comunicação e o contato físico no cuidado;

- e) desejo número 5 – o que deseja que seus entes queridos saibam, documentar o desejo de libertar os outros e a si mesmo da dor e da mágoa que possa ter causado, que saibam da sua sensação diante da morte e o desejo do que fazer com o corpo²³.

Neste contexto, a equipe multidisciplinar e os familiares devem respeitar os cinco desejos do paciente, com o intuito de permitir uma reflexão sobre o processo do morrer, oferecendo qualidade de vida nos últimos momentos e não apenas acrescentando dias sem qualidade, mas proporcionando um final de vida com respeito, atenção e dignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda, há muito a fazer e discutir acerca do morrer com dignidade na atualidade. A ortotanásia vem equacionar os avanços científicos no âmbito da saúde, e busca assistir o paciente em sua totalidade, com propostas de amenizar a dor e o sofrimento, tanto para o paciente quanto seus familiares nas situações de terminalidade da vida.

O tempo de morrer fecha ciclos e prepara o paciente em estado terminal para a chegada da morte, podemos neste período evitar a prática da distanásia, prestando o acompanhamento humanizado. A ortotanásia exercida por uma equipe multidisciplinar visa acolher, escutar, cuidar e ajudar neste processo de morte. Com a participação da família, o cuidado paliativo poderá ser proporcionado além dos limites hospitalares como no ambiente domiciliar, o paciente se sentindo acolhido, proporcionando um conforto no final da vida que não é gerado pela distanásia.

É essencial a equipe executar sua prática de forma humanizada, condutas estas que foram abandonadas na busca da rentabilidade e da imortalidade, a valorização da ação de manter a vida em detrimento da afetividade querendo satisfazer um ego profissional. A ortotanásia requer compreendermos a necessidade de tomar decisões, pautados na autonomia do paciente e escolha da família. Uma vez instalada a distanásia, o médico não terá mais a possibilidade da retirada dos métodos artificiais de manutenção da vida, pois a retirada é considerada uma prática de eutanásia.

Nesse processo de inserção da ortotanásia através de cuidados paliativos identificamos a importância da participação efetiva de uma equipe multidisciplinar, que

não seja composta apenas por uma equipe médica e equipe de enfermagem.

Ressalta-se a importância da capacitação de profissionais de diversas áreas da saúde para realização do cuidado paliativo. E aceitação dos mesmos de que o ciclo natural da vida termina com a morte e não podemos impedir esse momento, devemos entender que as técnicas são finitas, e que a morte não se trata de um fracasso profissional, mas sim de um processo inevitável. Se a morte é um grande problema em nossa vida e a vemos como tabu e ou algo aterrador e horrível, nunca poderemos ajudar a um paciente a enfrentá-la com tranquilidade. Precisamos aumentar a compreensão acerca de como os usuários de Cuidados Paliativos enfrentam esses cuidados, e aprender com o doente o que significa qualidade de vida para ele.

Este estudo abre espaços para novas discussões e reflexões acerca do processo do morrer com dignidade, em consonância com os princípios da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e uma dialética envolvendo o paciente, família e profissionais de saúde nos momentos de decisão acerca da terminalidade da vida.

REFERÊNCIAS

1. Bisongo SBC, Quintana AM, Camargo VP. Entre a vida enferma e a morte sadia: a ortotanásia na vivência de enfermeiros em unidades de terapia intensiva. *Rev Min Enferm* [periódico online] 2010 Jul/Set [acesso em 01 set. 2012]; 14(3):327-34. Disponível em: URL: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4d3079563e899.pdf.
2. Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA, Souza LL, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Rev Bioética* [periódico online] 2012 Maio-Jun [acesso em 23 ago. 2012]; 18(2):275-88. Disponível em: URL: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/564/537.
3. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero CB et al. End of life and palliative care in intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva* [periódico online] 2008 Out-Dez [acesso em 31 ago. 2012]; 20(4):422-8. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/en_v20n4a16.pdf.
4. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciênc Saúde Col* [periódico online] 2008 Jan-Fev [acesso em 01 set. 2012]; 13(1):207-21. Disponível em: URL: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n1/24.pdf>.
5. Rodrigues IG, Zago MMF. Cuidados paliativos: realidade ou utopia? *Ciênc Cuid Saúde* [periódico online] 2009 Mar [acesso em: 06 out. 2012]; 8:136-41. Disponível em: URL: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9740/5543>.
6. Vargas D. Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [periódico online] 2010 Maio-Jun [acesso em 01 set. 2012]; 23(3):404-10. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300015&lang=pt&tlnq=.
7. França D, Rego G, Nunes R. Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. *Rev Bioética* [periódico online] 2010 Maio-Jun [acesso em 01 set. 2012]; 18(2):469-81. Disponível em: URL: http://revista.bioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/577/551.
8. Pessini L. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. *Rev Bioética* [periódico online] 2010 Mar-Jun [acesso em 23 ago. 2012]; 18(3):549-60. Disponível em: URL: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/584/590.
9. Silva HB. O princípio da dignidade humana na constituição brasileira. *Rev Bioética* [periódico online] 2010 Jun-Set [acesso em 31 ago. 2012]; 18(3):573-87. Disponível em: URL: http://revista.bioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/586/592.
10. Santos MFG, Bassitt DP. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. *Rev Bras Ter Intensiva* [periódico online] 2011 Out-Dez [acesso em 25 ago. 2012]; 23(4):448-54. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000400009&lang=pt&tlnq=.
11. Morais IM. Autonomia pessoal e morte. *Rev Bioética* [periódico online] 2010 Maio-Ago [acesso em 01 set. 2012]; 18(2):289-309. Disponível em: URL: <http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-577708>.
12. Reiriz AB, Motter C, Buffon VR, Scatola RP, Fay AS, Manzini M. Cuidados paliativos: há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? *Rev Soc Bras Clín Med* [periódico online] 2008 Fev-Jun [acesso em 01 set. 2012]; 6(4):150-5. Disponível em: URL: <http://files.bvs.br/pload/S/1679-1010/2008/v6n4/a150-155.pdf>.

13. Conselho Federal Medicina. Resolução CFM nº 1931, 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [jornal online] 17 set. 2010. [acesso em 10 out. 2012]. Disponível em: URL: <http://www.amb.org.br/downloads/novocodigoetica.pdf>.
14. Conselho Federal Medicina. Resolução CFM nº 1805/2006. Código Ética de Médica. Diário Oficial da União [jornal online] 28 nov. 2006. [acesso em 10 out. 2012]. Disponível em: URL: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm.
15. Sancho MG, Trota RA, Cantera JB, Casanovas LC et al. Consideraciones de la Organización Médica Colegial para el desarrollo de los cuidados paliativos en España. Rev Soc Esp Dolor [periódico online] 2010 Maio [acesso em 23 ago. 2012]; 17(4):213-5. Disponível em: URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n4/especial.pdf>.
16. Ribeiro CR. Proposta psicossocial para pacientes com enfermidades graves ou terminais. Rev Bioética [periódico online] 2011 Jun [acesso em 06 out. 2012]; 19(3):839-1. Disponível em: URL: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/678/710
17. Poles K, Bousso RS. Morte digna da criança: análise de conceito. Rev Esc Enferm USP [periódico online] 2009 Mar [acesso em 01 set. 2012]; 43(1): 215-22. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000100028&tlng=
18. Moraes TM. Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. O Mundo da Saúde [periódico online] 2009 Abr-Jun [acesso em 01 set. 2012]; 33(2):231-8. Disponível em: URL: <http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-523845>.
19. Arriaza P, Cancino G, Sanhueza O. Pertencer a algo mayor: experiencias de pacientes y cuidadores durante el cuidado paliativo en Chile. Cienc Enferm [periódico online] 2009 Ago [acesso em 01 set. 2012]; 15(2):95-106. Disponível em: URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532009000200010&tlng=
20. Ugás AG. La comunicación de la verdad en la relación médico-paciente terminal. Acta Bioeth [periódico online] 2009 Nov [acesso em 23 ago. 2012]; 15(2):212-5. Disponível em: URL: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n1/24.pdf>.
21. Barbosa KA, Freitas MH. Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidados paliativos. Rev Kairós [periódico online] 2009 Jan [acesso em 01 set. 2012]; 12(1):113-34. Disponível em: URL: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/50_698_5963.PDF.
22. Colovan NT, Corrêa CL, Hoffmann-Horochovski MT, Murata MPF. Quando o vazio se instala no ser: reflexões sobre o adoecer, o morrer e a morte. Rev Bioética [periódico online] 2010 Jun [acesso em 23 ago. 2012]; 18(3):561-71. Disponível em: URL: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/585/591.
23. Pessini L. Algumas questões éticas urgentes em situações críticas e de final de vida. In: Bertachini L, Pessini L. Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Paulinas; 2011. p.223-40.

Correspondência:

Júlio César Batista Santana

Av. Dom José Gaspar, 500 prédio 25

Departamento de Enfermagem/PUC Minas

Recebido em: 16/09/2013

Aceito em: 06/12/2013