

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ANA PAULA SAVARIS

**PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE DISTANÁSIA: Revisão Sistemática
de Dados Qualitativos**

**Juína-MT
2017**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA**

ANA PAULA SAVARIS

**PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE DISTANÁSIA: Revisão Sistemática
de Dados Qualitativos**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação do Prof. Me. Victor Cauê Lopes.

Juína-MT

2017

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA**

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Linha de Pesquisa:_____.

SAVARIS, Ana Paula. **Percepção dos Enfermeiros sobre Distanásia:** Revisão Sistemática de Dados Qualitativos. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena, Juína-MT, 2017.

Data da defesa: 22/11/2017

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Prof. Me. Victor Cauê Lopes
ISE/AJES.

Membro Titular: Prof. Dr. Vinícius Antonio Hiroaki Sato
ISE/AJES.

Membro Titular: Prof. Esp. Lídia Catarina Weber
ISE/AJES.

Local: Associação Juinense de Ensino Superior
AJES – Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena
AJES – Unidade Sede, Juína-MT

DECLARAÇÃO DE AUTOR

*Eu, Ana Paula Savaris, portadora da Cédula de Identidade – RG nº 1.632.567-2, e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº 039.972.471-02, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnico-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado **Percepção dos Enfermeiros sobre Distanásia: Revisão Sistemática de Dados Qualitativos** pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e ao autor.*

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e a autora.

Juína-MT, 22 de novembro de 2017.

Ana Paula Savaris

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado forças a prosseguir nesse caminho para o ser Enfermeira.

À minha família pai, mãe, irmã e companheiro...

Ao meu pai por ter contribuído como meu avalista.

À minha mãe que é a pessoa que mais possui orgulho e acredita na sua filha.

Minha irmã que me vê como seu espelho, me sinto no dever de mostrar minha capacidade a ela.

Ao meu companheiro no qual me ajudou tanto nesse processo de reta final do curso, mesmo diante dos meus estresses.

Ao meu inteligentíssimo orientador e excelente mestre que durante oito meses me ajudou na elaboração do meu trabalho.

À minha amiguinha de longa datas, no qual esteve presente durante esses cinco anos e que mesmo diante de alguns desentendimentos o que perdura é a amizade.

A uma grande profissional enfermeira no qual me ajudou muito com suas dicas e pude tirar muitas dúvidas que tinha sobre o trabalho, o meu muito obrigada.

A todos professores que passaram durante esses anos em sala de aula e estágio que contribuíram para meu aprendizado.

RESUMO

Objetivo: Analisar as evidências qualitativas publicadas sobre a percepção dos enfermeiros sobre a distanásia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão sistemática da literatura de dados qualitativos/ a coleta dos dados foi realizada nas bases de dados vinculadas a Biblioteca virtual da Saúde BVS: Lilacs, Medline, BDENF com os descritores: enfermagem, distanásia e booleano AND. Foram encontrados 22 artigos, porém apenas 03 foram selecionados por atender ao objetivo da pesquisa. **Resultados:** foram divididos em: 1- caracterização da literatura; 2- compreensão do termo distanásia; 3- sentimentos e percepção do enfermeiro sobre distanásia; 4- fatores que levam a distanásia; 5- mecanismos utilizados na distanásia; 6- o familiar no processo da distanásia; 7- tomada de decisão do enfermeiro na distanásia; os estudos foram classificados como nível de evidência; por se tratar de estudo descritivo qualitativo. **Considerações finais:** a percepção do enfermeiro frente a distanásia traz diversas vertentes e interpretações pelos profissionais, exigindo conhecimento e capacitação suficiente para esse processo. São necessários mais estudos para aumentar o conhecimento nessa área.

Descritores: Distanásia. Enfermagem

ABSTRACT

Objective: to analyze qualitative evidences regarding nurses' perception of dysthanasia. Methods: This is a qualitative systematic review; Data collection occurred through Virtual Health Library BVS: Lilacs, Medline, BDENF. Descriptors and Key-words: perception, nurses, dysthanasia and the Boolean AND. In total 22 articles was found, and 03 were selected after inclusion and exclusion criteria. Results: Results: were divided into: 1- literature characterization; 2- understanding of the term dysthanasia; 3- nurses' feelings and perception about dysthanasia; 4 - factors that lead to dysthanasia; 5 - mechanisms used in dysthanasia; 6- the familiar in the process of dysthanasia; 7- decision making of the nurse in dysthanasia; the studies were classified as level of evidence; because it is a qualitative descriptive study. Final considerations: nurses' perception of dysthanasia has several aspects and interpretations by professionals, requiring sufficient knowledge and skills for this process. Further studies are needed in order to increase knowledge in this area.

Key words: Dysthanasia. Nursing

LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca virtual da saúde
DECS	Descritores em saúde
ABCP	Associação Brasileira de cuidados paliativos
LILCAS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
BEDENF	Bases de dados da enfermagem
DECS	Descritores em saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - relação dos artigos encontrados entre os descritores e as bases de dados utilizadas para a pesquisa	29
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - artigos selecionados para a pesquisa, de acordo com: classificação dos artigos, autor,ano, título e revista	30
Tabela 2 - Representação dos artigos excluídos	30

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Representação do nível de evidência	31
Quadro 2 - Representação do nível de evidência	31

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 OBJETIVOS.....	15
1.1 OBJETIVO GERAL	15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 PACIENTE EM ESTADO TERMINAL DE ACORDO COM OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA.....	16
2.2 FORMAS DE TRATAMENTO AO PACIENTE EM ESTADO TERMINAL	17
2.2.1 Distanásia.....	17
2.2.2 Eutanásia	18
2.2.3 Ortotanásia.....	19
2.2.4 Mistanásia	20
2.2.5 Cuidados paliativos	20
2.3 PERCEPÇÃO DO MORRER PELO PACIENTE	22
2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES TERMINAIS NA DISTANÁSIA.....	24
3 MATERIAL E MÉTODO.....	26
3.1 TOPOS E MÉTODO.....	26
3.2 QUESTÃO NORTEADORA.....	27
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	27
3.4 COLETA DOS DADOS.....	27
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 CARACTERÍSTICAS A PRODUÇÃO CIENTÍFICA	29
4.2 COMPREENSÃO DO TERMO DISTANÁSIA.....	32
4.3 SENTIMENTOS E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE A DISTANÁSIA	32
4.4 SENTIMENTOS DOS ENFERMEIROS FRENTE A DISTANÁSIA.....	33
4.5 FATORES QUE LEVAM A DISTANÁSIA	34
4.6 MECANISMOS UTILIZADOS NA DISTANÁSIA.....	35
4.7 O FAMILIAR NO PROCESSO DA DISTANÁSIA	35
4.8 TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NA DISTANÁSIA.....	36

CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS.....	39

INTRODUÇÃO

Historicamente a morte já teve diferentes representações sociais, de acordo com a época e cultura, porém nunca deixou de gerar medo aos envolvidos nesse processo. O processo de morrer traz consigo diversos sentimentos, como a incerteza, desesperança e isolamento que acometem principalmente os familiares nessa fase, necessitando de adequado atendimento e suporte, fornecidos pelos profissionais de enfermagem (BORGES et al., 2006).

A formação de enfermeiros, médicos e outros profissionais da saúde vem de uma construção voltada à medicina curativa, que tem por objetivo principal salvar vidas, portanto aceitar que as possibilidades terapêuticas se esgotaram e que a morte é inevitável gera frustração, sentimento de impotência e insatisfação. Entretanto, deve-se considerar que compreender o processo de morrer e da morte, evento por vezes adiável, porém inevitável, é vital para a preservação da dignidade da pessoa humana, princípio garantido pela bioética (FERREIRA; SOUZA; LIMA, 2011).

O enfermeiro, profissional que atua em todas as fases do ciclo vital, está inserido desde antes do nascimento até os cuidados pós-morte/ conhecer e compreender todas essas etapas da vida faz com que este profissional seja capaz de desempenhar seu papel de maneira humanizada, prezando não apenas pelo restabelecimento da saúde mas, quando necessário, deve estar apto a propiciar as medidas de conforto adequadas para aqueles que já não tem mais possibilidade terapêutica de cura. Isso garante a humanização no cuidado e evita casos de distanásia (TOFFOLETTO et al., 2005).

A distanásia é o procedimento no qual se prolonga o tempo de vida do paciente sem perspectiva terapêutica de cura, por meio de tecnologias disponíveis e sofisticadas para manter os órgãos vitais funcionando, neste contexto as pessoas são “mantidas vivas”, através de máquinas que substituem órgãos e computadores que regulam suas funções fisiológicas, realidade frequente em Unidades de Terapia Intensiva (FERNANDES; COELHO, 2014; FERREIRA; SOUZA; LIMA, 2011).

O paciente está diretamente envolvido com a equipe de enfermagem, pois são os profissionais que passam a maior parte do tempo em contato com o mesmo e por isso acumulam o conhecimento pertinente ao doente/ com isso é necessário a

participação do enfermeiro na escolha de decisões a serem tomadas em relação à saúde de seu cliente juntamente com toda a equipe multidisciplinar, família e o indivíduo. Devendo o profissional estar sempre orientado o paciente e familiar quanto ao quadro clínico (FERNANDES; COELHO, 2014).

Os enfermeiros, profissionais que vivenciam o processo morrer constantemente em sua prática, devem ser capazes de compreender o momento exato de implementar o cuidado paliativo, mesmo que este seja unicamente prescrito pelo médico, e é necessário sensibilidade e conhecimento científico para evitar a distanásia. Esta decisão deve ser conjunta e sensata, paciente e familiares também necessitam ser conscientizados a respeito do quadro real (TOFFOLETTO et al., 2005).

O processo de morrer envolve intimamente o enfermeiro, sendo este profissional fundamental ao paciente e sua família/ implementar informações e atitudes que possam propor menos sofrimento nesta reta final da fase da vida, então é necessário repensar em uma assistência de enfermagem voltada ao paciente e familiar para que gere nova percepção de entendimento sobre o processo morrer, que é um curso natural da vida (BORGES et al., 2006).

Muitos dilemas éticos envolvem os profissionais de saúde que vivenciam o processo do morrer, sendo muito importante identificar como esses profissionais estão atuando, quais atitudes estão tomando e o que pensam sobre a distanásia (FERREIRA; SOUZA; LIMA, 2011).

Tendo em vista o exposto, questiona-se: Quais as evidências qualitativas publicadas sobre a percepção dos enfermeiros frente a distanásia?

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar as evidências qualitativas publicadas sobre a percepção do enfermeiro frente a distanásia.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar metodologicamente a produção científica no tema.
- Identificar os níveis de evidência dos estudos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PACIENTE EM ESTADO TERMINAL DE ACORDO COM OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

O conceito de paciente terminal se fundamenta no esgotamento das possibilidades terapêuticas que culminariam na recuperação do paciente, em outros termos, a terminalidade refere-se ao momento em que qualquer procedimento terapêutico não surtira efeitos do ponto de vista da recuperação clínica e resgate da possibilidade de viver do paciente (GUTIERREZ, 2001).

Ainda de acordo com Gutierrez (2001) a terminalidade ocorre *“quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente, o paciente se torna irrecuperável e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar”*.

Declarar o momento terminal pode ser algo impreciso, que poderia vir a causar estragos, gerar discordância do ponto de vista médico, cultural ou espiritual de todos os envolvidos no processo de morte do paciente, não é fácil para o profissional da área da saúde, familiares e para o próprio paciente, declarar e aceitar que se esgotaram todas as possibilidades, e que chegou a hora de aceitar o processo morrer como algo inevitável (QUINTANA et al., 2006).

No que concerne aos debates bioéticos, este “enseja reflexões que propiciam a compreensão da morte e da terminalidade de modo a assegurar a observância de princípios como respeito à autonomia, beneficência e não maleficência e os direitos humanos” (FILHO, 2010).

A ética pode ser definida com um conjunto do que é moral, algo que visa o bem social, e no contexto saúde/terminalidade observa-se que os profissionais enfermeiros se deparam em uma situação da qual não sabem o que fazer frente à participação das decisões bioéticas a serem tomadas ao paciente. O médico é o que na maioria das vezes toma a decisão do que deve ser feito, e mesmo que alguns enfermeiros não concordem com tal conduta, acabam seguindo a prescrição (QUINTANA et al., 2006).

Logo, reconhecer o fim das possibilidades de cura não significa abrir mão de cuidados clínicos, apenas uma mudança de prioridade, já que, uma vez sabendo que os procedimentos terapêuticos só tornarão mais dolorosos o momento, passa-se agora a utilizar as práticas terapêuticas a fim de aliviar o sofrimento do paciente/ ademais, possibilita aos familiares a busca do bem-estar emocional e espiritual, se preparando para um evento inevitável (FILHO, 2010).

2.2 FORMAS DE TRATAMENTO AO PACIENTE EM ESTADO TERMINAL

Tratar do paciente sem perspectiva terapêutica de cura é um desafio para os profissionais de saúde, principalmente para a equipe de enfermagem, tendo em vista que deve estar presente em todas as fases do processo de cuidado do paciente. (FERNANDES et al; 2013)

Dentre das maneiras de tratar o paciente em terminalidade, encontram-se cinco conceitos que serão elencados a seguir: distanásia, eutanásia, ortotanásia, mistanásia e cuidados paliativos.

2.2.1 Distanásia

Para Menezes, Selli, Alvez (2009), o paciente fora da possibilidade terapêutica de cura deve ser assistido como qualquer outro paciente, porém nesse momento o mais importante é atender suas principais necessidades, e aliviar o máximo o seu sofrimento, e a equipe multidisciplinar deve dar todo o suporte necessário tanto para o paciente quanto ao seu familiar que nesse momento estará presente e cujo sofrimento pode se igualar ao do doente.

A distanásia também conhecida como prolongamento da vida de maneira dolorosa e sem dignidade, é um procedimento no qual o paciente sem perspectiva de cura terapêutica é submetido para o prolongamento da morte, mesmo gerando tanta dor ao doente será algo inútil onde nada poderá ser mudado/ neste caso da vida é certeza sempre, ou seja, serão usados todos recursos disponíveis para prolongar a agonia e a vida, abordando um dilema ético, do que realmente deve ser feito (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009).

A tecnologia está cada vez mais avançada e no âmbito saúde não é diferente/ é observado surgimento de drogas de última geração, máquinas sofisticadas e de mecanismos que ajudam na preservação da vida, até mesmo aparelhos que substituem órgãos vitais do corpo humano. É claro que quando se fala em tecnologia o custo é alto e o que notamos é o uso inadequado da mesma, pacientes que realmente tem chances de sobrevivência deixam de utilizar esse suporte disponível, que é utilizado naquele paciente no qual a morte é certa (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009).

Fica explícito que a distanásia afronta o princípio da dignidade da pessoa humana, da Constituição federal (CF) de 1988. Segundo esse princípio, todo ser humano tem direito a dignidade, e é papel e dever do estado democrático de direito garantir a proteção da dignidade dos indivíduos velados pela constituição. O art.5º da Constituição Federal/88 trata dos direitos fundamentais, podendo ser eles individuais ou coletivos, no seu inciso III que traz o texto que deixa claro, que o estado não coaduna com as práticas da distanásia. Segundo o inciso III, “ninguém será submetido a tratamento degradante ou desumano”.

Nesse sentido o Conselho Federal de Medicina dispõe no art. 20, de seu código de ética que é vedado ao médico “participar, com seus conhecimentos técnicos ou científicos ou em contribuição indireta, de atos que resultem em dano à dignidade e a integridade física ou mental do ser humano”.

2.2.2 Eutanásia

A eutanásia, em definições contemporâneas, é conhecida como boa-morte, e consiste em praticar voluntariamente a morte em um paciente com morte previsível e certa, com a intenção de poupá-lo do doloroso sofrimento do processo morrer natural provocado pela enfermidade (FILHO, 2010).

A prática de eutanásia, passou a ser amplamente discutido a partir do século XX, com a ampliação das discussões sobre os direitos humanos, marcada pela elaboração da Declaração dos Direitos Humanos de 1948, no entanto, a pratica da eutanásia ocorre desde a idade medieval (NIÑO, 2005).

Na idade média, era comum filhos tirarem a vida dos pais quando esses se tornassem idosos e doentes, bem como sacrificavam crianças que nascessem com anomalias (NIÑO, 2005).

Existiam situações em que o governo definia aqueles que morreriam, caso estivessem doentes incuráveis gerando gastos ao governo, já o povo espartano, jogavam de um penhasco os recém-nascidos que nascessem com anomalias, em muitos povos, davam um punhal aos seus guerreiros feridos gravemente em batalha, para que eles tirassem sua própria vida e acabassem de forma rápida, de forma que se poupassem de um sofrimento maior e sem honra (FILHO, 2010).

Apesar da eutanásia ser uma realidade antiga e ainda praticada em alguns países, no Brasil é totalmente vedada pelo ordenamento jurídico. Segundo a CF/88 em seu art. 5º “todos são iguais perante a lei, e são garantidos aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, igualdade, à segurança e à propriedade”. Verifica –se uma proibição direta a qualquer experiência que resulte intencionalmente no fim da vida de uma pessoa. Além do mais, o artigo 5º da constituição é o cerne dos direitos fundamentais, e segundo maiores interpretações alguns direitos fundamentais são indisponíveis, até mesmo para o seu titular.

Esse posicionamento constitucional é reforçado pelo Código Penal brasileiro, que pune com pena de reclusão a pessoa que participa ou instiga a prática do suicídio. O art. 129 do CP, está classificado entre os crimes contra a vida, e dispõe que é crime “induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar auxílio para que o faça” (CODIGO PENAL, 1940).

2.2.3 Ortotanásia

O paciente fora da possibilidade terapêutica de cura deve ser assistido como qualquer outro paciente, porém nesse momento, o mais importante é atender suas principais necessidades, e aliviar o máximo o seu sofrimento, e a equipe multidisciplinar deve dar todo o suporte necessário tanto para o paciente quanto ao seu familiar que nesse momento estará presente e cujo sofrimento pode se igualar ao do doente (BOMTEMPO, 2015).

Ainda de acordo com o autor Bomtempo (2015), a ortotanásia é considerada a prática de cuidados humanitários que ofereçam medidas de conforto e excluam atos desnecessários que irão só causar angústia e dor ao paciente sem perspectiva de cura.

2.2.4 Mistanásia

O conceito sobre mistanásia é o abandono ao necessitado, ou seja, aquele que precisa de cuidados, assistência e é deixado de ser assistido, não tem sua necessidade atendida e se tem uma morte infeliz. Pode-se afirmar que a dignidade humana desse indivíduo é violada, algo no qual poderia ser remediado, aliviado e é desamparado (MENDONÇA; SILVA, 2014).

A mistánasia é considerada umas das piores formas do processo morrer, pois não há atendimento humanitário onde o paciente não é nem visto/ há descaso e abandono total/ e o desrespeito quanto a dignidade da pessoa humana é evidente. Hospitais com super lotação onde paciente ficam jogados em corredores à espera de um atendimento, ficam ali a sua própria morte. Martin até destaca o termo como eutanásia social. (MENDONÇA; SILVA, 2014).

2.2.5 Cuidados paliativos

A palavra paliativo surgiu do latim *Pallium*, tem como significado “manto”, e inicialmente era usada para aqueles que cuidavam de peregrinos, foi criado na Europa e inicialmente eram praticados pelas instituições católicas de saúde que abrigavam doentes e procuravam realizar o controle da dor e do sofrimento através da espiritualidade/ com a ideia de morte mais digna, sem sofrimento e com os familiares mais envolvidos, esse ato se disseminou pela Europa e Estados Unidos, criando um cuidado integral (SANTOS; LATTATO; ALMEIDA, 2011).

De acordo com Carvalho (2015), surgiu em 1997 a primeira associação sobre cuidados paliativos no Brasil (ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos), que identificou nas instituições Brasileiras como eram os cuidados para o tratamento da dor e a sua relação com os pacientes em fase terminal.

A terminalidade da vida surge quando todas as opções de cura de uma doença se esgotam e a morte torna-se um evento inevitável/ então os cuidados paliativos passam a ser uma opção importante a esses pacientes que oferecem uma vida com mais qualidade e para que a morte passe a ocorrer de maneira natural e sem sofrimento, nos aspectos: físicos, mentais, emocionais espirituais e social, para amenizar o sofrimento e oferecer o cuidado da melhor maneira possível (SANTOS; LATTATO; ALMEIDA, 2011).

De acordo com Kohler, Cerchiaro e Levites (2016, p. 102):

Eles abordam a natureza do sofrimento antes da morte e como a doença avança. A prioridade do paciente e de sua família pode mudar, gradualmente, para conforto acima de tudo. Com isso, ocorrem modificações terapêuticas, a permanente comunicação entre a equipe multidisciplinar e paciente é a chave para que esse período transcorra com sucesso, proporcionando educação e apoio ao paciente e sua família.

Um dos objetivos dos cuidados paliativos é proporcionar qualidade de vida aos pacientes, assim como manter uma vida digna e humanizada, sem deixar que a doença comprometa sua qualidade de vida/ o conhecimento sobre a importância desse cuidado torna mais fácil essa etapa da vida (KOHLEK; CERCHIARO; LEVITES, 2016).

Os cuidados paliativos se iniciam durante o diagnóstico de doença sem perspectiva de cura e duram até o luto *“é necessário uma equipe multiprofissional qualificada, com preparo suficiente para que haja interação e muita dedicação aos pacientes para alcançar os resultados pois suas estratégias a partir da prática são um desafio para as equipes de saúde”* (SANTOS; LATTATO; ALMEIDA, 2011).

Os cuidados paliativos ocorrem em quatro fases, que serão descritas a seguir de acordo com Azevedo, Taniguchi e Ladeira (2013):

Fase 01: é a fase inicial aplicável a quase todos os pacientes em cuidados intensivos, existe a possibilidade de recuperação da doença, os cuidados paliativos possuem como objetivo manter o controle dos sintomas, através da promoção da analgesia, controle da náusea, ouvir e se comunicar com o paciente e seus familiares.

Fase 02: a recuperação da doença é improvável, o objetivo dos cuidados paliativos nessa fase é proporcionar conforto, fazendo o paciente e sua família

entendem o processo pelo qual ele está passando, avalia-se constantemente o impacto da doença e a qualidade de vida.

Fase 03: a morte é inevitável e agora o cuidado paliativo é exclusivo, as ações da equipe de saúde visam o conforto total do paciente, aliviar os sintomas e promover dignidade nessa fase final da vida, a intensidade que o cuidado deve ser prestado é máxima.

Fase 04: o paciente já foi a óbito e o objetivo é promover apoio e suporte aos familiares.

É importante destacar que o paciente que está em cuidados paliativos recebe os tratamentos necessários e adequados à sua terapêutica, com a única mudança que o foco de atenção não passa mais a ser a doença, mas sim o bem-estar emocional e físico do paciente e seus familiares envolvidos (CARVALHO, 2015).

2.3 PERCEPÇÃO DO MORRER PELO PACIENTE

A morte é uma cogitação comum dos pacientes depressivos, portanto é essencial que a equipe de saúde esteja capacitada para atendê-los e fazer com que se sintam amparados, o paciente apresenta sua autonomia diminuída e sua felicidade comprometida, pois acredita que a morte é sua melhor opção *“cada momento vivido deve ser valorizado, até mesmo o próprio processo de morrer”* (SANTOS; LATTATO; ALMEIDA, 2011).

A morte possui um conceito diferente de acordo com a cultura de determinadas sociedades, vista na maioria das vezes como o fim de uma existência para dar início a outra, mas em comum, envolve em grande parte sofrimento e questionamentos nas pessoas que ficam (CARVALHO, 2015).

O processo de morrer possui 5 estágios, que são definidos como o processo de morte e morrer, que ocorrem simultaneamente, podendo se misturar ou serem vividos ao mesmo tempo. Para Carvalho os 5 estágios são (2015):

1 – Negação e isolamento: nessa fase o paciente se nega a aceitar a sua condição, não aceita o fim da vida e quando recebem a notícia que estão com alguma doença sem perspectiva de cura não aceitam e se negam a dar continuidade

nesse processo. Esse é um estágio delicado, exige muita cautela da equipe de saúde, acolhimento deve ser proporcionado ao paciente, que necessita de atenção e de entendimento sobre o que está acontecendo.

2 – Raiva: esse estágio vem logo após o paciente entender sua condição, então ele passa a se questionar sobre os motivos que o levou a tal, indagando que não viveu o suficiente, se perguntando porque está acontecendo com ele e não com outra pesso/ essa fase envolve a família diretamente, que se torna um meio de comunicação com o paciente, tentando fazê-lo entender sua condição/ é importante respeitar a autonomia e o direito que ele tem de escolha.

3 – Barganha: aqui o paciente passa a negociar com Deus tentativas de prolongar a vida, realizando promessas de ser uma nova pessoa ou até de fazer atos de bondade.

4 - Depressão: essa fase é extremamente importante, pois quando acontece de maneira acentuada pode agravar o quadro do paciente, aqui o paciente passa a pensar nas perdas, na vida, na família, bens e tudo que adquiriu e conquistou. Essa fase costuma ser precedida de silêncio, o paciente costuma ficar sozinho e procura não expor o que sente/ é importante a presença da família para estimular a passar dessa fase, que muitas vezes não pode ser curada e o paciente leva até o final.

5 – Aceitação: por fim, alguns pacientes acabam aceitando sua condição, aceitam sua doença e a terminalidade da vida, muitos sentimentos são envolvidos, principalmente perdão, compaixão e espiritualidade, nessa fase é importante respeitar sua religião e permitir que tornem essa etapa menos dolorosa.

Alguns pacientes relatam que o sofrimento não pode ser mensurado, vai além da dor física, além dos sintomas característicos (falta de ar, náuseas ou cefaleia), abrange fatores psicológicos, condições sociais, assim como fatores espirituais, *“essa última, a mais profunda e complexa de todas, abrange as questões sobre a própria existência, sobre seu significado e sobre seu sentido”* (RIBEIRO, 2016).

Diante disso, é importante destacar que os profissionais de saúde que estão preparados para fornecer apoio, suporte e compreensão aos familiares e pacientes, são imprescindíveis para o decorrer dessa fase, adequando o paciente a sua situação e possibilitando que o sofrimento seja amenizado nos últimos momentos do curso de sua vida (CANTU; MARIUZZO; RONDINA, 2005).

Proporcionar companhias durante a fase final da vida é essencial para que o paciente não se sinta sozinho, e traga alívio para os familiares que ajudam nesse processo/ em pacientes hospitalizados é essencial liberar uma visita especial (permitir que familiares fiquem 24 horas com o paciente), para reduzir o sofrimento de ambos (CARVALHO, 2015).

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES SEM PERSPECTIVA DE CURA

A assistência de saúde ao paciente sem perspectiva de cura é fundamental, e tem como objetivo proporcionar melhor qualidade de vida, gerar conforto e diminuir a ansiedade e o sofrimento, exige um olhar mais cauteloso e diferenciado, que forneça um atendimento humanizado (FERREIRA; RAMINELLI, 2012).

Para Ferreira e Raminelli (2012):

“o enfermeiro torna-se capaz de ver o mundo e oferecer seus fundamentos e práticas essenciais para assistir, cuja prioridade é valer-se de habilidades profissionais para aliviar o sofrimento do paciente em todas as suas formas”.

O enfermeiro é visto como um sujeito do cuidado, que embasado cientificamente procura proporcionar o máximo de conforto ao paciente e a sua família, procurando avaliar o estágio da dor através da aplicação da escala de dor, deve estar atualizado na área para conhecer as faces de dor, relatos e até gestos, que ajudam a definir entre 0 a 10 o nível algíco e assim proporcionar tratamento adequado (WATERKEMPERB; REIBNITZ, 2010).

Os enfermeiros que trabalham com pacientes sem perspectiva de cura devem se comunicar constantemente com os pacientes e seus familiares buscando estabelecer um contínuo processo de comunicação e assim reduzindo a angústia e ansiedade. A comunicação é vista como terapêutica pois permite trabalhar com sentimentos, onde eles podem demonstrar o que pensam sobre o morrer, como se sentem e o que pode ser oferecido para reduzir a dor (ARAUJO; SILVA, 2007).

Por fim, a assistência de enfermagem na fase final da vida deve ver o paciente com um ser holístico em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e

espirituais, devendo ser um ser único e complexo, dependente de cuidados integrais, humanizado e específicos (ARAUJO; SILVA, 2007)

O cuidado no paciente sem perspectiva de cura envolve diversas pessoas: o paciente, sua família, equipe multiprofissional de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo e toda equipe assistencial)/ é um momento difícil de ser avaliado e alguns sentimentos tomam conta do paciente e de todas as pessoas que estão envolvidas, solidão, culpa, sofrimento, dor, angústia, são alguns dos relatos que devem ser trabalhados para serem reduzidos durante essa fase (CARVALHO, 2015).

Para Monteiro e Vall (2010), o cuidar humanizado na fase final da vida torna a morte mais digna, assim como garantir suporte e acolhimento aos pacientes/ é de responsabilidade da enfermagem acompanhar os pacientes e se preparar para uma assistência correta, vendo o paciente em múltiplas dimensões.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPOS E MÉTODO

Trata-se de pesquisa de revisão sistemática de dados qualitativos

A pesquisa bibliográfica permite busca e refinamento da literatura sobre os artigos publicados no tema. Os materiais coletados são organizados de acordo com a fonte científicas e os meios de divulgação facilitando o entendimento do leitor e dispondo o maior número de informações a respeito do tema (FRANÇA; MATTA; ALVES, 2012; CERVO; BERVIAN, 2002).

A revisão sistemática é formada por etapas bem delimitadas, de forma meticulosa e formal. A primeira fase consiste no planejamento: deve ser realizada de maneira clara e criteriosa, para evitar impactos negativos futuros, deve-se verificar na literatura quais são as necessidades, verificar se existem artigos de qualidade publicados sobre a temática e se existe revisão sistemática sobre o tema em questão. Deve-se então definir a questão norteadora da pesquisa, bem como apresentação dos passos da revisão. O início da pesquisa deve ser feito através da busca primária na literatura, posteriormente estes são selecionados, lidos e analisados quanto a qualidade. Procede-se então à síntese dos achados, sendo que deve-se iniciar a escrita através dos resultados encontrados (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

E por fim a abordagem qualitativa é descrita por Silveira e Córdova (2009) como não haver a busca de representatividade em números, mas sim na compreensão dos fatos e eventos, buscam explicar valores, sentimentos e percepções, com o objetivo de trazer amostrar aprofundadas, portanto este tipo de pesquisa não se preocupa com dados que não podem ser quantificados mas sim com dados que podem ser compreendidos e explicados através de fatos (compreender os fenômenos, descrevê-los e explicá-los). Portanto, optou-se por abranger apenas estudos com essa abordagem para o alcance dos resultados.

3.2 QUESTÃO NORTEADORA

Para a construção da pergunta de pesquisa utilizou-se a Estratégia PICO, específica para formulação de estudos qualitativos, sendo P = População/Paciente (Enfermeiro), I= Fenômeno de Interesse (Distanásia) e Co = Contexto (no Brasil)

O estudo pretende responder o seguinte questionamento: Qual a percepção dos enfermeiros sobre distanásia?

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de inclusão:

- Artigos originais;
- Estudos publicados sem delimitação de tempo;
- Estudos publicados no idioma português;
- Estudos com abordagem qualitativa.

Critérios de exclusão:

- Estudos não disponíveis na íntegra;
- Estudos publicados em revistas não indexadas;
- Revisões de literatura, cartas ao editor e editoriais.

3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada nas bases de dados vinculadas a Biblioteca virtual da Saúde BVS: *Lilacs* (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) *Scielo* (Scientific Eletronic Library Online), BDENF (bases de dados da enfermagem) e no site de busca *Google acadêmico* com o objetivo de abranger o maior número possível de artigos sobre a temática.

Para pesquisa foram utilizados os Decs (Descritores em Ciências da Saúde), são eles: percepção, enfermeiros, distanásia. Foi utilizado o operador de pesquisa

booleano: AND. O período das buscas foi compreendido entre junho a novembro de 2017.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inicialmente armazenados em pastas de acordos com a base de dados e posteriormente analisados criticamente, separados, categorizados de acordo com a temática abordada. Os dados foram apresentados em quadro sinóptico de acordo com autor, ano de publicação, objetivos, tipo de estudo e principais resultados e nível de evidência.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a resolução 466 de 2012, por se tratar de revisão da literatura, no entanto serão respeitados os preceitos éticos inerentes a prática de plágio e direitos autorais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS A PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Figura 1 - relação dos artigos encontrados entre os descritores e as bases de dados utilizadas para a pesquisa

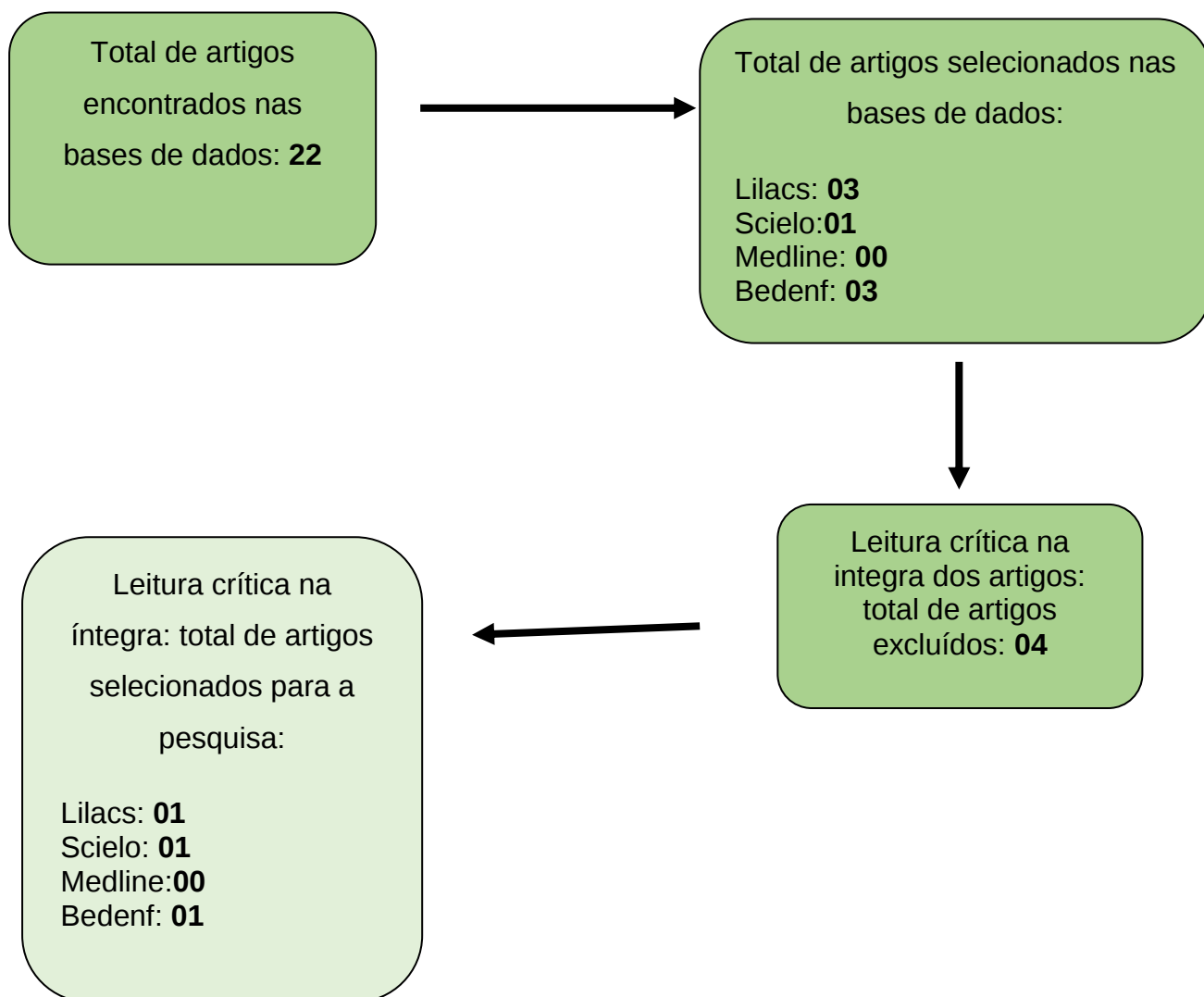


Tabela 1 - artigos selecionados para a pesquisa, de acordo com: classificação dos artigos, autor, ano, título e revista

Nº	Autor:	Ano	Título:	Revista:
01	SILVA, FS; PACHEMSHY, LR; RODRIGUES, IG.	2009	Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva.	Revista Brasileira de Terapia Intensiva
02	MENEZES MB; SELLI L; ALVES JS	2009	Distanásia: Percepção dos profissionais da enfermagem.	Revista Latino Americana Enfermagem
03	SILVA RS; EVANGELISTA CLS; SANTOS RD; PAIXÃO GPN; MARINHO CLA; LIRA GG	2016	Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia	Revista bioética

Tabela 2 – Artigos Excluídos

Nº	Autor:	Título:	Revista:	Motivo da exclusão
01	ONETI CF; BARRETO DMD; MARTINS EL	Percepção dos profissionais de enfermagem frente a prática de distanásia e ortotanásia	Enfermagem em Foco	Artigo com abordagem quantitativa
02	FERNANDES AS; COELHO SPF	Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão da enfermagem	Revista CUIDARTE	Artigo quantitativo
03	TOFFOLETO 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	ACTA Paulista	Não abordava o objetivo do estudo

Quadro 1 - Representação do nível de evidência

Nº01	MENEZES, MB; SELLI, L; ALVEZES, JS.	Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem	Nível de evidência: 6
Objetivo: Nesta pesquisa buscou-se conhecer se os enfermeiros identificam a distanásia como parte do processo final da vida de pessoas em terminalidade, internadas em UTI adulto.			
Método: O estudo é de natureza exploratória, com abordagem qualitativa			
Resultado principal: Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com 10 enfermeiros com, no mínimo, um ano de experiência em UTI, e interpretados pela análise de conteúdo. Teve-se como resultado que os enfermeiros compreendem e identificam a distanásia e se opõem à mesma, trazendo elementos da ortotanásia como procedimento adequado para pacientes em terminalidade.			

Quadro 2 - Representação do nível de evidência

Nº02	SILVA, FS; PACHEMSHY, LR; RODRIGUES, IG.	Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva	Nível de evidência: 6
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.			
Método: 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.			
Resultado principal: 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.			

4.2 COMPREENSÃO DO TERMO DISTANÁSIA

Embora exista certa complexidade de nomenclaturas no tema (distanásia, eutanásia, ortotanásia, mistanásia) é de suma importância para o enfermeiro e equipe da saúde saberem conceitualmente o que cada uma delas significa, esta necessidade levou a criação desta categoria introdutória.

As Falas retiradas do artigo 02, apresentam trechos sobre o que os enfermeiros pensam a respeito da definição de distanásia:

[...] distanásia é morrer com dor, né? é morrer com sofrimento (S1).
Eu acredito que na UTI a gente faz muita distanásia, a gente prolonga o sofrimento dos pacientes, muitas vezes (S2).
[...] a distanásia é esse morrer de uma forma cruel (S4).
[...] tu distância o paciente da morte, tu usas medidas pra distanciá-lo da morte (S3).

Os enfermeiros que responderam ao questionamento trabalham com cuidados intensivos e demonstraram conhecer a definição do termo “distanásia”, deixando explícita por vezes a insatisfação da prática que traz sofrimento prolongado e desnecessário ao paciente.

4.3 SENTIMENTOS E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE A DISTANÁSIA

De acordo com Silva, Pachemshy e Rodrigues (2009) os pacientes críticos sem perspectiva de cura geralmente rendem altos lucros para a instituição de saúde, já que tecnologia e drogas de última geração são utilizadas em um tratamento que visa apenas a manutenção da vida sem necessariamente trazer qualquer benefício ou conforto ao cliente, fator que leva ao descontentamento dos enfermeiros que os assistem, evidenciado nas falas retiradas do artigo 01:

[...] investimento muito grande nestes pacientes com custos altíssimos [...]
Enfermeiro 2
O investimento muito alto em medicamentos, mesmo sendo a família já comunicada do prognóstico e da não possibilidade terapêutica. Enfermeiro 1

Os tratamentos medicamentosos e as inovações tecnológicas utilizadas nos pacientes em distanásia, representam um mercado consideravelmente grande e “capitalista”, pois a lucratividade das instituições é alta e, portanto, manter o paciente

vivo mediante tais condições torna-se opção mercadológica estratégica que de maneira alguma respeita os preceitos da ética e da dignidade da pessoa humana.

Muitas vezes novas tecnologias médicas geram altos investimentos e acabam trazendo esperanças para os familiares que acreditam na melhora do paciente, porém esses procedimentos são fúteis e desnecessários e apenas prolongam a vida, mas não a recuperam, acarretando mais sofrimento ao paciente e família (FERNANDES; COELHO, 2014).

Para reverter tais situações os enfermeiros procuram conversar com a equipe médica, falas retiradas do artigo 01:

[...] eu procuro intervir com as “armas” que eu tenho, que é a argumentação com o plantonista com o qual eu estou trabalhando. Enfermeiro 2
Eu procuro negociar caso a caso com o plantonista e normalmente a gente é bem-sucedido. Enfermeiro 2

Muitas vezes a distanásia é uma decisão final do médico, como citado por vários enfermeiros, tendo uma ausência de comunicação entre os membros da equipe, gerando discordância entre estes, tendo em vista que o enfermeiro é o profissional que fica mais tempo o paciente, detendo de conhecimento suficiente para opinar no processo de distanásia esta decisão deveria ser conjunta (FERNANDES; COELHO, 2014).

De acordo com Oneti, Barreto e Martins (2017) a ausência da comunicação entre os profissionais de saúde traz muitos malefícios ao tratamento do paciente em fase terminal, assim como não passar o caso adequadamente entre os turnos geram condutas e cuidados diferentes, não atendendo o paciente de uma maneira integral.

4.4 SENTIMENTOS DOS ENFERMEIROS FRENTE A DISTANÁSIA

Identificar os sentimentos dos enfermeiros é importante, pois diante dessas situações esses profissionais se sentem impotentes e frustrados, como citados no artigo 01:

Bom, eu me sinto triste e frustrada. Enfermeiro 2
A gente (enfermeiros) se sente impotente. Enfermeiro 1

Reconhecer os sentimentos dos enfermeiros frente a distanásia demonstra o despreparo desses perante a morte, associando a perda do paciente com incompetência profissional, demonstrando a limitação do ser humano e inevitabilidade da morte (SILVA; PACHEMSHY; RODRIGUES, 2009).

A fragilidade e a angustia são sentimentos mais comuns nos enfermeiros, que revelam a morte do paciente como falha na assistência, sendo mais intensos quando os pacientes são mais jovens, gerando sofrimento no ambiente de trabalho que se perduram por anos, muitos citam a espiritualidade como estratégia para diminuir o impacto emocional gerado pelas mortes constantes (ONETI; BARRETO; MARTINS, 2017).

De acordo com artigo selecionado é notável a angustia do profissional da enfermagem diante da distanásia, essa angustia se dá pela vivência de acompanhar o familiar e o paciente sofrendo frente a procedimentos tão dolorosos, de acordo com as pesquisas enfermeiros americanos já realizaram procedimentos para antecipar a morte do paciente com intuito de acabar com toda dor (SILVA; PACHEMSHY; RODRIGUES, 2009).

4.5 FATORES QUE LEVAM A DISTANÁSIA

Infelizmente os motivos que levam tal ato distanásico é o giro lucrativo que os hospitais obtém, prolongar a morte do paciente são dias a mais para se ter diárias lucrativas de internação. Outro fator é a falha de comunicação entre a equipe, que não vê o paciente como um todo e sim como um problema que se tem para resolver. Conforme dito acima isso pode ser evidenciado pelas falas dos enfermeiros abaixo (SILVA; PACHEMSHY; RODRIGUES, 2009).

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

Observamos diversas falhas pela equipe de saúde e o uso ilegal de tal prática as vezes consciente e inconsciente, porém o que falta é a comunicação principalmente pelos enfermeiros que acabam abaixando a cabeça para os médicos

e se mantendo distanciados de um posicionamento, que pode ser explicado pelo comodismo de seguir prescrição médica e pela falta de comprometimento em querer manter o tratamento humanizado (SILVA; PACHEMSHY; RODRIGUES, 2009).

4.6 MECANISMOS UTILIZADOS NA DISTANÁSIA

Vários são os mecanismos existentes no âmbito saúde para um melhor tratamento ao paciente, são várias as tecnologias ofertadas e com isso mais alternativas para empregar no tratamento do cliente, porém o que observamos é a prática impropria desses mecanismos de custo elevado em pacientes fora de possibilidade terapêutica (MENEZES, SELLI, ALVES; 2009).

[...] eles fazem diversos procedimentos invasivos como cateter de Swan-Ganz, outros tipos de cateteres, investem muito em antibióticos caros. (E4)
[...] às vezes hemodiálise [...] E7
[...] investimento muito grande nestes pacientes com custos altíssimos [...] E2

A tecnologia está cada vez mais avançada e no âmbito saúde não é diferente, é observado drogas de última geração, máquinas sofisticadas e de mecanismos que ajudam na preservação da vida, até mesmo aparelhos que substituem órgãos vitais do corpo humano. É claro que quando se fala em tecnologia o custo é alto e o que notamos é o uso inadequado da mesma, pacientes que realmente tem chances de sobrevivência deixa de ser utilizado esse suporte disponível, e é utilizado naquele paciente no qual a morte é certa (MENEZES, SELLI, ALVES; 2009).

4.7 O FAMILIAR NO PROCESSO DA DISTANÁSIA

Conforme já dito antes, a distanásia implica na utilização fútil da medicina no tratamento de um paciente que não possui mais possibilidade de ser curado, porém para a família é difícil de aceitar o fim, e os mesmo ficam esperando por um milagre (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009).

[...] o médico deixa claro, mas a família não quer, eles preferem que invista tudo e aí a gente sente que o paciente mantém o sofrimento mesmo, daí entra no que tu estás falando sobre a distanásia (S4).
[...] a família não aceita que se tire tudo, que se deixe só como paciente suporte, que este paciente realmente é terminal, tem que deixar bem claro, mas a família não aceita, é uma decisão da família (S10).

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

Muitos são os motivos para empregar a distanásia como forma de tratar, mas um dos motivos que mais influenciam sem dúvidas é a influência da família (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009).

A ideia de aceitar que a morte é inevitável, para muitas famílias é algo que não está moralmente correto, ou seja, para o familiar não está certo deixar de “lutar” pela vida do parente, o que isso terá como resultado será uma mobilização de todo um aparato medico inútil, que só levará mais dor e sofrimento ao paciente (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009).

E essa sem dúvida é a maior dificuldade e obsta a um tratamento mais digno ao paciente sem perspectivas de cura terapêutica, afinal, muitos pacientes, inclusive em estado de coma não podem responder por seu tratamento, e a família não tem condições de entender que a morte poderá abraçá-lo e livrar o seu parente de tanta dor e sofrimento, a família procura uma série de tratamentos, sem perspectiva e as vezes experimentais, com a ideia de que têm que fazer de tudo na esperança de que podem “salvar” o parente (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009).

4.8 TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NA DISTANÁSIA

O limiar entre o paciente crítico terapeuticamente recuperável e aquele que é considerado “terminal” é por vezes difícil de se determinar, sendo este o principal fator que leva a prática de distanásia. Estabelecer consenso para as diversas possibilidades de terminalidade é algo impossível, logo, mesmo com certa subjetividade a equipe multiprofissional deve ser capaz de utilizar o bom senso, embasado no conhecimento científico, para então ter a tomada de decisão final, as falas a seguir foram retiradas do artigo 01:

[...] manter conforto, a ausência de dor. (Enfermeiro 5)

[...] o paciente não tem que ter dor. (Enfermeiro 4)

[...] cuidados de enfermagem integrais, com higiene, mudança de decúbito, até mesmo alimentação eu acho que tem que ter. Água. Paciente tem que tá limpo, trocado. Enfermeiro 4

[...] tem que se investir tudo no conforto pra ele, né? tirar sofrimento, né? ter uma boa analgesia para este paciente, porque não tem mais o que fazer

além do tratamento, então, eu acho que o conforto tem que ser priorizado (S9) – artigo 02.

[...] eu acho que a enfermagem realmente se ocupa pouco disto, porque o processo de trabalho da enfermagem também não permite que a gente pare e discuta sobre este tema, a morte.

[...] a gente não consegue assim influenciar nesta decisão, não consegue participar desta decisão, acho que a enfermagem também deveria participar mais desta decisão até pra poder depois preparar a sua equipe.

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

As falas citadas acima demonstram a preocupação com a ausência de dor e com o conforto do paciente, sendo que a impossibilidade de cura não justifica a ausência de cuidados, proporcionar um atendimento com dignidade até a sua morte (SILVA; PACHEMSHY; RODRIGUES, 2009).

Embora o enfermeiro saiba exatamente a definição do termo distânasia e a veja como futilidade terapêutica, ainda se faz necessário reflexão sob tal prática e implementar cuidados que respeitem a dignidade humana (SILVA et al;2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Está revisão analisou 03 estudos no tema e discutiu os achados com a criação das seguintes categorias: 1- caracterização da literatura; 2- compreensão do termo distanásia; 3- sentimentos e percepção do enfermeiro sobre distanásia; 4- fatores que levam a distanásia ; 5- mecanismos utilizados na distanásia; 6- o familiar no processo da distanásia; 7- tomada de decisão do enfermeiro na distanásia.

Identificou-se que os enfermeiros possuem conhecimento sobre a distanásia, a veem como sofrimento prolongado e um tipo de violência à dignidade da pessoa humana. Identificou-se também a preocupação com os altos investimentos e a pouca participação no processo de tomadas de decisões sobre a persistência da distanásia ou adoção de práticas paliativas.

Fica evidente o despreparo na formação dos profissionais da saúde para que lidem com a morte e a terminalidade, por vezes os sentimentos de impotência e fracasso profissional emergem como uma mola propulsora da prática da distanásia.

Por fim, o enfermeiro deve possuir conhecimentos suficientes para tomar decisões adequadas, promover conforto e reduzir o sofrimento do paciente e sua família, existe a necessidade de treinamentos e capacitação desses profissionais, para estarem preparados para lidar com a terminalidade da vida, o início desse preparo deve ocorrer durante a graduação e ser elemento indispensável na grade curricular de outros cursos das áreas da saúde. Com relação à produção científica no tema “Percepções dos enfermeiros sobre distanásia” é ainda incipiente, outros estudos devem ser realizados para caracterizarem de maneira mais efetiva o fenômeno e esforços legais e de protocolos internacionais devem ser implementados, a fim de oferecer consenso para um dilema ético que fere o princípio básico da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, MMT; SILVA, MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP**; 41(4):668-74, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400018> Acesso em: 16 out. 2017.

AZEVEDO, LCP; TANIGUCHI, LU; LADEIRA, JP. **Medicina Intensiva abordagem prática**- 1.ed. E Manole, - Barueri, SP, 2013. Disponível em: <<http://docs11.minhateca.com.br/716462590,BR,0,0,Medicina-intensiva-abordagem.pdf>> Acesso em: 11 set. 2017.

BOMTEMPO, TV. A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: uma análise constitucional. **Revista Páginas de Direito**, Porto Alegre, ano 15, nº 1239, 11 de maio de 2015. Disponível em: <<http://www.tex.pro.br/artigos/305-artigos-mai-2015/7121-a-ortotanasia-e-o-direito-de-morrer-com-dignidade-uma-analise-constitucional>> Acesso em: 01 nov. 2017.

BORGES, ADVS; SILVA, EF; TONIOLO, PB; MAZER, SM; VALLE, ERM; SANTOS, MA. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a14>> Acesso em: 11 set. 2017.

CANTU, F; MARIUZZO, T; RONDINA, RC. A percepção da iminência da morte em pacientes terminais: dilemas, conflitos e angústias. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**. Ano III, Número 04, maio de 2005. Disponível em: <http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/kvpAiHB816pC5Om_2013-4-30-15-9-3.pdf> Acesso em: 05 set. 2017.

CARVALHO DBG. **A enfermagem e o paciente com câncer terminal: Cuidados paliativos em pauta**. Faculdade de Pindamonhagaba, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.funvicpinda.org.br:8080/jspui/bitstream/123456789/395/1/DomilenaCARVALHO.pdf>> Acesso em: 05 set. 2017.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

FERNANDES, AS; COELHO, SPF. Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem: revisão integrativa. **Revista cuidarte**. Vol. 5, Núm. 2 (2014). Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/122>> Acesso em: 02 nov. 2017.

FERREIRA APJ, SOUZA LJ, LIMA AAF. O profissional de saúde frente à distanásia: uma revisão integrativa. **Bioethikos**; 5(4):462-469; 2011. Disponível em: <<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/89/A14.pdf>> Acesso em: 01 nov.2017.

FERREIRA, VS; RAMINELLI, O. O olhar do paciente oncológico em relação a sua terminalidade: ponto de vista psicológico. **Rev. SBPH** vol.15 no.1 Rio de Janeiro jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100007> Acesso em: 12 ago.2017.

FILHO, FSFN. **Eutanásia e dignidade da pessoa humana**: uma abordagem jurídico-penal. Universidade Federal da Paraíba centro de ciências jurídicas. João Pessoa. 2010. Disponível em: <<http://www.ccj.ufpb.br/pos/contents/pdf/bibliovirtual/dissertacoes-2008/eutanasia-e-dignidade-da-pessoa-humana-uma-abordagem-juridico-penal.pdf>> Acesso em: 06 nov.2017.

FRANÇA, C. L.; MATTA, K. W.; ALVES, E. D. Psicologia e educação a distância: uma revisão bibliográfica. **Psicologia: Ciência & Profissão**, v. 32, n. 1, p. 4-15, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932012000100002&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 05 jul.2017.

GALVÃO TF; PEREIRA, MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.23 n.1 Brasília mar. 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742014000100018> Acesso em: 01 jul.2017.

GUTIERREZ, P. L. O que é o paciente terminal? À beira do leito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 47(2), 92-92, 2001). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302001000200010> Acesso em: 01 ago.2017.

KOHLER, LB; CERCHIARO, ACB; LEVITES, MR. **Cuidados paliativos ambulatoriais e qualidade de vida em pacientes oncológicos**. Diagn Tratamento.21(3):101-5, 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1361/rdt_v21n3_101-105.pdf> Acesso em: 23 jul.2017.

MENEZES MB, SELLI L, ALVES JS. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem**;17(4):443-448; 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692009000400002&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 06 nov.2017.

MONTEIRO, FF; OLIVEIRA, M; VALL, J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. **Rev Dor. São Paulo**, jul-set;11(3):242-248, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n3/a1470.pdf>> Acesso em: 01 set.2017.

NIÑO, LF. **Eutanasia**. Morrir com Dignidad. 1ª reimpressão. Buenos Aires: Ed. Universidad, 2005

ONETI, CF; BARRETO, DMO; MARTINS, EL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à prática da distanásia e ortotanásia. **Enferm. Foco**; 8 (2): 42-46; 2017. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/727>> Acesso em: 06 nov.2017.

QUINTANA AM; KEGLER, P; SANTOS, MS; LIMA, LD. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia**.16(35),415-25, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300012> Acesso em: 01 ago.2017.

SANTOS, DBA; LATTARO, RCC; ALMEIDA, DA. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura. **Revista de iniciação científica de libertas**, V.01, n.01, p. 72 – 84, dez. 2011. Disponível em: < <http://www.libertas.edu.br/revistalibertas/revistalibertas1/artigo05.pdf>> Acesso em: 01 set.2017.

SILVA, FS; PACHEMSHY, LR; RODRIGUES IG. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva** vol.21 no.2 São Paulo Apr./June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2009000200006> Acesso em: 10 nov.2017.

SILVEIRA, DT; CÓRDOVA, FP. **A pesquisa científica**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, 1 ed, p120, 2009.

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**.18(3):307-12, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002005000300012&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 06 nov.2017.

WATERKEMPER R, REIBNITZ KS. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) mar;31(1):84-91, 2010. Disponível em: < Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) mar;31(1):84-91, 2010.> Acesso em: 01 ago.2017.

FERNANDES MA, EVANGELISTA CB, PLATEL ICS, AGRA G, LOPES MS, RODRIGUES FA. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Rev Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro (RJ),2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a13.pdf>> Acesso em: 10 nov.2017.