



## DYSTHANASIA: ETHICAL REFLECTIONS ON THE LIMITS OF THERAPEUTIC EFFORTS IN INTENSIVE CARE UNITS

DISTANÁSIA: REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE OS LIMITES DE ESFORÇOS TERAPÊUTICOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

LA DISTANASIA: REFLEXIONES ÉTICAS SOBRE LOS LÍMITES DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Bianca Santana Dutra<sup>1</sup>, Júlio César Batista Santana<sup>2</sup>, Adriana Souza Duarte<sup>3</sup>, Clarissa Barbosa Wardi Batista<sup>4</sup>, Jamile de Mendonça Attoni<sup>5</sup>, Rejanne Jessyca Pires Guimarães<sup>6</sup>

### ABSTRACT

**Objective:** To think, from the perspective of patients, families and health professionals, on the extension of life of patients out of current therapeutic possibilities in Intensive Care Units (ICUs). **Method:** Literature view. **Results:** emerged groups of meaning to the findings of the research sources that sender, in the following categories: Discussion about Legal Ethics and prolong the suffering in the intensive care unit; Dysthanasia Reflections on the context of occupational health, and family patient. **Conclusion:** Health professionals are key in preserving the dignity of the patient with no prospect of life in intensive care units. A decision on prolonging the suffering deserves to be discussed by the health team and leave important gaps in the dialogue of professionals. There is a need to strengthen the link between health professionals, family and patient. This is perhaps the main point for a better insight into the act with dignity and ethics in the care of patients with no perspective on life. **Descriptors:** Intensive care units, Terminal Illness, Bioethics, Nursing.

### RESUMO

**Objetivo:** Refletir, na perspectiva de doentes, família e profissionais de saúde sobre o prolongamento da vida de doentes fora de possibilidades terapêuticas atuais em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). **Método:** Revisão de literatura. **Resultados:** Emergiram núcleos de sentidos dos resultados apontados nas fontes pesquisadas que nos remetem as seguintes categorias: Discussão Ética e Legal acerca do prolongar o sofrimento nas Unidades de Terapia Intensiva; Reflexões sobre a Distanásia no contexto dos profissionais de saúde, do doente e da família. **Considerações finais:** Os profissionais da saúde são peças chave na preservação da dignidade do doente sem perspectiva de vida nas Unidades de Terapia Intensiva. A decisão sobre o prolongar o sofrimento merece ser discutido pela equipe de saúde e deixam lacunas importantes no diálogo dos profissionais. Há uma necessidade de fortalecimento do elo entre os profissionais de saúde, família e doente. Este talvez seja o ponto principal para um melhor discernimento sobre o agir de forma digna e ética na assistência de doentes sem perspectiva de vida. **Descritores:** Unidades de terapia intensiva, Doente terminal, Bioética, Enfermagem.

### RESUMEN

**Objetivo:** Reflexionar, desde la perspectiva de los pacientes, familias y profesionales de la salud, en la prolongación de la vida de los pacientes fuera de las actuales posibilidades terapéuticas en la Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). **Método:** Revisión de la literatura. **Resultados:** surgieron grupos de sentido a los resultados de las fuentes de investigación que el remitente, en las siguientes categorías: Discusión sobre Ética Jurídica y prolongar el sufrimiento en la unidad de cuidados intensivos; Reflexiones distanasia en el contexto de la salud ocupacional y doente familia. **Conclusión:** Los profesionales sanitarios son la clave en la preservación de la dignidad del paciente sin perspectivas de vida en unidades de cuidados intensivos. La decisión de prolongar el sufrimiento merece ser discutido por el equipo de salud y dejar huecos importantes en el diálogo de los profesionales. Hay una necesidad de fortalecer el vínculo entre profesionales de la salud, la familia y el paciente. Este es quizás el punto principal para una mejor comprensión en el acto con la dignidad y la ética en el cuidado de los pacientes sin perspectiva de la vida. **Descriptor:** Unidades de cuidados intensivos, Enfermedad terminal, Bioética, Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira pela Faculdade Ciências da Vida. Aluna do curso de especialização em Enfermagem em Urgência, Emergência e Trauma pela PUC Minas. E-mail: bianca27santana@gmail.com. <sup>2</sup> Doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo- São Paulo. Docente de Enfermagem PUC-MG Campus Coração Eucarístico, Faculdade Ciências da Vida. Enfermeiro SAMU - Sete Lagoas - MG. E-mail: julio.santana@terra.com.br. <sup>3,4,5,6</sup> Discente da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mails: dricasouza66@hotmail.com, clawardi\_nl@hotmail.com, jatileattoni@yahoo.com.br, jessycaguimaraes@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são setores de alta complexidade, destinada ao atendimento de doentes graves ou em risco de morte, que exigem, além de equipamentos, assistência Médica e de Enfermagem ininterruptas e especializadas<sup>1</sup>.

A utilização de recursos tecnológicos e medicamentos potentes para suporte hemodinâmico (por exemplo, balão intraórtico, pressão intra-arterial e drogas vasoativas), ventilatório (ventilação pulmonar mecânica), renal (tratamentos dialíticos), ou ainda para a reanimação cardiorrespiratória, fazem parte do cotidiano nas Unidades de Terapia Intensiva<sup>1</sup>.

Observam-se nas últimas duas décadas, que os avanços tecnológicos na área da saúde têm trazido grandes benefícios para doentes graves e em risco de morte iminente nas UTIs. Contudo, o uso sem critérios e indiscriminado dessas tecnologias, à exemplo daquelas de suporte avançado de vida, como os ventiladores mecânicos, por exemplo, em doentes fora de possibilidade terapêutica atual, e consequentemente, sem chances de cura, tem trazido à tona dilemas sociais, institucionais, profissionais, e principalmente éticos e legais<sup>2</sup>.

Cabe aqui destacar que o termo fora de possibilidade terapêutica atual, também conhecido pela sigla FPT, não deveria ser utilizado pela enfermagem para designar qualquer que seja a sua conduta diante de doentes, que para a medicina, se encontram nessa situação. Entendemos que a enfermagem, por se tratar de uma profissão comprometida com o cuidado ao ser humano em seus diferentes ciclos de vida, deverá prestar cuidados de enfermagem, inclusive após a morte, Portanto, não existe para os profissionais

de enfermagem, doentes fora de possibilidades terapêuticas, sendo descabido portanto esse rótulo para seus doentes, assim como o adjetivo “paliativo”, para os cuidados de enfermagem que são prestado a esses doentes.

Entretanto, percebe-se que os avanços tecnológicos nessas unidades abriram novas alternativas e caminhos em direção da cura e o aumento da expectativa de vida para aqueles que ali são assistidos. Não obstante, possibilitou e tem possibilitado, também, o prolongamento excessivo da vida de doentes fora de possibilidades terapêuticas, gerando diversos conflitos éticos, que envolvem o modo como cuidados e nos relacionamos com o doente, família e demais membros da equipe de saúde<sup>2</sup>.

Permanecem as dúvidas do que fazer diante de um doente fora de possibilidade terapêutica, que mesmo com a utilização de todos os recursos terapêuticos disponíveis, por muito tempo, não apresenta melhora clínica. Situações como estas não são raras, constituem a realidade no âmbito das UTIs.

Decidir sobre o curso da vida humana gera conflitos éticos, deixam lacunas para as quais ainda não se conseguiu encontrar respostas de forma, a saber, o momento certo de investir ou não em um doente e qual seria o limite a ser respeitado. Quando se pensa em uma assistência respeitando os valores éticos, descobrindo o lado digno da vida, aceitando a morte não como um fracasso, poderá ser o caminho menos árduo para o enfrentamento dessas situações<sup>3</sup>.

A distanásia é sinônimo de tratamento fútil ou inútil, sem benefícios para a pessoa em sua fase terminal. É o processo pelo qual se prolonga meramente o processo de morrer, e não a vida propriamente dita, tendo como consequência morte prolongada, lenta, acompanhada de sofrimento, dor e agonia. Quando há investimento

Dutra BS, Santana JCB, Duarte AS *et al.*

à cura, diante de um caso de incurabilidade, trata-se de agressão à dignidade dessa pessoa<sup>4</sup>. Esta conduta persistente vem sendo discutida há mais de quatro décadas.

A tese clássica entre os profissionais de saúde, arraigada entre os médicos, pauta-se na concepção de que esses profissionais não devem nunca abandonar o tratamento de um doente, pois "enquanto há vida, há esperança". Embora essa tese, fundamentada no paradigma da cura, possa nos remeter a alguns questionamentos, como, por exemplo, o que fazer se nada mais for possível fazer para tratar esse doente? E mesmo sabendo que para a enfermagem sempre haverá o que fazer, mesmo que já não seja mais possível para outros profissionais tratar esse doente, a problemática que se encerra nesse artigo, se resume ao seguinte questionamento problematizador: O que fazer diante de doentes em situações extremas, que a despeito da utilização de todos os recursos de suporte terapêutico disponíveis, por vários dias consecutivos, não apresenta perspectiva de cura e sobrevivência?

Questão como esta tem a ver com situações cotidianas que não são incomuns nos ambientes onde se concentram doentes graves e tecnologias de ponta para o suporte avançado de vida, gerando conflitos assistenciais e dilemas éticos entre os profissionais e familiares quanto à adequação moral de cada escolha<sup>1</sup>.

Estudiosos do assunto concordam sobre a necessidade de se discutir amplamente com os familiares todas as alternativas terapêuticas possíveis, a fim de que ela possa contribuir para a solução dos dilemas éticos inerentes ao tratamento intensivo. Além da família, recomenda-se que a discussão seja interdisciplinar, agregando tantos profissionais quanto possível<sup>1</sup>.

A situação ideal seria uma prática

Dysthanasia: ethical...

profissional digna, adequada, sem o excessivo de tecnologias e procedimentos invasivos, que é aquilo que se designa por ortotanásia.<sup>5</sup>

Ortotanásia é a arte de morrer bem, humana e corretamente, sem ser vitimado pela mistanásia, por um lado, ou pela distanásia, por outro, e sem abreviar a vida, ou seja, recorrer à eutanásia. Tem como grande desafio o resgate da dignidade do ser humano em seu processo final, pois há um compromisso com a promoção do bem-estar da pessoa no final da vida.<sup>4</sup>

Percebe-se que, com os grandes avanços da tecnologia nas UTIs, houve a busca de conservar artificialmente a vida de alguém prolongando o seu sofrimento e de seus familiares, sem oferecer qualidade de vida. Este estudo torna-se relevante, pois se pretende discutir o prolongamento da vida nas UTIs em um contexto que envolva o doente, a família e os profissionais de saúde.

O objetivo: Refletir sobre o prolongamento da vida de doentes fora de possibilidades terapêuticas na perspectiva dos doentes, família e profissionais de saúde a partir do estado da arte acerca da temática.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura. A revisão sistemática de literatura ou bibliográfica é planejada para responder a uma pergunta específica, na qual utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, e para coletar e analisar os dados destes estudos incluídos na revisão.<sup>6</sup>

Para tanto foi realizada uma busca pela literatura científica publicada nas bases de dados MEDLINE, SCIELO, LILACS. Sendo incluídos estudos que fossem relevantes ao tema proposto, utilizando como descritores: Unidades de Terapia

Intensiva, Doente Terminal, Bioética,

Dutra BS, Santana JCB, Duarte AS *et al.*  
Enfermagem.

Realizou-se um corte histórico para delimitar o número de dados no estudo, incluindo-se publicações que compreendem entre o ano de 2000 a 2010. Este período se justifica pelo baixo número de publicações com esta temática.

#### Base de dados: LILACS

Pesquisa: "UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA" [Descritor de assunto] and "BIOETICA" [Descritor de assunto]

Referências encontradas: 11

#### Base de dados: MEDLINE\_1997-2010

Pesquisa: (bioetica) or "bioetica" [Descritor de assunto] and "enfermagem" or "equipe de enfermagem" or "etica de enfermagem" or "etica em enfermagem" [Descritor de assunto]

Referências encontradas: 27

#### Base de dados: SCIELO

Pesquisa: (UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA or UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS or UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS) or UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA or UNIDADE TERMINOLOGICA or UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS or UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA [Assunto] and (TERMINALIDADE or TERMINALIDADE DA VIDA) or TERMINALIDADE or TERMINALIDADE DA VIDA [Todos os índices]

Referências encontradas: 2

A partir dos descritores, foram encontrados 40 artigos em todas as bases selecionadas para a revisão de literatura, feito um refinamento dos artigos, seguindo diversas etapas. Durante a análise dos títulos dos estudos foram excluídos 27 artigos por não se adequarem ao tema proposto ou por não enquadrar no ano de publicação definido pelos autores, ou por não ter acesso livre. Além dos 13 artigos selecionados na BVS, após a leitura das referências bibliográficas dos mesmos, os

autores incluíram mais 13 trabalhos provenientes

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. jan/mar. 3(1):1617-27

Dysthanasia: ethical...

de periódicos de revista e/ou monografias, resultando em 26 materiais usados para subsidiar a revisão bibliográfica.

A seleção do material forneceram dados referentes a temática para atender ao objetivo proposto. Os dados obtidos foram analisados com a intenção de possibilitar a organização das informações agrupadas em quatro categorias: Discussão Ética e Legal acerca do prolongar o sofrimento nas Unidades de Terapia Intensiva; Reflexões sobre a Distanásia no contexto dos profissionais de saúde, Reflexões sobre a Distanásia no contexto do doente e família.

## RESULTADOS

### Discussão Ética e Legal acerca do prolongar o sofrimento nas Unidades de Terapia Intensiva

O Conselho Federal de Medicina, no ano de 2006, lançou nota sobre uma resolução (1.805/2006) que permite ao Médico decidir se o paciente doente deve ou não continuar recebendo tratamentos e procedimentos que busquem prolongar sua vida quando já se encontra em estágio terminal. Este mandato é uma forma de se respeitar a vontade do enfermo ou de seu representante. Isso se torna um importante fato tanto para a prática médica quanto para a sociedade, pois conduz a reflexões sobre os limites de intervenção e prudência nestes casos<sup>7</sup>.

O avanço na conduta médica e nas ciências da saúde proveniente de achados tecnológicos e científicos só faz aumentar a capacidade de intervir na saúde de paciente doente em estágios terminais, sendo possível prolongar a vida, mas a custa de certos

sacrifícios pelo doente e sua família<sup>7</sup>.

Percebe-se que o crescimento tecnológico permite manter a vida de um doente sem perspectivas de vida além do curso natural do processo do morrer, e o poder de decisão de até quando mantiver a pessoa “morta viva” fica a critério dos profissionais de saúde. Neste contexto o doente se torna um objeto nas mãos dos profissionais de saúde.

Desta forma, a prática que exige a intervenção por meio de técnicas e procedimentos terapêuticos abusivos a doentes que não poderão se beneficiar com a cura é chamada de Distanásia. É tida como ato inútil, já que prolongar a vida de doentes nestes casos gera grande sofrimento ao doente e a seus familiares. É uma tentativa de se prolongar a morte com a intervenção medicamentosa e/ou artifício tecnológico, que ocorre de forma lenta, com nível de sofrimento e desconforto<sup>8</sup>.

Percebe-se que a terapia quando é aplicada de forma abusiva, torna-se uma forma de cuidado mecanizado e despersonalizado. O doente é manipulado de forma puramente técnica, não existe limites e não respeitam a dignidade do morrer.

A distanásia vem sempre acompanhada por discussões e exposições de pontos de vista. Sua prática gera grandes discussões éticas e reflexões por diversos núcleos da sociedade. Assim, é de suma importância compreender qual o entendimento sobre a distanásia na percepção da equipe de saúde, do doente e da família.

### profissionais de saúde

A missão do médico não é somente restaurar a saúde, mas também amenizar as dores e os tormentos das doenças; quando cessada toda a esperança de recuperação, ele tem por objetivo ajudar o enfermo a fazer uma passagem mais justa e fácil da vida. Mas é dever do médico sustentar indefinidamente a vida de uma pessoa independentemente do sofrimento causado? Deve-se usar todo o arsenal terapêutico disponível para prolongar um pouco mais a vida? Até que ponto é lícito sedar o doente usando medicação que alivia a dor e indiretamente abrevia a vida da pessoa? Até que ponto se deve prolongar o processo de morte quando não há mais esperança de vida? O tratamento é considerado fútil quando não se atinge os objetivos<sup>9</sup>.

Em contrapartida, não é consensual a definição do que são os objetivos, uma vez que esta é uma área que toca valores sobre os quais temos pontos de vista diferentes. Quando se valoriza o julgamento de valor, entra em jogo a autonomia do doente que é quem sabe se vale a pena ou não o tratamento, enquanto, do ponto de vista científico, a decisão deve pertencer ao Médico. É consensual que a base do julgamento deve ser o benefício do doente e sua vontade deve ser respeitada. No entanto, em consequência do sentimento paternalista que domina a Medicina, leva a crer que a falta de cultura impedem o exercício da autonomia e de uma escolha consciente por parte do doente<sup>9</sup>.

Para alguns autores a distanásia é um processo da morte através de atitude terapêutica, sendo sempre o resultado de uma determinada ação ou intervenção médica que, ao negar a dimensão da mortalidade humana, acaba absolutizando a dimensão biológica do ser

humano. Parece obrigar as pessoas a processos de

### Reflexões sobre a Distanásia no contexto dos

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. jan/mar. 3(1):1617-27



Dutra BS, Santana JCB, Duarte AS *et al.*

morte lenta, ansiosa e sofrida, sendo sua suspensão uma questão de bom senso e racionalidade<sup>10-11</sup>.

A distanásia é a conservação da vida por meio de tratamentos desproporcionais, que podem levar a um processo de morte prolongado e com sofrimento tanto físico como psicológico<sup>12</sup>.

Um dos conflitos mais freqüentes na prática clínica diária é a de decidir, junto com o doente e seus familiares, que condutas ou estratégias de cuidado devem ser tomadas na situação de óbito iminente, ou quando medidas clínicas mostram-se incapazes de controlar sintomas e sofrimento. Dependendo da escolha, é possível se confrontar com diferentes processos de morte. Assim, na medida em que o prognóstico torna-se sombrio e a cura impossível, devem ser priorizadas todas as medidas que visem ao conforto e ao alívio do sofrimento<sup>13</sup>.

Percebe-se um grande conflito por parte da equipe de saúde em decidir sobre o curso da vida de um doente em fase de morte iminente. Neste contexto o poder de decisão perpassa por diversos olhares, envolvem questões inerentes à Ética, a legislação profissional e questões religiosas por parte dos profissionais.

A forma mais eficaz de cuidar é a qualidade das relações entre doente e equipe de saúde. A qualidade da relação médico e doente, especialmente quando a morte do doente se aproxima, irá determinar se as decisões tomadas serão apropriadas e coerentes. O diálogo, a possibilidade de esclarecer dúvidas e principalmente criar um vínculo, sentindo-se confiante no profissional amenizam fantasias e muitas vezes minimizam o grau de ansiedade deste doente<sup>14</sup>.

Faz parte do processo de consenso entre os membros de uma equipe multidisciplinar, além da certeza do diagnóstico e do prognóstico apurado,

Dysthanasia: ethical...

o respeito à autonomia do doente, a conduta padrão da comunidade científica em casos semelhantes e normas próprias da instituição de saúde. Frequentemente, comete-se o erro de não fazer participar o restante da equipe de saúde, especialmente a Enfermagem, das discussões e tomada de decisões<sup>13</sup>.

Isto traz problemas de comunicação para toda a equipe e para o relacionamento com o doente e sua família, já que a Enfermagem tem mais contato com o doente e a família e conhece melhor a dinâmica familiar<sup>15</sup>.

As discussões sobre os limites de intervenções abusivas nas UTIs aos doentes sem perspectivas de cura necessitam um diálogo aberto, envolvendo as opiniões da Equipe de Enfermagem, Médicos, Fisioterapeutas. Os diversos olhares desses profissionais proporcionarão uma visão mais ampla sobre até que ponto é justo prolongar a vida de um doente em detrimento da sua dignidade.

Ao se referir a doentes oncológicos em estágios terminais, afirma a forte idéia por parte de Médicos que visa à ordem de não-reanimação cardiopulmonar, de comum acordo com o doente e/ou família, não oferecendo tratamentos que possam ser caracterizados como fúteis ou desproporcionados, para evitar a distanásia<sup>13</sup>.

O Enfermeiro precisa ter clareza do significado da terminalidade morte para conseguir entender e aceitar a do próximo, quando ela é inevitável. Isso requer uma reflexão acerca do valor da vida e a reflexão da morte como parte de um processo natural. A falta de compreensão da morte leva ao isolamento do doente e família, ou do contrário, à distanásia, pois não se consegue deparar com o sentimento de impotência frente a essa situação<sup>16</sup>.

O profissional da saúde mantém certo distanciamento do processo de morte nas

Dutra BS, Santana JCB, Duarte AS *et al.*

instituições de saúde. Sentem-se despreparados e muitos percebem a morte como um fracasso, como algo obscuro, que não deve acontecer e, neste contexto, buscam lutar de forma incessante contra a morte, utilizando de todos os recursos, sem respeitar a dignidade do morrente. Esse entendimento é necessário para se discutir de forma ética as questões inerentes à distanásia, contemplando a percepção de todos, em especial da equipe de Enfermagem<sup>17</sup>.

O conceito do termo distanásia não está claro para a grande maioria de Enfermeiros, mas presente na rotina de trabalho em situações complicadas relacionadas ao processo de morrer. As falas dos Enfermeiros revelam insegurança quanto aos limites de intervenção<sup>17</sup>.

Em um estudo que se objetivou mensurar o conhecimento de Enfermeiros sobre a Distanásia 54,5% dos entrevistados afirmaram ser o prolongamento da vida artificialmente, sem benefícios para o doente, 9,1% entendem como uma morte lenta e com sofrimento e 36,4% não responderam, admitiram não saber ou conceituaram incorretamente. Como conclusão, os autores afirmaram que os Enfermeiros necessitam de mais conhecimento para a busca efetiva do cumprimento dos princípios Bioéticos visando qualidade às discussões em equipe interdisciplinar e à assistência direta<sup>4</sup>.

Necessita de uma discussão ampla por parte dos profissionais de saúde que lidam nas UTIs acerca da Distanásia, avaliando o conceito e sua aplicação no cotidiano laboral, em busca de encarar a morte não como um fracasso, mas em certo momento como processo natural da vida. Repensar nas práticas que vão além de uma terapêutica adequada às reais necessidades do doente.

Não se tem relatos ou impressões próprias de doentes em estágios terminais. Um assunto um tanto quanto delicado para ser abordado, já que estamos inseridos em uma cultura que a morte é vista como algo extramamente negativo. Ainda não há muito que se fazer pelo doente dito terminal. Do ponto de vista psicológico, o estímulo para mecanismos de enfrentamento, que o doente pode ter desenvolvido e utilizado em outras situações difíceis em sua vida, são fundamentais para manter a auto-estima e certa estabilidade emocional<sup>18</sup>.

Não existe um projeto da psicologia hospitalar para o doente terminal, porém existe uma priorização para a promoção, através de cuidados fornecidos pela equipe, para que haja uma morte digna, que pode se traduzir em morrer sem muita dor e com níveis de angústia suportáveis<sup>18</sup>.

Se existir, desde o início, do tratamento uma relação médico-doente sincera, no lugar de uma atitude de negação, mais facilmente ambas as partes podem sentir menos dificuldade em encarar a fase de terminalidade.

Nesta fase, o doente deseja frequentemente colocar em ordem sua vida, reatar, se preciso laços com familiares da melhor forma possível, sem conflitos. Quer deixar uma boa imagem antes de morrer e para isso muitas vezes pede auxílio ao médico (e/ou a equipe), o que fica complicado quando há uma relação que é priorizada a atitude de negação. Atitudes como cuidados constantes, combate da dor, realizadas por alguns profissionais de saúde, provam ao doente que não há abandono nesta fase, pois o indivíduo em tal condição, receia geralmente mais a solidão do que a morte<sup>19</sup>.

#### **Reflexões sobre a distanásia no contexto do doente**

O doente sem perceptiva de vida requer

Dutra BS, Santana JCB, Duarte AS *et al.*

um cuidado que vai além do suporte tecnológico nas UTIs, este doente terminal necessita de atenção por parte dos profissionais, da proximidade de seus familiares, do alívio da dor física e moral. Mesmo estando em estágio de morte próxima, o cuidado deve ser mantido na atenção do doente enquanto pessoa humana.

E quanto ao local mais apropriado para alguém morrer? É fato conhecido que atualmente a maioria das pessoas falece em hospitais. No entanto, existe uma clara preferência expressa pelo público de passar seus últimos momentos em seu lar, ao invés de um leito hospitalar, cercado por desconhecidos e tecnologia assustadora<sup>20</sup>.

Temos um exemplo contrário a distanásia, a agonia do Papa João Paulo II quando de suas internações na Clínica Gemelli nas duas ocasiões que antecederam em poucos dias o momento da morte. Abdicou de uma terceira internação por não aceitar medidas extraordinárias que o requinte tecnológico, certamente, o manteria ainda “vivo” por um longo período de tempo, mas sem qualquer expectativa de recuperação. Preferiu morrer em seus aposentos, ao lado de pessoas amigas, sem a interferência da parafernália de aparelhos<sup>21</sup>.

Torna-se difícil a transferência do doente sem perspectivas de vida internado em uma UTI para morrer na sua própria casa ou em outra unidade devidos as necessidades de recursos tecnológicos para o doente e as características inerentes do serviço, cercado de todo aparato tecnológico específicos do setor, mas nada impede a aproximação de seus familiares, as limitações de intervenções abusivas e a presença de um cuidar Ético e humanizado.

A recusa do tratamento pode ser feita em várias fases do desenvolvimento de uma doença, sendo o mais comum após tentativas sem sucesso

de reversão do quadro clínico, acompanhadas de

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. jan/mar. 3(1):1617-27

Dysthanasia: ethical...

longas internações hospitalares. A história de Sigmund Freud é, talvez, um dos exemplos mais elucidativos deste processo decisório. Freud, aos 83 anos, após submeter-se a 32ª cirurgia na vã esperança de extrair um tumor de mandíbula pediu a um colega para acelerar a morte. Teve o pedido aceito<sup>22</sup>.

A distanásia é a prática que mais diretamente ameaça a promoção do princípio da dignidade humana nos cuidados em saúde para com os idosos. É também a experiência que maior temor provoca em idosos hospitalizados ou submetidos a tratamentos de doenças crônicas. Os idosos não temem diretamente a morte, mas a aproximação da morte acrescida de sofrimento físico e mental, despersonalização do cuidar, tratamentos prolongados e obstinações terapêuticas<sup>22</sup>.

O doente internado nas UTIs teme-se tornar um objetivo a ser manipulado por uma equipe de pessoas muitas vezes estranhas a ele. Necessita de todo um suporte psicológico que os acompanhe até a sua travessia. Nesse momento crucial, o melhor cuidado está presente em valores da vida, que envolve a presença dos familiares, o alívio da dor, o respeito a sua pessoa e a dignidade em morrer bem, sem sofrimento

#### **Reflexões sobre a Distanásia no contexto da família**

As publicações acerca das condutas tomadas, processos de tomada de decisões, envolvimento da família e do doente e modificações nas indicações de tratamento, através da consciência e responsabilidade determinadas pela bioética, são escassas<sup>4</sup>.

Quando se torna evidente que a cura ou uma qualidade de vida aceitável, estão distantes de uma contemplação por parte do enfermo, na

visão da família, o foco do cuidado deve mudar. O



Dutra BS, Santana JCB, Duarte AS *et al.*

objetivo não é mais prolongar a vida, mas assegurar uma morte digna e livre de dor e desconforto<sup>23</sup>.

Há um desconforto e dor em doentes à beira da morte que é intolerável na moderna medicina paliativa. Isso seria o que alguns autores brasileiros chamam de distanásia, manter a vida à custa de grande sofrimento por tratamentos fúteis ou desproporcionais<sup>15</sup>.

Existem indícios de que essa tendência esteja diminuindo, haja vista um estudo multicêntrico recente em UTIs de adultos no Canadá, em que famílias foram questionadas sobre a provisão de cuidados oferecidos a seu ente querido. As respostas mostraram um grau alto de satisfação com o manejo da dor na UTI<sup>24</sup>.

Mas muito mais precisa ser feito nessa área, pois as próprias famílias estão exigindo um novo comportamento neste campo<sup>25</sup>.

No momento de internação de um ente querido na UTI os familiares sentem-se apreensivos, tudo é novo para eles também. Percebe-se uma necessidade da equipe entender as suas necessidades, esclarecer suas dúvidas, explicar sobre os equipamentos, aproximá-los ao doente, buscando amenizar o seu sofrimento.

Os familiares merecem um cuidado especial, desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre eles, que vêem seu mundo desabar após a descoberta de que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros. Isso faz com que, em muitas circunstâncias, a ansiedade familiar torna-se um dos aspectos de mais difícil manejo<sup>21</sup>.

É importante que a equipe de profissionais de saúde, trabalhe com a adaptação dos familiares de doentes internados nas UTIs. Percebe-se a necessidade de deixar alguns momentos para ouvir as suas queixas, os medos, os desejos e as

Dysthanasia: ethical...

dúvidas. É fundamental que a equipe se abra para a família, propiciando uma troca mútua e confiança de ambos.

Ao se entrevistar famílias que perderam um ente querido recentemente em UTI de adulto, as famílias se identificaram pela escolha de um tratamento no final da vida com fonte de conforto psicológico. Os parentes reclamaram da falta de um único médico responsável para ser o “contato”, aquele a quem se dirigir para conversar. Algumas coisas simples, como se ter uma sala apropriada para as conferências médicas com os familiares e uma política de visitação aberta, foram dados positivos levantados pelos entrevistados, pode fazer uma enorme diferença no nível de compreensão sobre tratamentos e na satisfação das famílias<sup>26</sup>.

A equipe de saúde como um todo deve manter um laço de responsabilidade e sinceridade para com os familiares de doentes em estado terminal. Os conceitos e terminologias de cada área devem estar bem acessíveis a memória, tendo em vista as constantes dúvidas e mitos que algumas pessoas da família possam alimentar.

Esses indivíduos guardam consigo grande esperança que o ente que se encontra enfermo venha a se recuperar e este fato ganha força com a falta de informação da equipe<sup>27</sup>.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A distanásia é uma realidade que está presente dentro das Unidades de Terapia Intensiva e é de suma importância a assimilação de seu conceito teórico-prático, a fim de se formular um plano de atendimento adequado ao doente sem perspectiva de vida e de seus familiares.

Percebe-se que os avanços da medicina moderna não foram acompanhados com o discernimento Ético na tomada das decisões que envolvam os doentes sem perspectiva de vida na

Dutra BS, Santana JCB, Duarte AS *et al.*

UTIs. Neste contexto, o poder de manter uma pessoa “morta-viva” está nas mãos dos profissionais de saúde, que se esquecem em muitas das vezes de que a morte é um processo natural e que o prolongar o sofrimento desses doentes é algo que agride a dignidade da pessoa, de seus familiares e da equipe.

Outro aspecto que merece ser discutido é a necessidade de aproximação do diálogo entre os membros da equipe. A falta de comunicação entre os profissionais limita a capacidade de análise, além de dificultar escolhas e medidas a serem tomadas, em consonância com as questões éticas no poder de decisão.

É importante entender a família e principalmente o doente em estado de terminalidade nas UTIs. São poucos os relatos e pesquisas que buscam dar ênfase ao pensamento destes personagens. Há uma necessidade de fortalecimento do elo entre os profissionais de saúde, família e doente. Este talvez seja o ponto principal para um melhor discernimento sobre o agir de forma digna e ética na assistência de doentes sem perspectiva de vida.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir com reflexões acerca da Distanásia, que levem os profissionais de saúde a repensar na sua prática do cotidiano laboral a favor da dignidade da vida em consonância com a integração da família e doente nesse processo do cuidar.

## REFERÊNCIAS

1. Toffoletto MC, Zanei SSV, Curvelo E, 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 R. pesq.: cuid. fundam. online* 2011. jan/mar. 3(1):1617-27
2. Silva FS da, Pachemshy LR, Rodrigues IG. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva*; 2009;21(2):148-154.
3. Santana JCB, Sá AC, Zaher VL. Conflitos éticos do cuidar e morrer nas Unidades de Terapia Intensiva: visão de acadêmicos de Enfermagem. *É possível morrer com dignidade? Rev. Enferm. UFPE on line*. 2008; 2(4): 207-304.
4. Biondo CA, Silva MJP, Secco LMD. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*. 2009;17(5):613-619.
5. Nunes R. Proposta sobre suspensão e abstenção. *Revista Bioética*, 2009; 17 (1): 29 - 39.
6. Castro AA. Revisão Sistemática e Meta-análise. In: Goldenberg S, Guimarães CA; Castro AA, editores. *Elaboração e Apresentação de Comunicação Científica*. São Paulo. 2001.
7. Fortes PA de C. A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2007 (1992);53(3):195-197.
8. Pessini L. *Distanásia: até quando prolongar a vida*. São Paulo: CUSC/Loyola; 2003.
9. Lima C. Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanasia. *Medicina Interna* 2006; V.13 N. 2.
10. Kovács MJ. Bioética nas questões de vida e morte. *Psicol USP*. 2003;14(2):115-67.
11. Monteiro F. Ventilação mecânica e obstinação terapêutica ou distanásia, a dialética da alta tecnologia em medicina intensiva. *Rev Port Pneum.* 2006; Mai-Jun;XII(3):281-91.
12. Batista RS, Scharamm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. *Caderno de Saúde Pública*, 2004;(3), 855-865.
13. Pereira MT, Reis TCS. A não-ressuscitação, do

- Dutra BS, Santana JCB, Duarte AS *et al.*  
 ponto de vista do médico, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 2007; 53(2): 225-229.
14. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Bioética*, 2002;10(2), 51-72.
  15. Kipper DJ, Martin L, Fabbro L. Decisões médicas envolvendo o fim da vida - o desafio de adequar as leis às exigências éticas. *J Pediatr (Rio J)* 2000;76:403-406.
  16. Roncarati R, Camargo RMP de, Rossetto EG, Matsuo T. Cuidados Paliativos num Hospital Universitário de Assistência Terciária: uma necessidade? *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*, 2003; v. 24, p. 37-48.
  17. Batista JM, Campos ACV, Barcelos KL, Dutra BS, Santana JCB. Percepções da equipe de enfermagem sobre a distanásia: é possível morrer com dignidade? *Rev Enferm UFPE On Line*. 2009;3(3):1-9.
  18. Quintana AM, Kegler P, Santos MS, Lima LD. (2006). Sentimento e percepções da equipe de saúde frente ao doente terminal. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2006; v.16, n.35.
  19. Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva* 2007;19(4):481-484.
  20. Garros D. Uma “boa” morte em UTI pediátrica: é isso possível? *Jornal de Pediatria*. 2003; V.79, Supl.2.
  21. Oliveira EA, Voltarelli JC, Santos MA, Mastropietro AP. Intervenção junto à família do doente com alto risco de morte. *Revista Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*. 2005; v. 38, n. 1.
  22. Contro N, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen H. Family perspectives on the quality of pediatric palliative care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(1):14-19.
  23. Truog RD *et al.* Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: the Ethics Committee of The Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2001;29(12):2332-48.
  24. Heyland DK, Rocker GM, Doeck PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med* 2002;30(7):1413-18
  25. Curtis JR, Patrick DL, Engelberg RA, Norris K, Asp C, Byock I. A measure of the quality of dying and death: initial validation using after-death interviews with family members. *J Pain Symptom Manage* 2002;24(1):17-31.
  26. Abbot KH, Sago JG, Breen CM, Abernethy AP, Tulsky JA. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med* 2001;29(1):197-201.
  27. Reiriz AB, Scatola RP, Buffon VR, Motter C, Santos D dos, Fay AS; Ceron J, Knob C et al. Cuidados Paliativos, a Terceira Via entre Eutanásia e Distanásia: Ortotanásia. *Prática Hospitalar*. 2006; Ano VIII Nº 48 Nov-Dez/.
- Recebido em: 11/10/2010  
 Aprovado em: 01/12/2010
- R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. jan/mar. 3(1):1617-27