

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JOÃO GREGÓRIO NETO

**CONFLITOS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS
RELATIVOS A PACIENTES TERMINAIS.**

**SÃO PAULO
2010**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JOÃO GREGÓRIO NETO

**CONFLITOS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS
RELATIVOS A PACIENTES TERMINAIS.**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Programa de Pós Graduação em Gerenciamento em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

**SÃO PAULO
2010**

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL
DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO
CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Assinatura: _____ **Data** ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Gregório Neto, João.

Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros relativos a pacientes terminais / João Gregório Neto. – São Paulo, 2010.

68 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo.

1. Cuidados a doentes terminais (ética) 2. Assistência de enfermagem (ética) 3. Análise de conteúdo 4. Pesquisa qualitativa. I.Título.

Nome: João Gregório Neto

Título: Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros relativos a pacientes terminais.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

O dom de estar aqui deve ser dedicado a Deus.

Aos doentes terminais que estão à procura do alívio de seus sofrimentos.

Aos profissionais da saúde que proporcionam cuidados e conforto aos seres humanos.

Agradecimentos

Aos meus pais, João e Givonete, pelo dom da vida.

À minha esposa, Natalia, pelo amor, paixão e compreensão.

Aos meus irmãos, Pedro e Cristiano, que são exemplos de que a vida é bela.

À Profa. Dra. Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo, pela paciência e dedicação, e diante de minhas dificuldades ser exemplo de sabedoria.

Às irmãs de Santa Marcelina, por confiarem em meus esforços e por me permitirem ser um profissional melhor.

Aos docentes da Escola de Enfermagem da USP, em especial ao Prof. Genival, pelo incentivo constante.

Aos meus amigos do Hospital Santa Marcelina do Itaim Paulista, que me encorajam na minha caminhada.

Gregório Neto J. Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros relativos a pacientes terminais [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos conhecer os conflitos éticos relativos a pacientes terminais identificados por enfermeiros das clínicas médica, cirúrgica e pronto socorro adulto de um hospital público e geral; compreender como os enfermeiros tomam as decisões frente a conflitos éticos referentes a esses pacientes e conhecer o que é levado em consideração, pelos enfermeiros, para a tomada de decisão frente a conflitos éticos relacionados a pacientes terminais. Foi feito um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin. Foram entrevistados dez enfermeiros de um hospital público e geral do Município de São Paulo. Após a análise, emergiram três categorias e quinze sub-categorias: Categoria 1- A vivência dos enfermeiros em relação ao paciente terminal. Subcategorias: Cuidados como condição essencial para assistência aos pacientes terminais; Postura da família frente ao paciente terminal; Conseqüências da vivência profissional com pacientes terminais; e Postura profissional frente aos pacientes terminais. Categoria 2- Fatores geradores de conflitos éticos em relação ao paciente terminal. Subcategorias: Obstinação terapêutica; Situações administrativas; A quebra do sigilo e desrespeito à privacidade do paciente terminal; Despreparo profissional; e Falta de autonomia do enfermeiro. Categoria 3- Fatores considerados para a tomada de decisão em relação aos conflitos éticos frente ao paciente terminal. Subcategorias: Os aspectos ético-legais; O uso do conhecimento científico; A participação das equipes multiprofissional e de enfermagem; O respeito à autonomia do paciente e da família; A importância do esclarecimento de pacientes e familiares; e A multifatorialidade concorrendo para a tomada de decisão. O estudo evidenciou que os conflitos éticos relativos aos pacientes terminais, vivenciados pelos enfermeiros, emergem de seu cotidiano e são decorrentes de diversos fatores relacionados à assistência, ao gerenciamento e à capacitação dos profissionais. Foi evidenciado, ainda, que os enfermeiros apontam fatores que devem ser levados em consideração no processo de tomada de decisão, mas revelam sua pouca participação nesse processo frente aos conflitos éticos relativos a pacientes terminais.

Descritores: Doente terminal; Ética; Assistência de Enfermagem.

Gregorio Neto J. Ethical conflicts experienced by nurses relative the patient terminals [dissertation]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2010.

ABSTRACT

The present study aims to identify and understand the ethical conflicts related to terminal patients experienced by nurses and are what considered for decision making to cope with these conflicts. The methodology adopted was the qualitative strand, using the content analysis proposed by Bardin. Ten nurses were interviewed in a general hospital in Sao Paulo. After the analysis emerged three categories and fifteen sub-categories: Category 1 - The experience of nurses in relation to the patient terminal. Subcategories: care as an essential condition for assistance to terminally ill patients; Posture family towards the patient terminal; Consequences of professional experience with terminal patients, and professional attitude to patients facing terminal. Category 2 - Factors generators to ethical conflicts in respect to the terminal patient. Subcategory: Therapeutic futility; Situations administrative on generating of conflict; The breaking secrecy and privacy disrespect of the patient terminal; A lack of professional preparation; and lack of autonomy of nurses. Category 3 - Factors considered in the decision-making in relation to the conflicts ethic facing the terminally ill patient. Subcategories: ethical and legal aspects; The use of scientific knowledge; The participation of multidisciplinary teams and nursing staff; The Respect for patient autonomy and family; The importance of clarifying patients and families, and, The multifactorial competing to decision-making. The study showed that ethical conflicts related to the patients, experienced by nurses, emerge from their everyday and are caused by several factors related to assistance, to management and capacitation professional. It was evidenced, also, that the nurses point to factors that must be taken account in decision-making process, but they reveal their little participation in this process front to the ethical conflicts related to terminally ill patients.

Descriptors: Terminally ill; Ethics, Nursing Care.

Sumário

1	Introdução.....	18
1.1	O interesse pelo tema	18
1.2	O paciente terminal	20
2	Objetivos.....	25
3	Trajectoria Metodológica.....	26
3.1	A escolha metodológica	26
3.2	O cenário do estudo	26
3.3	Os sujeitos da pesquisa	27
3.4	Os Procedimentos para a coleta de dados.....	27
3.5	A Análise dos dados.....	29
4	Caracterização dos sujeitos	31
5	Apresentação e análise dos dados.....	32
5.1	A vivência dos enfermeiros em relação ao paciente terminal.....	32
5.1.1	Cuidados como condição essencial para assistência aos pacientes terminais	32
5.1.2	Postura da família frente ao paciente terminal	35
5.1.3	Conseqüências da vivência profissional com pacientes terminais	37
5.1.4	Postura profissional frente aos pacientes terminais	39
5.2	Fatores geradores de conflitos éticos em relação ao paciente terminal.....	43
5.2.1	Obstinação terapêutica	44
5.2.2	Situações administrativas geradoras de conflitos	46
5.2.3	Quebra do sigilo e desrespeito à privacidade do paciente terminal	48
5.2.4	Despreparo profissional	50
5.2.5	Falta de autonomia do enfermeiro	51
5.3	Fatores considerados para a tomada de decisão em relação aos conflitos frente ao paciente terminal	53
5.3.1	Os aspectos ético-legais	53
5.3.2	O uso do conhecimento científico	54
5.3.3	A participação das equipes multiprofissional e de enfermagem	55
5.3.4	O respeito à autonomia do paciente e da família	57
5.3.5	A importância do esclarecimento de pacientes e familiares	59
5.3.6	A multifatorialidade concorrendo para a tomada de decisão	60
6	Síntese.....	63
7	Considerações finais	67
	Referências.....	68
	Anexos	73
	Anexo 1 – Carta de solicitação à Instituição	73
	Anexo 2 - Aprovação do Comitê de Ética	74
	Anexo 3 - Instrumento de coleta de dados	75
	Anexo 4 – Termo de consentimento	76

1 Introdução

1.1 O interesse pelo tema

No decorrer do curso de Graduação em Enfermagem, identifiquei-me com a disciplina de Ética e Bioética, pois os temas abordados geravam muitas inquietações, como pesquisa com seres humanos, reprodução humana assistida, aborto, transfusão sanguínea em Testemunhas de Jeová, biotecnologia, células tronco embrionárias, eutanásia, distanásia, terminalidade de vida, dentre outros.

O mergulhar nas questões éticas me proporcionou uma maior reflexão sobre o mundo em que vivemos e a relação do homem consigo mesmo e com a sociedade. Compreendi que a busca dos valores éticos é necessária, pois vivemos em uma sociedade pluralista, tecnológica e globalizada, e que a necessidade da reflexão humana é pertinente em todas as áreas, principalmente na área da saúde, onde o instrumento de ação é a vida humana.

A reflexão diante dos conflitos éticos sempre fez parte de minha formação e atuação profissional. Recentemente, os conflitos relacionados à morte e ao morrer passaram a emergir com mais frequência, pelo surgimento de indagações decorrentes do questionamento de pacientes e familiares sobre condutas tomadas pelos profissionais diante da proximidade da morte dos pacientes terminais. Esse contexto contribuiu para intensificar reflexão ética frente à situação.

Logo após o término da graduação, em 2004, fui convidado pela instituição das Irmãs Marcelinas para ser docente da Escola de Formação de Profissionais da Saúde Sophia Marchetti, ministrando, aulas no Curso Técnico de Enfermagem, Curso Técnico em Radiologia Médica e Curso Técnico em Biodiagnóstico, sendo responsável pelas disciplinas de Ética e Bioética.

Para aperfeiçoar o ser professor, no processo ensinar-aprender, em 2006, cursei Especialização em Educação e Formação em Saúde na Faculdade Santa Marcelina. O curso proporcionou reflexão do processo ensino aprendido, principalmente em relação a uma formação crítica e reflexiva dos discentes.

Os desafios encontrados no ensino da ética e bioética levou-me a realizar um Curso de Especialização em Bioética, em 2007, na Universidade Federal de

Lavras. Durante o curso, surgiram questionamentos relativos aos conflitos éticos em cuidados paliativos, objeto de minha monografia.

A paixão, o encantamento e o direcionamento de estudos e pesquisas sobre a dimensão ética levaram-me a acreditar que as reflexões geradas por essa dimensão colaboram com a formação crítica, pois acredito que a ética está presente em todo o processo de trabalho.

Em 2008, fui convidado a fazer parte da equipe de enfermagem da Organização Social de Saúde Santa Marcelina, do Itaim Paulista, como supervisor de enfermagem. Nesse contexto, os questionamentos e a reflexão sobre os conflitos éticos aumentaram, pois a realidade da assistência mostrava que muitos desafios deveriam ser encarados em busca de uma melhor qualidade de vida aos pacientes, para respeitar a sua dignidade.

Diante do ser supervisor de enfermagem, os pacientes e familiares me procuravam constantemente para sanar dúvidas sobre a assistência de enfermagem e à saúde. Alguns questionamentos eram de caráter ético, como a questão da proximidade da morte e do investimento diante de uma doença terminal. Percebia que os enfermeiros que estavam nas clínicas de internação, também vivenciavam esse processo com pacientes e familiares.

Os conflitos éticos vivenciados no cotidiano, em relação à vida humana, são inúmeros, desde o nascer, como o aborto, ao morrer, exemplo a eutanásia e a obstinação terapêutica. Diante desse contexto, o lidar com pacientes terminais, na prática profissional sempre fomentou algumas perguntas:

A autonomia do paciente terminal deve ser respeitada? Qual o papel dos familiares no processo de cuidar? Como deve ser a postura dos profissionais diante da terminalidade? Como trabalhar o limite entre ética, moral e legalidade? Como aceitar, naturalmente, a morte? Quais são os conflitos éticos relativos a pacientes terminais vivenciados pelos profissionais? Como os profissionais enfrentam os conflitos éticos relativos a pacientes terminais? Dentre outros.

Frente a essas inquietações, acredito que lidar com pacientes terminais necessita de uma reflexão ética do cotidiano, sendo que a bioética pode possibilitar o despertar dessas reflexões sobre pacientes terminais diante de seus valores éticos e morais.

Estudar os conflitos éticos relativos à terminalidade de vida possibilita os profissionais da saúde entenderem o paciente de maneira holística e, além da

dimensão técnica da assistência, respeitarem os valores e os princípios do paciente terminal e da sua família.

1.2 O paciente terminal

Nos últimos anos, a medicina foi marcada por uma série de inovações e descobertas que reduziram a morbidade, mortalidade e maior perspectiva de vida a pacientes graves, por vezes com qualidade considerável. Por outro lado, observam-se pessoas com prolongamento do sofrimento, sem qualquer perspectiva de prolongamento da vida. Assim, é essencial estudar sobre a terminalidade de vida, tentando entender o contexto e as vivências, tanto de pacientes e familiares, como de profissionais envolvidos na assistência a pacientes terminais.

Conforme Kipper (2007), na Grécia antiga existia aceitação de evitar ou retirar tratamento em pacientes terminais porque os filósofos e médicos acreditavam que prolongar o sofrimento oferecia falsas esperanças. Na Idade Média, devido a influência do Cristianismo, o respeito à sacralidade da vida tornou-se inquestionável, e, como consequência, as limitações de tratamentos foram fortemente condenadas. No século XX, a ciência e a tecnologia aumentaram a probabilidade de prolongar a vida humana.

O cristianismo, durante a história, influenciou as tomadas de decisões de toda a sociedade, estabelecendo a fé como um dos pressupostos no convívio humano. Para o Cristianismo, em relação ao momento da morte, deve prevalecer a vontade de Deus, porém com o avanço da tecnologia e da ciência, a medicina atua sobre o limite da vida humana, às vezes, prolongando ou limitando.

Esse prolongamento, muitas vezes denominado de prolongamento da vida, caracteriza-se mais como um prolongamento do processo de morrer, que é quando ocorre um aumento no tempo de vida, sem qualquer possibilidade ou perspectiva de reversão do quadro terminal do paciente e com muito sofrimento. Diante do sofrimento humano no final de sua vida, surge a necessidade de discussão dos tratamentos propostos aos pacientes terminais.

Para Kipper (1999), o paciente terminal é aquele que apresenta uma condição de irreversibilidade da doença e uma alta probabilidade de morrer num

período curto de tempo. Silva, Schramm (2007) corroboram esta afirmação referindo que é aquele que está em fase final por evolução de sua doença, sem condições de reversibilidade, frente a qualquer medida terapêutica conhecida e aplicada.

Segundo Jonsen (2006), não há qualquer norma para definição clínica de paciente terminal. O termo é frequentemente utilizado para referir-se ao prognóstico de qualquer paciente com uma doença letal. Terminal deve ser aplicado somente para os pacientes que esperam morrer de uma determinada doença, em período relativamente curto, medido em dias, semanas ou alguns meses, no máximo, apesar de um tratamento adequado.

O diagnóstico de paciente terminal é uma das questões conflitantes para os profissionais da saúde, pois são carregadas de aspectos subjetivos, tanto dos profissionais, como dos pacientes e familiares, como: cultura, espiritualidade, vínculo profissional-paciente e questões morais, éticas e técnicas. Conforme Carvalho et al (2001), a identificação do paciente terminal é complexa e não envolve unicamente um raciocínio lógico, envolve outros aspectos como sociais, morais, espirituais, culturais e éticos. Penalva (2009) refere que o diagnóstico de terminalidade da vida está intimamente relacionado à impossibilidade de cura/recuperação aliada com a iminência da morte.

Aceitar a terminalidade é difícil para os profissionais da saúde, devido a fatores como a formação centrada no curativismo, a cultura ocidental que distancia o homem da morte e o aparato tecnológico. Conforme Moritz (2005), a maioria dos profissionais da saúde aceita a doença terminal como aquela decorrente de uma enfermidade degenerativa, mas doenças agudas e potencialmente reversíveis podem evoluir com falência de múltiplos órgãos e sistemas, passando a ser uma doença terminal.

Diante da dificuldade de definir o que é paciente terminal e da não aceitação da morte, Drane (2005) afirma que permanece como um grande desafio o cultivo da sabedoria de abraçar e integrar a dimensão da finitude da vida, bem como implementar cuidados holísticos (físico, social, psíquico e espiritual) no final da vida.

Conforme Barchifontaine (2001), vivemos numa sociedade que nega a morte como fim da vida, totalmente inaceitável, encarando a morte como algo temível, pois lutamos para prolongar a vida e, em muitos casos, o prolongamento a todo custo. Para Moritz (2005), a cultura ocidental trata a morte como um castigo inaceitável, e, ela é adiada a todo custo, não fazendo parte do processo da vida.

Segundo Pessini (2004), a morte, muitas vezes, é percebida como sem sentido e, à medida que escapa do controle, é vista, pelos profissionais de saúde, como fracasso. Dessa percepção decorre o empenho no máximo prolongamento da vida, quantidade de vida, e pouca preocupação com a qualidade desse prolongamento.

O prolongamento do processo de morrer com sofrimento constitui a obstinação terapêutica ou distanásia, que Oliveira, Sá, Silva (2007) definem como “a morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”, que consiste em tornar o processo de morrer uma experiência sofrida, indigna, ética e moralmente questionada. Para Silva, Schramm (2007), a morte indigna é carregada de sofrimento e humilhação para o paciente e seu familiar, sem trazer-lhe qualquer benefício, a não ser, justamente, o prolongamento de seu sofrimento.

Menezes, Selli e Alves (2009) identificam a obstinação terapêutica no cotidiano como uma morte sofrida, com muita dor, com a introdução de tratamento agressivo que só prolonga o processo de morrer, com prolongamento do sofrimento e não da vida, não trazendo qualquer benefício terapêutico e acarretando gastos elevados para a instituição.

O prolongamento da morte com sofrimento dos pacientes terminais é uma das questões que merece reflexão pela sociedade, principalmente pelos profissionais de saúde, que devem proporcionar o alívio do sofrimento para aqueles que se encontram nessa condição, sem promover o tratamento fútil, que para Moritz (2005), é aquele que não atinge as metas pretendidas ou que apresenta pouca probabilidade de trazer benefícios.

O contexto que envolve os pacientes terminais passa pela dimensão científica e tecnológica. Oliveira, Sá, Silva (2007) acreditam que o poder sobre a morte aumenta com o domínio de tecnologias diagnósticas e terapêuticas. Essas tecnologias fazem aumentar as expectativas dos pacientes e profissionais da saúde, adiando questões que se relacionam com o final da vida, de modo que o objetivo torna-se manter a vida a qualquer custo e afastar a morte iminente. Para Pessini (2004), os avanços tecnológicos e científicos e os sucessos no tratamento de tantas doenças e deficiências humanas levaram a medicina a se preocupar cada vez mais com a cura de doenças e a colocar em segundo plano as preocupações relativas ao cuidado.

Em relação ao colocar os cuidados em segundo plano, Nunes (2008) afirma que nos hospitais os cuidados correm o risco de diminuir à medida que a necessidade dos doentes terminais aumenta. A medicalização da morte é fácil, caracterizando-se pela relação impessoal com o doente, estudos diagnósticos excessivos e agressivos, terapêuticas de alta tecnologia ineficazes e hospitalização desnecessária. Essas estratégias afastam a reflexão sobre a morte e sua inevitável proximidade. Porém, a orientação das intervenções para o alívio do sofrimento denota uma preocupação maior com a pessoa doente do que com a doença da pessoa.

A reflexão perante a terminalidade da vida passa pelos valores humanos envolvidos na saúde e na doença, na vida e na morte, considerando, principalmente, a vulnerabilidade da pessoa, como é o caso dos pacientes terminais. Quando ocorrem conflitos éticos há a necessidade de fazer uma escolha frente às alternativas que se apresentam em cada situação, o que para Gracia (2005) é sempre um problema.

No cotidiano dos profissionais confundem-se problemas, dilemas e conflitos. Para Gracia (2001) a palavra dilema vem do grego "*lêmma*" e a partir do prefixo *dís*, que significa "dois", assim, dilema significa um argumento formado por dois opostos diferentes. Conflitos são problemas. No entanto, a palavra "problema" vem do grego *próblema*, uma questão a fim de ser respondida ou resolvida. Para Gracia (2005) simplificar os conflitos ou problema em dilema pode ter conseqüências trágicas, já que as alternativas mais fáceis de serem elaboradas são as extremas.

Segundo Gracia (2005), haverá um conflito ético quando houver um conflito de valores e a Bioética vai poder colaborar com a análise desses conflitos, tendo como preocupação encontrar procedimentos para examiná-los. Nesse sentido é fundamental saber identificá-los.

Conforme Gracia (2005) é importante os profissionais saberem a diferença entre dilema e conflitos. Os conflitos se apresentam como questões abertas que não sabemos como ou se podemos resolver. A solução não está presente desde o início e a questão não é escolher entre duas respostas possíveis, mas criar ou produzir respostas certas.

Para resolução de conflitos Gracia (2001) propõe o processo de deliberação, que busca analisar os conflitos ou problemas éticos em toda sua

complexidade, ponderando os princípios e valores envolvidos, bem como as circunstâncias e as conseqüências do caso. Permite determinar que todos, ou pelo menos a maioria dos cursos de ação possam ser tomados.

Estudar os conflitos éticos relativos a pacientes terminais tem como justificativa a compreensão desses conflitos vividos pelos enfermeiros, podendo proporcionar uma assistência de enfermagem melhor qualidade, que respeite os princípios éticos na relação humana, como justiça, autonomia e dignidade da pessoa.

2 Objetivos

Conhecer os conflitos éticos relacionados a pacientes terminais identificados por enfermeiros das clínicas médica, cirúrgica e pronto socorro adulto de um hospital público, geral.

Compreender como os enfermeiros tomam as decisões frente aos conflitos éticos relativos a pacientes terminais.

Conhecer o que é levado em consideração, pelos enfermeiros, para tomada de decisão frente a conflitos éticos relativos a pacientes terminais.

3 Trajetória Metodológica

3.1 A escolha metodológica

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa.

Optou-se pela abordagem qualitativa por possibilitar a compreensão dos conflitos éticos relativos aos pacientes terminais. Segundo Trivinos (2002), a pesquisa qualitativa permite observar, descrever, descobrir, comparar e analisar as experiências vividas pelos sujeitos, que contribui para o desenvolvimento do pensamento científico.

A pesquisa qualitativa investiga aspectos como valores, crenças e vivências que permeiam as relações humanas e, no caso deste estudo, de enfermeiros com pacientes terminais, e busca a compreensão do objeto estudado. Minayo (2005) refere que na abordagem qualitativa não se quantificam respostas e, sim, busca-se o ponto de vista dos entrevistados a respeito dos temas em questão.

Como método foi utilizada a análise de conteúdo descrita por Bardin (1977), composta por um conjunto de passos que têm na linguagem dos discursos dos sujeitos da pesquisa o material para sua análise.

3.2 O cenário do estudo

O estudo foi realizado em um hospital público, geral, de grande porte, com 266 leitos, localizado na Zona Leste de São Paulo, com caráter de Organização Social de Saúde (OSS), que é acreditada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

A instituição atende as especialidades de clínica médica, cirurgia geral, ginecologia, pediatria, neonatologia, ortopedia, psiquiatria, urologia, vascular, obstetrícia e terapia intensiva, sendo aproximadamente 20.000 atendimentos por mês no pronto socorro e 6.500 atendimentos ambulatoriais.

Na instituição tem, aproximadamente, 585 colaboradores da equipe de enfermagem e, dentre esses, 95 enfermeiros. Nas clínicas médica, cirúrgica e pronto socorro, que fizeram parte do estudo, constituem o quadro pessoal 24 enfermeiros divididos entre os turnos da manhã, tarde e noite A e B.

3.3 Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros do pronto socorro adulto, clínica médica e clínica cirúrgica, pois nessas unidades é que são internados os pacientes terminais que necessitam de assistência na instituição.

Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram os seguintes: enfermeiros atuantes nas unidades especificadas e com experiência em prestar assistência a pacientes terminais. Como critério de exclusão foi considerado pertencer ao plantão no qual o pesquisador exercia a função de supervisor de enfermagem, considerando a vulnerabilidade dos enfermeiros que atuavam nesse plantão. Assim, foram excluídos seis enfermeiros.

O número de enfermeiros não foi definido *a priori*, sendo o número de participantes definido pela saturação teórica representada pela repetição das informações. Assim, o número de sujeitos foi definido por inclusão progressiva, que foi interrompida quando começaram a ocorrer repetições nas falas dos sujeitos participantes. Dessa forma, participaram do estudo 10 enfermeiros.

3.4 Os Procedimentos para a coleta de dados

Após autorização da instituição hospitalar (anexo 1) e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (anexo 2), os dados foram coletados pelo pesquisador, através de entrevista, com a utilização de um instrumento (anexo 3) constituído de duas partes: a primeira referente à caracterização dos participantes, quanto a sexo, idade, tempo de formação, religião e experiência com paciente terminal na graduação, pós graduação e vida profissional e, a segunda, foi composta por questões norteadoras, que possibilitassem o alcance dos objetivos.

Foi realizado um pré-teste com enfermeiros para o ajuste das perguntas do instrumento e o aprimoramento da técnica de entrevista pelo pesquisador. Esses pré-testes foram realizados com enfermeiros da clínica médica, cirúrgica e pronto socorro, excluídos do estudo pelo critério de exclusão estabelecido, ou seja, pertencer ao plantão que tinha o pesquisador como supervisor de enfermagem, e que, voluntariamente, se dispuseram a colaborar, diante da explicação dos objetivos do estudo.

Após a realização dos pré-testes foram feitas as adequações pertinentes às perguntas norteadoras.

Esclareço que as entrevistas realizadas nos pré-testes não foram utilizadas no estudo.

Para a participação, anteriormente à realização da entrevista, foi realizado um convite verbal a cada enfermeiro, expondo os objetivos, método e a participação no estudo. Diante da manifestação do interesse em participar, foi agendada uma entrevista, em data, horário e local convenientes aos participantes.

Na ocasião da entrevista, foram esclarecidas as dúvidas e sendo mantido o interesse em participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 4), em duas vias, elaborado conforme as normas da Resolução 196/96, que versa sobre os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). A seguir, foram preenchidos os dados de caracterização e feitas as seguintes questões norteadoras:

1. Fale sobre sua vivência com pacientes terminais.
2. Fale sobre conflitos éticos relacionados a pacientes terminais.
3. Frente a conflitos éticos relativos a pacientes terminais, o que deve ser considerado para tomada de decisões?

A entrevista foi gravada e transcrita na íntegra, com o consentimento do sujeito, para possibilitar uma análise mais fidedigna do conteúdo.

Foram garantidos aos participantes, o anonimato, a voluntariedade em participar e a possibilidade de desistir a qualquer momento, sem penalidade alguma e sem qualquer prejuízo em seu processo de trabalho.

3.5 A Análise dos dados

A análise dos dados percorreu a metodologia da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é uma técnica de descrição objetiva e sistematizada, permitindo inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção do conteúdo. (Bardin, 1977)

Para Minayo (2004), a análise de conteúdo busca atingir os significados expressos nos documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação para ultrapassar o nível do senso comum e alcançar uma vigilância crítica.

Na busca dos significados expressos na entrevista, técnica usada nesta pesquisa, têm sido desenvolvidas várias técnicas de análise de conteúdo. Optamos pela análise temática que, para Minayo (2004), é a melhor forma para a investigação qualitativa do material sobre saúde. Para Minayo, ainda, a análise temática está ligada a uma afirmação de um determinado assunto. Pode ser apresentada através de uma palavra, uma frase ou um resumo.

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo apresenta-se em três fases:

1. Pré-análise – organização do material a ser utilizado, através da leitura inicial (flutuante) e transcrições das entrevistas. Respeitando a exaustividade (em que se esgota a totalidade da comunicação), representatividade (representa a amostra), homogeneidade (os dados devem estar refletindo o mesmo tema, com técnica de coleta igual e indivíduos semelhantes), pertinência (as entrevistas devem atender os objetivos da pesquisa) e exclusividade (as unidades de registro não devem ser classificadas em mais de uma categoria).

Ainda, pode dividir a pré-análise em quatro fases: escolha dos documentos para análise, formulação de hipóteses, elaboração de categorias e codificação para fundamentação da interpretação final.

2. Exploração do material - análise propriamente dita, onde os dados são organizados e reunidos em unidades que permitam a visualização do que caracteriza o estudo. Temos três principais ações: a escolha das unidades de registros, a seleção das regras de contagem (que obedece a presença,

intensidade, ausência, frequência, direção e ordem de aparição) e a categorização (classes de unidades).

3. Tratamento dos resultados e interpretação: o resultado é realizado pela inferência e interpretação do conteúdo. A inferência permite observar nas unidades de registros, uma ligação entre as categorias e a representação do significado da comunicação entre o emissor e receptor.

4 Caracterização dos sujeitos

Foram entrevistados 10 enfermeiros assistenciais, sendo cinco do sexo masculino e cinco do sexo feminino. A idade variou entre 25 a 47 anos. A religião predominante foi a católica com seis enfermeiros, seguido da protestante com três e espírita com um enfermeiro.

Os enfermeiros entrevistados estão situados nas clínicas: cinco na clínica médica, quatro no pronto socorro adulto e um na clínica cirúrgica. O tempo de formação dos enfermeiros variou de um a 22 anos, sendo a média de sete anos e tendo somente um enfermeiro apresentado um ano de formação. O tempo de vínculo com a instituição ficou entre um a nove anos, com uma média de 4,7 anos.

Em relação à formação profissional, oito enfermeiros possuem curso de pós-graduação *lato sensu* e dois enfermeiros estão cursando. As pós-graduações “*lato sensu*” citadas foram: Urgência e Emergência, Gerenciamento em Enfermagem, Administração Hospitalar, Obstetrícia, Saúde Pública, Cuidados Intensivos em Adulto e em Criança. Nenhum enfermeiro possui pós-graduação *stricto sensu*.

A propósito da oportunidade de discutir sobre pacientes terminais, oito enfermeiros já discutiram durante a graduação, seis na vida profissional, dois em pós-graduação e um em curso de aprimoramento.

Por fim, todos os enfermeiros entrevistados prestaram cuidados a pacientes terminais em suas respectivas clínicas, sendo que sete enfermeiros também prestaram cuidados em outras instituições. Portanto, todos os sujeitos tiveram contato direto com a temática o objeto do estudo.

5 Apresentação e análise dos dados

Pela análise das entrevistas realizadas com os enfermeiros, foram reveladas unidades de registros que possuíam significado relacionado ao objeto de estudo.

Foram identificadas três categorias e 15 sub-categorias que convergem para o objetivo do estudo.

Os discursos dos participantes foram identificados por letra e número, como E1, correspondente a letra E a enfermeiro e o número 1 a entrevista.

5.1 A vivência dos enfermeiros em relação ao paciente terminal

Nesta categoria, a vivência dos enfermeiros em relação aos pacientes terminais, foram destacadas as seguintes sub-categorias: Cuidados como condição essencial para assistência aos pacientes terminais; Postura da família frente ao paciente terminal; Conseqüências da vivência profissional com pacientes terminais; e Postura profissional frente aos pacientes terminais.

5.1.1 Cuidados como condição essencial para assistência aos pacientes terminais

No findar da vida, quando a possibilidade de cura não é mais viável, apesar da tecnologia disponível, a assistência prestada deve focar os cuidados.

No estudo foi evidenciado que, na assistência ao paciente terminal, a enfermagem deve tentar minorar o sofrimento e promover o conforto ao paciente. Assim, deve visar o alívio da dor e identificar sinais e sintomas geradores de sofrimento.

[...] acompanhar o paciente e sua família [...] em relação ao paciente observar os sinais e sintomas para que ele não sofra, principalmente em relação à dor. E3

Foi evidenciado, também, que a orientação para a equipe é dada no sentido de considerar o paciente como se ele tivesse possibilidade de cura. Entretanto, apesar do enfermeiro orientar a equipe para não deixar de proporcionar os cuidados necessários ao paciente terminal, há profissionais que não prestam assistência adequada, por acreditarem que o paciente tem uma doença incurável e pouco tempo de vida.

Eu sempre oriento a equipe em manter os clientes como se fosse um diagnóstico curável, sempre dando os cuidados especiais, não deixar que o cliente sofra com dor [...] E7

Tem casos que os profissionais não cuidam do paciente terminal como deveria cuidar, talvez por acreditar que restam pouco tempo de vida e uma doença que não tem cura, esquecem que aquela pessoa é como as outras, merecem todo respeito e cuidado, até mesmo porque está sofrendo com sua doença que não tem cura, um sofrimento emocional e físico [...] E4

Nessa perspectiva da orientação à equipe, necessária para direcionar o cuidado, o enfermeiro no cotidiano reitera a mesma, porém afirma ser complexo cuidar do paciente terminal com qualidade, porque cada profissional fundamenta sua prática de maneira diferente.

[...] isso de cuidar com qualidade é uma questão difícil, pois cada profissional pensa de uma maneira, mas sempre oriento em não deixar de cuidar. E7

Foi revelado que quando não existe a possibilidade de cura, apesar da tecnologia disponível, a assistência prestada deve focar os cuidados paliativos. A desconsideração aos cuidados paliativos, como decorrência do entendimento de que a cura deve ser sempre o objetivo, mesmo com o prolongamento do sofrimento, foi considerada uma incoerência.

O cliente deve ser tratado com objetivo da cura, mas chega um momento em que a cura não é mais viável, mesmo com toda essa tecnologia que temos hoje, então precisamos focar no cuidado, que muitos falam de cuidados paliativos [...] muitos profissionais não entendem assim, acreditam que a cura deve ser sempre o objetivo e muitas vezes esse pensamento prolonga a vida com sofrimento que eu acho incoerente. E1

Em relação ao cuidado, cuidar implica colocar-se no lugar do outro, geralmente em situações diversas. É um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida, dentre essas, o nascimento e a própria morte.

Para Souza, Sartor e Prado (2005), compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro em sua complexidade, suas escolhas, inclusive a escolha da enfermagem como uma profissão.

Segundo Waldow, Lopes e Meyer (1998) cuidar em enfermagem consiste proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor.

A discussão em torno dos modelos de cuidados no fim da vida justifica-se por se tratar de um período de importantes privações físicas e de comprometimento de outras esferas vitais, como a emocional e a social.

A prestação de cuidados a pacientes terminais inclui a assistência paliativa. Para Silva e Hortale (2006), os cuidados paliativos constituem uma modalidade emergente da assistência no fim da vida, construídos em um modelo de cuidados totais, ativos e integrais, oferecidos ao paciente com doença avançada e terminal.

Conforme Pessini (2003), o cuidado paliativo é mais que um método, é uma filosofia do cuidar, que visa prevenir e aliviar o sofrimento humano em muitas de suas dimensões.

Para a Organização Mundial da Saúde (2002), os cuidados fundamentam-se na busca do alívio dos principais sintomas estressores do paciente; em intervenções centradas no paciente e não em sua doença, o que significa na participação autônoma do paciente nas decisões que dizem respeito a intervenções sobre sua doença; e em cuidados que visam a dar uma vida restante com mais qualidade.

Uma das conseqüências da utilização do modelo médico curativo para pacientes com doenças avançadas e terminais é a perpetuação de intervenções e de tratamentos que não agregam benefícios aos pacientes.

5.1.2 Postura da família frente ao paciente terminal

Evidencia-se, no estudo, que uma situação vivenciada pelos enfermeiros é o fato dos familiares não quererem revelar a verdade ao paciente terminal, impedindo que ele saiba o próprio diagnóstico, como mostra o discurso:

[...] o paciente não sabia de seu diagnóstico, porque muitas vezes a família não queria contar [...] E1

Outra evidência, em relação à postura da família, é a dificuldade em aceitar a condição terminal do paciente, seja pelo sofrimento ou pela crença na cura, decorrente da espiritualidade. Foi revelado, também, que se os familiares aceitassem a alta do paciente, o mesmo poderia ser cuidado com aconchego e apoio da família.

*A família, na maioria dos casos, vejo que não aceita o diagnóstico do paciente, saber que a pessoa não tem cura deve ser muito dolorido para o familiar, neste ponto vejo que não aceita a morte; também tem a influência da parte espiritual, sempre acreditando na cura, no poder de Deus. E4
[...] talvez se a família aceitasse, juntamente com o paciente, essa pessoa poderia levar o restinho de sua vida em sua casa, onde tem mais aconchego, apoio espiritual e familiar [...] E6*

O doente tem o direito de ser esclarecido, entretanto, dizer a verdade ao paciente nem sempre é fácil, como no caso de pacientes terminais. Muitas vezes, é assumida uma postura paternalista, onde a verdade nem sempre é dita ao doente ou, pelo menos, não completamente. Dessa atitude, com freqüência, decorre a “mentira piedosa”, que é uma informação inverídica, em seu todo ou apenas em

parte, que se transmite ao doente ao invés de lhe dizer a verdade, com o intuito de poupar o sofrimento que a verdade poderia acarretar. (Pan Chacon et al., 1995).

A dificuldade em revelar o diagnóstico ao paciente terminal é constatada não só entre os familiares. Em estudo realizado por Santos e Massarollo (2005) sobre a revelação de diagnóstico fora de possibilidades terapêuticas, 53% dos enfermeiros eram favoráveis em revelar o prognóstico do paciente, 8% eram contra a revelação e 39% não se posicionaram claramente, alegando que dependia da situação vivenciada.

A “conspiração do silêncio”, além de impor novas formas de sofrimento ao paciente, pode causar o desrespeito à sua autonomia, uma vez que privá-lo das informações, priva-o da condição necessária para a tomada de decisão relativa ao seu tratamento, à sua vida e, até mesmo, à sua morte. (Pan Chacon et al., 1995)

Para Silva (1993), o paciente terminal raramente desconhece a sua situação, mesmo que não possa sempre avaliá-la integralmente. “Isso indica que nem sempre evitar a verdade equivale a manter o paciente no repouso da ignorância, mas significa, na maioria das vezes, alimentar uma ansiedade e cultivar um estado aflitivo de dúvida.”

A existência de conflitos éticos, referentes ao dizer a verdade ao doente, é evidenciada quando em uma discussão entre profissionais as posições são bastante diversificadas, variando do não dizer ao dizer a verdade, demonstrando ser um problema persistente. No passado as respostas a essas questões também eram ambíguas, enquanto alguns autores defendiam a verdade, outros recomendavam “a mentira ou a omissão” benéfico. Mais recentemente, revelar a verdade passou a ser o caminho recomendado. (Jonsen, Siegler e Winslade (1999)) O fato de contar a verdade ao paciente significa que o reconhecimento de sua autonomia prevaleceu sobre a fragilidade que a doença e a proximidade da morte podem provocar. (Oliveira e Fortes, 1999)

A interação dos profissionais da saúde com a família do paciente terminal é relevante para o tratamento, ao permitir que equipe e familiares trabalhem juntos, objetivando, cada um de seu lugar, o melhor para o enfermo. Entretanto, as relações com a família dos pacientes terminais trazem situações conflituosas, geradas pela não aceitação do diagnóstico do paciente pela família. (Chaves e Massarollo, 2009) Muitas vezes, o não dizer a verdade ou omiti-la decorre da pressão familiar para que essa postura seja assumida.

5.1.3 Conseqüências da vivência profissional com pacientes terminais

Esta sub-categoria mostra que a convivência dos enfermeiros com o paciente terminal contribui para o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro, uma vez que cuidar desses pacientes possibilita aprender a ouvir e sentir o paciente e seus familiares, e para o aumento de conhecimentos e sabedoria.

Atender clientes sem possibilidades terapêuticas em uma clínica de internação enriqueceu-me profissionalmente, agregando, também, aspectos humanitários, aprendendo a ouvir e sentir o que clientes e familiares vivenciavam durante o período de internação [...] percebo que houve uma troca, pois eu prestava a assistência, mas recebia o conhecimento e a sabedoria lidando com as diversas situações que se apresentavam em meu dia a dia. E1

Na vivência com os pacientes terminais, a ética profissional é apontada, pelos enfermeiros, como um fator importante porque norteia a assistência de enfermagem e colabora com a reflexão sobre suas condutas, suas responsabilidades e seus valores. Foi considerado, também, que a experiência de assistir pacientes terminais agrega valores à vida profissional, entre eles o altruísmo, como ilustrado a seguir:

[...] ética profissional é um fator muito forte para nortear as condutas na assistência ao paciente terminal, mas acaba sendo um ponto de conflito interno, pois acaba colocando nós enfermeiros para refletir sobre nossas condutas, responsabilidades e valores [...] essa experiência me fez crescer e ver o próximo como mais altruísmo e sei que hoje agreguei mais valores para minha vida profissional [...] E10

É revelada, ainda, a dificuldade do enfermeiro, enquanto pessoa, em aceitar a morte e que as situações vivenciadas junto ao paciente terminal remetem à reflexão dos profissionais sobre a vida e a morte, sobre a vida pessoal e profissional. Essas situações fazem com que haja maior valorização do viver a vida a cada dia, do respeito ao outro, aos seus direitos e às suas dores, assim como do tratamento

do paciente com carinho, dedicação e competência e do empenho para evitar seu sofrimento.

É muito difícil aceitar a morte, como pessoa não aceitamos, sempre queremos viver mais e mais, tento trabalhar isso como profissional, cada paciente que morre vem uma reflexão da vida, do que eu faço como enfermeiro, daquilo que eu sou com profissional [...] cuidar de pacientes terminais traz grandes ensinamentos, como respeitar o outro, seus direitos, suas dores e trata-ló com carinho e fazer o máximo para evitar o seu sofrimento. E5

Estas situações fazem com que reflitamos da própria vida e morte, nos traz o interesse de viver a vida mais intensamente e ter a morte uma realidade. E8

O estudo mostra que a morte traz sofrimento ao paciente, aos familiares e aos profissionais, que são formados para curar. Essa formação voltada para a cura dificulta a assistência ao paciente terminal, tornando complexo prestar uma assistência adequada, pela crença de que o paciente está próximo da morte. Como o curso de graduação não prepara o enfermeiro para lidar com o paciente terminal, no cotidiano profissional é que ele vai adquirindo maturidade para o enfrentamento dessa situação.

A morte é algo que não queremos, mas sabemos que vai chegar, mas traz sofrimento para o paciente, família e até para os profissionais, pois somos formados para curar a doença. Fico refletindo quando uma criança morre, será que era o momento dela morrer [...] deveremos ser melhores preparados para cuidar dessas situações. E6

A graduação não nos prepara para esse tipo de informações, na verdade, nunca estaremos totalmente preparados, somente o dia a dia nos prepara psicologicamente para encarar com mais maturidade esse tipo de situação. E10

Aceitar a finitude humana sempre foi objeto de reflexão durante a história da humanidade, pela dificuldade do ser humano em aceitar a morte como processo natural da vida. Na atuação profissional, lidar com a morte do outro leva à reflexão sobre a própria morte. Souza, Souza e Souza (2005) apontam o despreparo dos

profissionais da saúde para enfrentar a perda, mesmo sabendo que a morte é uma certeza que se tem na vida.

Sobre a preparação profissional para prestar cuidados aos pacientes terminais, Bernieri e Hirdes (2007) constataram que a graduação em enfermagem não vem oferecendo um bom preparo aos acadêmicos para a realização de tais cuidados a esses pacientes.

5.1.4 Postura profissional frente aos pacientes terminais

Nesta sub-categoria foram identificadas posturas profissionais existentes na relação com os pacientes em condição de terminalidade.

Foi verificado que nas situações cotidianas as posturas profissionais devem ser baseadas na ética, envolvendo o saber e o cuidar, e que respeito, paciência, cuidado, carinho e entendimento do momento que o paciente terminal está vivendo são importantes para a assistência. Além desses aspectos, é necessário que a equipe multiprofissional trabalhe em harmonia, respeitando, além do paciente e seus limites, os familiares. Verifica-se que muitos profissionais não respeitam os parâmetros indicativos dos limites dos pacientes terminais, investindo em medidas que prolongam, não a vida do paciente, mas o processo de morrer.

Tudo se deve ao respeito e à ética nas relações profissionais, envolvendo o saber e o cuidar nas diversas situações que vivenciamos em nosso ambiente de trabalho [...] aspectos são importantes na assistência aos pacientes terminais, esses aspectos são o respeito, a paciência, o cuidado, o carinho e entender o momento em que a pessoa está vivendo. [...] para cuidar desses clientes é necessário que toda a equipe multiprofissional trabalhe com harmonia e respeito, também, respeitar o cliente e seus familiares, respeitar o limite da pessoa, onde muitos profissionais não conseguem ter esse parâmetro e acaba investindo muito [...] E1

O estudo mostra que o medo, a falta de preparo e a pouca interação da equipe médica com as outras categorias profissionais podem colaborar para a prática da obstinação terapêutica. É explicitado que, mesmo com a capacitação

técnica do enfermeiro para assistir a pessoa doente e para utilizar os resultados dos avanços tecnológicos para salvar vidas, tratar e recuperar os doentes, há o despreparo técnico e emocional para lidar com o sofrimento e a morte, caracterizando, assim, a ênfase no paradigma da cura, como ilustrado a seguir:

Acho que em muitos casos a equipe médica pratica a distanásia, o prolongamento da vida. Acredito que é devido à falta de preparo, ao medo e à pouca interação com os outros profissionais como enfermeiros, psicólogos e etc. E3

Nos qualificamos e nos preparamos tecnicamente para lidar com a doença, sempre nos aperfeiçoando nos avanços tecnológicos para assim podermos salvar vidas, tratar, recuperar os doentes, voltando assim para uma filosofia somente de cura. Me sinto despreparada, tecnicamente e emocionalmente para lidar com o sofrimento e a morte. E10

É ressaltado pelo enfermeiro que, antes de fechar o diagnóstico fora de possibilidade terapêutica, é necessária a confirmação de que todas as alternativas terapêuticas foram levadas em consideração. Frente a essa confirmação, enquanto profissional, ele posiciona-se contrariamente à obstinação terapêutica, mas apresenta contradição quando refere que, em âmbito pessoal é favorável ao investimento na “tentativa” de prolongamento da vida.

[...] para fechar um diagnóstico sem possibilidades terapêuticas, a equipe médica tem que estar ciente de que todas as alternativas terapêuticas foram utilizadas, após disso sim, determinar que o paciente esta sem prognóstico [...] E9

[...] vejo situações em que o investimento no paciente é desnecessário, mas me pergunto se fosse a meu familiar, como passaria por isso, talvez queria que investisse. Mas, como profissional vejo que aquele investimento não levará a lugar algum, talvez trará mais sofrimento para a pessoa. Isso é um grande conflito para mim como pessoa e como profissional. E5

A falta de preparo de muitos profissionais, para a assistência aos pacientes terminais, é percebida pelo enfermeiro, que supõe seja pelo fato de não ter sido uma temática abordada durante a formação. Para o enfermeiro, preparar-se para enfrentar a terminalidade da vida é importante, uma vez que, cada vez mais, cresce o número de pacientes nessa condição.

[...] Porque muitos médicos não estão preparados para atender um paciente terminal, talvez não viram essa questão na faculdade e em cursos, ou não dão importância, mas acho que isso deve ser trabalhado com eles e com todos os profissionais, pois vejo que a cada dia que passa temos vivenciado mais essa questão da terminalidade. E2

Em relação à enfermagem, a falta de capacitação, interferindo na postura profissional, é identificada pela confusão feita entre os termos eutanásia e distanásia e pela insegurança em intervir. A confusão entre os dois termos faz com que os enfermeiros considerem a distanásia como eutanásia.

Com relação à enfermagem, além desse despreparo, e o desconhecimento do que é eutanásia e distanásia, bem como a diferença entre elas, também existe a insegurança em intervir ou sugerir uma conduta [...] vejo que os profissionais não sabem o que é uma ou outra, [...] os profissionais acabam confundindo os dois termos e acham que tudo é eutanásia. E2

Em relação ao despreparo profissional, para Quintana, Santos, Keglet e Lima (2006), o despreparo da equipe de saúde para lidar com situações de terminalidade tem duas conseqüências para os profissionais. A primeira representa a sensação de fracasso do que seria a sua missão: curar o doente, do qual decorre o abandono do paciente a seu próprio destino. A segunda conseqüência se manifesta no afastamento que impede o profissional de conhecer o universo desse paciente, suas queixas, suas esperanças e desesperanças, ou seja, tudo o que ele sente e pensa nesse período de sua vida e cujo conhecimento o ajudaria a se aproximar do paciente nessa condição terminal.

O despreparo profissional colabora com o não entendimento da eutanásia e distanásia. Para Siqueira e Schramm (2008), eutanásia diz respeito à boa morte, podendo ser caracterizada atualmente como a abreviação do processo de morrer de um enfermo, por ação ou não-ação, com o objetivo último de aliviar um grande e insuportável sofrimento. Conforme Barchifontaine e Pessini (2007), distanásia é a morte difícil ou penosa, usada para indicar o prolongamento do processo da morte, através de tratamento que apenas prolonga a vida biológica do paciente. Ela é sem

qualidade de vida e sem dignidade. Pode ser chamada, também, de obstinação terapêutica.

O entendimento desses termos é fundamental, pois norteia a conduta do enfermeiro e sinaliza para a resolução de conflitos éticos durante a assistência ao paciente terminal.

O estudo revela que o enfermeiro busca ter uma postura de proximidade com os familiares, com os pacientes terminais e com a equipe de enfermagem. Mas, também, há a falta de humanização pela equipe de enfermagem durante a assistência ao paciente terminal.

[...] apoiava as visitas em horários não rotineiros, devido à gravidade do cliente, apoiava a família quanto aos cuidados de enfermagem pertinentes, também, esclarecendo dúvidas da equipe de enfermagem de como cuidar desse paciente. E3

A abordagem da equipe de enfermagem a pacientes terminais as vezes não é realizado de uma maneira respeitosa e humana. Mesmo pelo fato de não ter um prognóstico, todos deveriam ter mais qualidade de vida durante esse pouco tempo [...] E4

Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde e dos profissionais assumirem uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de respeito ao paciente entendido como um cidadão. (Fortes, 2004) O estabelecimento de vínculo com o paciente e com os familiares e, também, proporcionar uma assistência de enfermagem adequada e com qualidade, fazem parte dessa humanização.

Outro aspecto que surgiu no estudo foi a morte encefálica, mesmo não sendo objeto do estudo. É apontado que há a postura do médico em manter o paciente em morte encefálica por receio de retirar os suportes terapêuticos, ainda que esse paciente fique ocupando um leito que poderia ser destinado a outro paciente com possibilidade terapêutica. O estudo revela, também, que os médicos deveriam retirar o suporte terapêutico dos pacientes que tivessem a morte encefálica constatada. Esse procedimento, muitas vezes, não é assumido pelo profissional pelo receio de uma punição e pela falta de clareza a respeito do significado da morte encefálica. Entretanto, existe a Resolução nº 1.826 de 2007, do Conselho Federal de

Medicina, que dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não doador. Reza em seu art. 1º que cabe ao médico a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando há morte encefálica em não doador de órgãos, desde que seja esclarecida à família e registrado o momento da morte em prontuário.

[...] o médico fica com receio de desligar os aparelhos quando o paciente já esta em morte encefálica e a família não quer doar os órgãos, ai fica ocupando um leito que poderia ser destinado a outro paciente [...] no meu ver o médico deveria desligar o aparelho dos pacientes com morte encefálica, um médico me disse que tem até um parecer do CRM liberando isso, mas muitos têm medo de fazer isso. E9

Para Santos e Massarollo (2005), a não aceitação da morte encefálica é compreensível, uma vez que a morte era definida como a cessação irreversível das funções cardíaca e respiratória, o que gera resistência não somente na população, mas, também, entre os profissionais de saúde.

Conforme Moraes e Massarollo (2009), a morte encefálica não é o conceito de morte mais amplamente divulgado e culturalmente aceito em nossa sociedade. A definição médica e legal de morte não se resume somente à parada da função cardiorrespiratória, mas também à parada de todas as funções encefálicas, incluindo o tronco-encefálico, ou seja, morte encefálica corresponde à morte, mas nem todas as pessoas assim a compreendem e/ou a aceitam.

5.2 Fatores geradores de conflitos éticos em relação ao paciente terminal

Nesta categoria relativa aos fatores geradores de conflitos éticos referentes ao paciente terminal, revelados pelos enfermeiros, foram evidenciadas as seguintes sub-categorias: Obstinação terapêutica; Situações administrativas; Quebra do sigilo e desrespeito à privacidade do paciente terminal; Despreparo profissional; e Falta de autonomia do enfermeiro.

5.2.1 Obstinação terapêutica

Esta sub-categoria aborda a obstinação terapêutica, que é apontada, pelos enfermeiros, como um fator gerador de conflito ético em relação ao paciente terminal.

O estudo revela que a dúvida de investir ou não em pacientes terminais é um conflito ético para o enfermeiro, mesmo sabendo que o investimento pode significar o sofrimento do paciente. A utilização de medidas extraordinárias é observada na assistência ao paciente terminal, ocasionando sofrimento ao paciente e à sua família. Apesar do reconhecimento do sofrimento causado ao paciente, pela obstinação terapêutica, essa é uma decisão médica. Ilustra-se:

A questão do investir em pacientes que não tem cura, isso deveria ser bem trabalhado com todos os profissionais, pois isso causa vários conflitos, por exemplo, o paciente é entubado levado para a emergência ou UTI e lá fica dias e dias nos aparelhos, o comentário dos profissionais da UTI, até dos médicos, é porque entubaram esse paciente sem prognóstico, vejo que todos têm direito ao tratamento, mas chega um momento que devemos pensar em somente cuidar e com qualidade. E4

Outra situação é a questão de quando investir ou não no paciente terminal, as vezes acho que alguns médicos investem mais do que o necessário ocasionando muitas vezes um sofrimento para o paciente e sua família, mas essa decisão é do médico, porque a autonomia é dele. E10

É constatado que a não aceitação do diagnóstico do paciente por parte da família, principalmente quando o paciente está consciente, colabora para a prática da obstinação terapêutica. Isso ocorre porque a família insiste na manutenção dos procedimentos, pela esperança na cura do paciente.

O estudo mostra, também, que a realização de procedimentos invasivos em pacientes terminais gera questionamentos e desconforto na equipe de saúde. Os questionamentos são intensificados quando, mesmo constando do prontuário a condição terminal do paciente, o médico plantonista decide pela realização desses procedimentos, desconsiderando a informação disponível.

No meu ponto de vista, os problemas são: a família aceitar a realidade, muitas vezes por mais que os médicos digam que não há mais saída, a família luta e não acreditam no diagnóstico, principalmente quando se trata de um cliente consciente. E6

Tem casos que o paciente vem a noite para a emergência e o médico entuba o paciente, ai chega o médico do dia e questiona porque aquele paciente foi entubado, pois quando vai analisar o prontuário verifica-se que o paciente é sem prognóstico. E9

Para o enfermeiro, a prescrição de medicamentos e cirurgias que prolonguem a vida do paciente terminal, mas que não trazem benefício para ele, e que tem como intuito a realização de pesquisas, é um fator gerador de conflito, por levar o paciente e familiares a acreditarem em falsas esperanças, além do prolongamento do desconforto e do sofrimento dos mesmos.

[...] conflitos éticos encontram-se presentes, muitas vezes, no atendimento médico relacionado à prescrição de medicamentos ou cirurgias que prolonguem a vida de pacientes terminais, com o intuito de realizar estudos e experiências, causando falsas esperanças para clientes e familiares, prolongando o desconforto e sofrimento dos mesmos. E1

Segundo Pessini (2004), a obstinação terapêutica não consegue discernir quando intervenções são inúteis, entretanto, a morte deve ser aceita como desfecho natural da vida. Visa quantidade de vida, investindo todos os recursos possíveis na tentativa de prolongá-la ao máximo, mesmo com sofrimento do paciente. Ao invés de prolongar a vida, prolonga o processo de morrer. Os avanços tecnológicos podem contribuir para a prática da obstinação terapêutica, comprometendo a qualidade de vida, aumentando o sofrimento e afetando a dignidade das pessoas na sua terminalidade de vida.

Para Silva e Schramm (2007), o esforço da Medicina na promoção e preservação da saúde das pessoas, quando levado ao extremo, pode prejudicar aqueles a quem pretende tratar e proteger. Isso é verificado quando o médico se empenha em estender a vida de um paciente além de suas possibilidades fisiológicas e de seu desejo, tornando o processo de morrer uma experiência particularmente sofrida e, por isso, moralmente questionável. Pesquisa realizada por Chaves e Massarollo (2009), em relação a dilemas éticos de enfermeiros relativos a

pacientes terminais em unidade de terapia intensiva, revela que algumas vezes a equipe médica realiza medidas que podem postergar o sofrimento e não trazem benefícios à condição clínica do paciente, caracterizando, assim, a obstinação terapêutica.

Na tentativa de evitar a obstinação terapêutica, a Resolução 1.805/2006 do CFM, permitia ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolongassem a vida do doente em fase terminal, desde que fosse respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. Entretanto, essa Resolução foi suspensa por Ação Civil, movida pelo Ministério Público Federal no ano de 2007.

Nesse sentido, ainda, tramita no Senado Federal o Projeto de Lei 524/09, que permite, caso haja manifestação favorável da pessoa em fase terminal de doença ou, na impossibilidade de sua manifestação, da sua família ou de representante legal, a limitação ou a suspensão, pelo médico, de procedimentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida. De acordo com esse Projeto de Lei, mesmo nos casos em que houver decisão pela limitação ou suspensão de procedimentos terapêuticos, a pessoa em fase terminal deverá continuar a receber todos os cuidados básicos necessários à manutenção de sua vida e dignidade. Deverá ainda contar com procedimentos que diminuam o sofrimento. Pelo projeto, fica também garantido ao enfermo o direito ao conforto físico, social e espiritual e o direito à alta hospitalar.

Em relação à realização de pesquisas com seres humanos, o prolongamento da vida do paciente terminal, com intuito de realizar pesquisas, é inaceitável e injustificável, principalmente pela sua vulnerabilidade física, emocional e espiritual. É importante que pesquisas sejam realizadas para o progresso da ciência, no entanto, a realização deve ser ancorada nas diretrizes éticas estabelecidas na Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

5.2.2 Situações administrativas geradoras de conflitos

Nesta sub-categoria foram identificadas situações administrativas da instituição em relação ao paciente terminal, como fatores geradores de conflitos éticos para o enfermeiro.

O estudo aponta que a não liberação de visitas ao paciente terminal, devido às normas burocráticas da instituição, é um conflito ético. O enfermeiro aponta que é de sua competência autorizar a visita ao paciente terminal, mesmo sabendo que pode ser questionado por seus supervisores. Como vemos nos discursos:

Vejo como um conflito ético a questão da liberação de visitas, isso é de competência do enfermeiro, mas tem hospitais que não liberam acima daquele número estabelecido, mas procuro usar o bom senso, até porque pode ser a última vez que o cliente se encontra com o familiar ou amigos [...]E1

O acesso a visitas também é conflitante, pois tem hospitais que não autorizam além do que está estabelecido nas normas ou manuais, mas procuro atender essa demanda, sendo que às vezes a supervisão depois conversa comigo, tem supervisores que entendem a questão e não fazem obstáculos e outros já preferem seguir o que está no papel. E7

A liberação da visita ao paciente terminal necessita ser repensada nas instituições, pois a aproximação da família ao paciente é muito importante no momento da terminalidade de vida.

Para Soares (2007), a mobilização da equipe e da instituição de saúde para uma política mais liberal dos horários de acesso dos familiares de pacientes em situação de terminalidade, não demanda investimentos financeiros ou mudanças estruturais de grande porte, mas, fundamentalmente, de uma mudança cultural dos membros da equipe e da instituição. Necessita de uma flexibilização das políticas de visitação.

No estudo foi evidenciado, também, que existem conflitos éticos em relação a situações administrativas devido à ausência e/ou demora do médico em prescrever medicamentos para alívio da dor, à burocracia da farmácia em liberar as medicações e à falta de medicamentos nos protocolos institucionais, uma vez que contribuem para a manutenção da dor dos pacientes, como mostra a seguinte fala:

Posso falar que outro problema ético é que clientes com patologias graves e que em sua prescrição médica nada ou pouco contém analgésicos, anti-inflamatórios. Ficando esses clientes com queixas álgicas acentuadas, obtendo demora para o médico prescrever medicações e também a

liberação da farmácia de tais medicamentos prescritos, pois muitos medicamentos não são protocolos das instituições. E3

O profissional de saúde deve ter em mente que para cuidar do paciente terminal necessita proporcionar o alívio do seu sofrimento, como a administração de medicamentos para diminuir a dor. As instituições de saúde devem propor mecanismos que proporcionem benefícios ao paciente, como a elaboração de protocolos institucionais que possibilitem a prestação da assistência de boa qualidade.

O estudo mostra, também, que nas instituições de saúde surge um conflito ético quando há demora do serviço de nutrição em liberar a alimentação de preferência do paciente, ficando a alimentação prejudicada:

Também, tem a questão da liberação de alimentos que o cliente tem preferências, as vezes, o serviço de nutrição demora em atender a demanda desse cliente, assim o mesmo fica com a alimentação prejudicada. E3

Proporcionar o alívio do sofrimento do paciente terminal, com medicamentos que aliviem a dor, alimentação adequada e liberação de visitas, colabora para a manutenção da dignidade do paciente no seu final de vida.

5.2.3 Quebra do sigilo e desrespeito à privacidade do paciente terminal

A quebra do sigilo e o desrespeito à privacidade do paciente terminal, pelos profissionais de saúde, também, foram identificados como fatores geradores de conflitos éticos.

Nesta subcategoria foi revelado que não devem ser feitos comentários sobre o paciente nos corredores e elevadores, expondo a sua vida, e que os profissionais devem respeitar a intimidade do paciente e da família. Os discursos ilustram:

[...] outro problema é o sigilo profissional, não ficar comentando nos corredores, elevadores e etc, expondo a vida do paciente, ter respeito por aquele momento. E1

Posso falar que o respeito privacidade do paciente também é um problema, pois tem profissionais que não respeitam a intimidade do paciente e da família, ficam de conversinhas nos corredores, passam o plantão para o colega de maneira que expõe o paciente [...] E6

Evidencia-se no estudo que, na assistência de enfermagem, muitos profissionais desrespeitam o direito do paciente ao sigilo e à privacidade.

Durante a assistência vejo que muitos profissionais não tratam os clientes como deveriam, mantendo o sigilo das informações, a privacidade do cliente [...] quando faltam essas questões passa a ser conflitos éticos, pois afeta os valores da pessoa. E3

Dentre os princípios éticos que norteiam as relações humanas e as ações no campo da saúde podem ser destacadas o sigilo das informações e a privacidade do paciente. O potencial risco de violação de um desses princípios pode afetar negativamente e comprometer a prestação de uma assistência de qualidade pelos profissionais, aos pacientes terminais.

O sigilo é um dos pilares fundamentais à sustentação de uma relação profissional de saúde-paciente produtiva e de confiança. É a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada. (Francisconi e Goldim, 1998)

Destaca-se que o segredo profissional é uma obrigação ético-legal de todos os profissionais e do corpo técnico-administrativo que atua nos serviços de saúde, mesmo daqueles cujas profissões não estejam sob controle de normas deontológicas ou de conselhos de ética profissional. (Fortes, 1998)

A preocupação com o sigilo manifesta-se pela presença do tema, também, “na Cartilha dos direitos dos pacientes do Ministério da Saúde” e na “Lei dos direitos dos usuários de serviços de saúde do Estado de São Paulo”. Além disso, a garantia ao resguardo das informações obtidas profissionalmente, é, também, uma obrigação legal contida no Código Penal e um dever profissional constante do Código de Ética Profissional.

A confidencialidade das informações gera no profissional o dever ético e legal de resguardá-las, enquanto a privacidade se refere ao limite dado pelo paciente do que pode ou não ser compartilhado com outras pessoas (médicos, profissionais de saúde, familiares, seguradoras, dentre outros).

A privacidade é um princípio derivado da autonomia, tendo em vista que cabe à pessoa autônoma decidir a quem e quanto deseja expor o seu corpo para procedimentos diagnósticos/assistenciais ou as informações a respeito de suas condições de saúde. É a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, bem como do acesso à própria pessoa e à sua intimidade. (Fortes, 1998)

No Brasil, as iniciativas de manutenção do sigilo e da promoção da privacidade relacionadas à saúde, apesar de constarem das normas deontológicas dos profissionais em seus códigos de ética e nos dispositivos legais existentes, parece que na prática cotidiana da saúde nem sempre esses direitos são respeitados.

A manutenção do sigilo possui um componente pragmático, pois sua violação acarretaria o risco do profissional não ter garantias da sinceridade das informações e das revelações fornecidas pela pessoa com quem se relaciona, o que causaria prejuízos à relação estabelecida entre os dois. Nesse sentido, parece cada vez mais necessário o estabelecimento de práticas visando a preservação da privacidade e a manutenção do sigilo das pessoas no âmbito da saúde, que potencializem sua autonomia e os protejam de possíveis abusos que firam sua dignidade.

5.2.4 Despreparo profissional

Evidenciamos nesta sub-categoria que o despreparo profissional foi apontado como um fator que gera conflitos éticos.

A importância do preparo profissional fica evidente quando no estudo é revelado que uns dos maiores conflitos são o despreparo profissional, o desconhecimento da distanásia e o respaldo que o profissional enfermeiro tem para tomar uma decisão em relação ao paciente terminal.

Acredito que os maiores conflitos são exatamente o desconhecimento e despreparo sobre o que fazer e quando fazer algo pelo paciente terminal. Também pelo desconhecimento da distanásia e o respaldo que se tem ao tomar uma decisão como esta. E2

Lunardi, Sulzbach, Nunes e Lunardi (2001) relatam que estudos sobre morte-morrer demonstram que a justificativa do despreparo em lidar com tal fenômeno é atribuída, muitas vezes, à formação acadêmica e salientam, ainda, que a graduação continua a não preparar os profissionais para vivenciarem o processo.

Pesquisa realizada por Starzewski, Rolim e Morrone (2005) constatou que a graduação não vem oferecendo um bom preparo para que os acadêmicos realizem tais cuidados, uma vez que dá mais ênfase à dimensão técnica da assistência de enfermagem e ao cuidado com o corpo físico do paciente, deixando uma lacuna no que diz respeito à dimensão ética, que deveria ser considerada na assistência aos pacientes e familiares. Assim, a preparação acadêmica e profissional são elementos fundamentais para assistir os pacientes terminais, mas essa formação não deve ser somente técnica e científica, mas impregnada de valores éticos e morais.

5.2.5 Falta de autonomia do enfermeiro

Esta sub-categoria revela a falta de autonomia profissional como um fator de conflito ético para os enfermeiros que cuidam de pacientes terminais. Isso ocorre uma vez que a falta de autonomia impossibilita o fornecimento de informações aos familiares, que são necessárias para estabelecer um vínculo de confiança do profissional com o paciente e família:

[...] os familiares vêm e perguntam para o enfermeiro sobre esse paciente, mas não podemos dar muitas informações pela falta de autonomia, essa falta de autonomia também posso dizer que é um conflito, pois como informar algo que não tenho poder legal [...] E4

Foi evidenciado que, no cotidiano, o enfermeiro considera não ter autonomia plena e essa falta de autonomia tem relação com a postura dos profissionais médicos, quando definem condutas e não aceitam participação de outros profissionais. Quando a participação é possibilitada, o enfermeiro se posiciona.

[...] como enfermeira, não tenho uma autonomia total, porque os médicos definem muitas coisas que eu não concordo, as vezes eu até me posiciono, principalmente quando tem um médico que aceita opiniões, mas tem outros que não aceitam. E10

A autonomia do profissional enfermeiro no processo de cuidar torna-se importante uma vez que possibilita rever a enfermagem enquanto profissão, a partir de sua própria tradição histórica, bem como interagindo com outras profissões. O processo de autonomia pressupõe que o profissional enfermeiro possa interferir no processo de definição das prioridades na assistência a saúde. (Bueno e Queiroz, 2006)

Para Peduzzi (2001), autonomia profissional é entendida como a liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde. Ela, também, pode ser interdependente em relação ao julgamento e à tomada de decisão de outro agente, dada a complementaridade das ações específicas de cada profissional.

Estudo realizado por Gomes e Oliveira (2005) revela que o processo de conquista da autonomia profissional apresenta dificuldades na formação não fomentadora de uma prática autônoma e na ausência de especificidade do papel do profissional, colaborando com limitações ao exercício de uma prática autônoma. Esse conclui que, a autonomia profissional é representada como algo que não está completamente estabelecida, mas que também não é representada como ausente. Ela é representada, essencialmente, como processo, como algo que está sendo construído.

A autonomia profissional deve ser compreendida por todos os profissionais, pois cada um completa a ação do outro, diante do seu limite de atuação. Atualmente, existe a necessidade de compartilhar os saberes e responsabilidades, para que decisões não sejam tomadas isoladamente. Gomes e

Oliveira (2005) relatam que o conhecimento, a conquista e a responsabilidade são elementos necessários para o exercício da autonomia pelo enfermeiro.

5.3 Fatores considerados para a tomada de decisão em relação aos conflitos frente ao paciente terminal

Nesta categoria foram identificados os fatores considerados para a tomada de decisão em relação aos conflitos éticos frente ao pacientes terminais. As sub-categorias identificadas foram: Os aspectos ético-legais; O uso do conhecimento científico; A participação das equipes multiprofissional e de enfermagem; O respeito à autonomia do paciente e da família; A importância do esclarecimento de pacientes e familiares; e A multifatorialidade concorrendo para a tomada de decisão.

5.3.1 Os aspectos ético-legais

Foram evidenciados os aspectos ético-legais como pressupostos para a tomada de decisão do enfermeiro frente a conflitos éticos em relação ao paciente terminal.

O enfermeiro para a tomada de decisão respeita a lei do exercício profissional e o código de ética profissional e busca conhecer outras leis existentes que possam dar respaldo à sua decisão. Orienta sua equipe para respeitar os direitos dos pacientes terminais e, além disso, procura discutir com toda a equipe de enfermagem os aspectos legais. Ilustra-se:

[...] para nós profissionais da saúde, também, temos que ter em mente os aspectos legais e éticos, temos as leis e os código de ética, isso é importante diante de uma decisão. E2

[...] outra questão é o que podemos fazer ou não, tem a questão do código de ética que devemos respeitar. E7

*As leis acabam influenciando na nossa atuação como profissional, o nosso código de ética, diz para respeitar a paciente, não cometer um erro. Por isso oriento toda a equipe para cuidar do cliente [...] E5
[...] também, procuro discutir juntamente com toda a equipe de enfermagem, com outro enfermeiro, com minha chefia e também respeitar o código de ética e as leis. E4*

O estudo aponta que no cotidiano os enfermeiros utilizam as normas deontológicas para tomar decisões frente a conflitos éticos nas situações que envolvem os pacientes terminais.

A bioética considera a deontologia como um dos fundamentos para discutir conflitos éticos. Para Ferrer e Álvarez (2005), a deontologia estuda a problemática referente às relações entre o exercício profissional e as regras sociais. É uma maneira peculiar de conceber a ética e o raciocínio moral. A deontologia é uma teoria que se postula na retidão das ações humanas, através de normas e regras, presentes nos códigos de ética dos profissionais.

Conforme Schirmer (2006), o profissional de saúde deve considerar a deontologia para nortear suas ações, visto que o exercício profissional depende de um juramento. Deve, também, aceitar as conseqüências que as escolhas e práticas em saúde podem acarretar ao bem-estar individual e coletivo.

Nessa perspectiva deontológica, os princípios do exercício legal são consagrados como eixo orientador das atividades dos enfermeiros. Portanto, os profissionais utilizam como referência o seu código de ética e outras legislações para embasar sua tomada de decisão frente ao paciente terminal.

5.3.2 O uso do conhecimento científico

O estudo mostra que o conhecimento científico é necessário para tomar decisões frente a conflitos éticos relativos a pacientes terminais. O enfermeiro considera que, para a solução de conflitos, deve ter embasamento teórico e legal sobre a situação, que possibilite seu posicionamento com segurança e respeito ao paciente e aos preceitos éticos e legais.

Deve-se ter embasamento técnico e teórico sobre determinado caso que for abordado, conhecimento de leis e diretrizes para discutir e expor com convicção o que realmente é certo, a fim de solucionar o conflito da melhor forma possível, ou seja, respeitando o cliente e os preceitos éticos e legais.

E1

Essa afirmação é reiterada pela consideração de que na prestação da assistência ao paciente terminal, além da empatia, honestidade, respeito à espiritualidade do paciente e humanização da assistência deve ser valorizado o conhecimento científico, como ilustrado a seguir:

Acredito que para se envolver numa tomada de decisão onde envolve aspectos éticos e vidas, deve-se ter, além da empatia, honestidade, humanidade e espiritualidade, ter também o conhecimento técnico – científico, ou seja, não se deve envolver numa questão tão polêmica, onde as vidas de outras pessoas estão em suas mãos sem se ter o conhecimento necessário. E2

É revelada a necessidade do conhecimento científico ser acompanhado de valores e, nessa perspectiva, a bioética pode colaborar com a formação do profissional, pois ela contribui para a reflexão dos valores éticos.

Conforme Picheth (2003), a bioética prepara o indivíduo para servir com responsabilidade, competência e humanismo àqueles que se subordinam, conscientemente ou não, aos cuidados de saúde. Além disso, Chaves e Massarollo (2009) apontam que para os enfermeiros é importante a fundamentação teórica e os princípios éticos.

5.3.3 A participação das equipes multiprofissional e de enfermagem

Nesta sub-categoria fica evidenciada a importância da comunicação e da participação das equipes multiprofissional e de enfermagem na tomada de decisões frente a pacientes terminais, como mostram as seguintes falas:

[...] acho importante a discussão com toda a equipe, principalmente a enfermagem que está 24 horas com o paciente, acredito que a boa comunicação é um fator fundamental no processo de cuidar desse paciente.

E4

[...] acho que a participação da equipe multiprofissional é muito importante, não somente um profissional, mas um conjunto, que todos possam expressar suas opiniões e chegar em uma decisão [...] E8

O estudo indica que as decisões devem ser tomadas pelo conjunto dos profissionais, pela família e pelo paciente, quando consciente. O diálogo entre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional é importante, devendo haver o compartilhamento das inquietações, mas é considerado que deve ser respeitada a decisão do paciente.

As decisões devem ser tomadas em conjunto, corpo clínico juntamente com outros profissionais, família e também o paciente quando consciente de sua situação [...] E4

Verifica-se que, diante do surgimento de conflitos em relação ao familiar de um paciente terminal, o enfermeiro, além de conversar com ele tentando minorar seu sofrimento, procura dialogar com os médicos, para identificar qual pode ser a sua contribuição, e com outros enfermeiros e auxiliares de enfermagem, considerando a vivência deles adquirida na sua trajetória de vida.

Se for um conflito com um parente tento conversar com ele, para minimizar o seu sofrimento. Também procuro muito conversar com os médicos do paciente para saber o que posso ajudar. E5

Procuro, também, discutir o caso com meus colegas enfermeiros e muitos auxiliares, que já tem uma boa vivência, pois com o passar do tempo a vida nos ensina muito. E6

Em relação à participação da equipe multiprofissional, estudo realizado por Chaves e Massarollo (2009) revela que a postura dos profissionais deveria ser de compartilhar os dilemas com toda a equipe multiprofissional, a fim de minimizar os conflitos gerados por decisões isoladas ou por problemas de comunicação.

Ressaltamos que a participação da equipe multiprofissional para a tomada de decisão em relação aos conflitos éticos minimiza as decisões solitárias, pois os saberes profissionais se completam e podem colaborar com a assistência ao paciente terminal.

5.3.4 O respeito à autonomia do paciente e da família

O estudo revela que na tomada de decisão frente a conflitos éticos, o enfermeiro deve respeitar a autonomia do paciente e a participação da família. Para minimizar o sofrimento do paciente, os profissionais deveriam escutá-lo mais, revelar a verdade e respeitar a sua autonomia, pois o esclarecimento sobre o seu prognóstico ajudaria no processo de tomada de decisão.

[...] nós profissionais deveríamos escutar mais o paciente, mas primeiro revelar a verdade, que muitos profissionais médicos não fazem isso, pois gera muitas interrogações, assim o paciente sabendo da verdade poderia ajudar na decisão, deveríamos respeitar mais a sua autonomia [...] E2

Evidencia, também, que os enfermeiros devem respeitar a autonomia do paciente que está consciente e, quando inconsciente, respeitar a autonomia da família, que deve ter a verdade revelada sobre a condição do paciente. Quando há discordância entre os membros da família, sobre a assistência a ser prestada ao paciente terminal, que está inconsciente e não pode manifestar a sua vontade, o enfermeiro segue o que determina a prescrição médica.

[...] como o paciente estava consciente procurei atender a sua demanda, mas se ele estivesse inconsciente procuraria respeitar a vontade da família [...] E7

[...] o relacionamento com a família, sempre falar a verdade, pois a verdade para mim é uma questão ética. E1

[...] daí eu sigo o que a prescrição determina uma vez que o cliente já não conseguirá responder por si, mas se o mesmo tiver condições de responder por si, respeito a opinião do mesmo. E6

O estudo identifica que os profissionais devem exercer suas atividades conforme os princípios da ética, mas respeitando as decisões dos familiares.

No meu ponto de vista a decisão final sempre será dos responsáveis, cabe a nós profissionais da saúde desempenhar sua função de forma bem clara e ética. E7

Revela, ainda, que o excesso de trabalho dificulta a escuta dos familiares pelos profissionais, colaborando para a não manifestação da autonomia, uma vez que o esclarecimento é condição necessária para essa manifestação.

A família deve participar desse processo, muitas vezes pela correria do dia a dia, não paramos para escutar os familiares, isso deveria ser bem trabalhado [...] E6

A autonomia refere-se ao poder da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde e seu bem-estar, mediante valores, crenças, expectativas e prioridades, de forma esclarecida e livre de influências externas e de limitações pessoais que impeçam de fazer uma opção, dentre as alternativas a ela apresentadas.

Assim, segundo Jonsen, Siegler e Winslade (1999), o consentimento deve ser livre, voluntário, consciente, não comportando coação ou manipulação. Deve estabelecer uma relação entre profissional e paciente, que possibilite uma participação ativa do paciente no que diz respeito aos seus cuidados e tratamento. Com frequência, a dificuldade que muitos profissionais apresentam para saber ouvir o doente e identificar a mensagem que se esconde por trás das palavras, impossibilita uma comunicação eficaz entre eles.

A informação esclarecida é imprescindível para a tomada de decisões autônomas. (Beauchamp e Childress, 2001) As informações devem ser detalhadas e consoantes com a condição de entendimento da pessoa. O paciente deve receber orientações necessárias e adequadas a respeito do seu diagnóstico, opções terapêuticas disponíveis, quando houver, ser informado acerca da probabilidade de sucesso ou de fracasso, dos benefícios previstos, do grau de invasão dos procedimentos, dos prováveis desconfortos e possíveis riscos, ou seja, deve ser esclarecido sobre o que possa fundamentar sua decisão.

Um aspecto importante para o respeito à autonomia é o valor atribuído a esse princípio nos serviços de saúde. Quando na assistência à saúde prevalece o referencial do profissional para a decisão relativa à saúde e ao bem estar do paciente, pode ser irrelevante a participação dele na tomada de decisão, mas, se o respeito ao paciente for considerado importante valor ético, é possível que ele tome as decisões que dizem respeito à sua vida e aos cuidados com a sua saúde. (Massarollo, Saccardo e Zoboli, 2006)

Em relação à autonomia diminuída do paciente terminal, Beauchamp e Childress (2001) sugerem que, pessoas que têm a sua autonomia diminuída, a decisão deve ser compartilhada com a família, assim respeitando suas convicções.

Estudo realizado por Oliveira, Sá e Silva (2007) aponta que enfermeiros referiram aceitar a autonomia do paciente sem possibilidade de cura, mostraram reagir de forma a acolher suas decisões, a respeitar suas escolhas e a orientar sobre suas solicitações ou recusas. Por outro lado, percebem que quando se recusam aceitar tais manifestações de autonomia, podem reagir com negligência às solicitações.

5.3.5 A importância do esclarecimento de pacientes e familiares

Nesta sub-categoria foi ressaltada a importância do esclarecimento de pacientes e familiares, como pressuposto para a tomada de decisão frente a conflitos éticos. O estudo mostra a importância da comunicação na tentativa de minimizar o sofrimento daqueles que estão envolvidos na situação.

[...] temos que tentar expor para os familiares os porquês de tudo isso para tentar minimizar o sofrimento e o constrangimento que muitos familiares declaram. E4

O diálogo é algo que eu acho mais importante nesses momentos, porque o paciente e a família estão vulneráveis, devido ao sofrimento e a aproximação com a morte do ente querido. E10

Identifica-se no estudo que o fato do paciente e seus familiares acompanharem o diagnóstico e o prognóstico minimiza a ocorrência de falsas esperanças decorrentes do tempo prolongado de internação do paciente.

[...] deve ser claro quanto ao explicar o quadro ao cliente, não falar com meios termos e suavizar a situação. Não dar falsas esperanças, porém buscar dar suporte a esta situação vivenciada, fazendo com que a caminhada seja tranqüila. E8

Evidencia, ainda, que o esclarecimento deve ser de forma clara e verdadeira sobre a condição real do paciente, o que pode contribuir para evitar procedimentos invasivos desnecessários que prolonguem o sofrimento do paciente. Entretanto, há profissionais que agem de maneira discordante, não revelando a verdade ao paciente e familiares.

Muitas vezes o corpo clinico não fala a verdade para o cliente ou para a família, acho que deveriam falar a realidade, o que realmente está acontecendo com o paciente e seu prognóstico, não ficar sem comunicar, sem conversar com os familiares, o que acontece com freqüência, dizer a verdade, até mesmo para poder ter futuras ações, como intubar ou não um cliente que está em fase terminal. E8

O estudo aponta que os pacientes devem receber orientações necessárias e adequadas a respeito do seu tratamento. A pessoa deve ser esclarecida de tudo aquilo que possa fundamentar sua decisão, pois quanto mais completa for a informação, melhor será a sua condição para fazer escolhas autônomas.

As informações fornecidas devem ser detalhadas e de acordo com a condição de entendimento da pessoa.

5.3.6 A multifatorialidade concorrendo para a tomada de decisão

Esta sub-categoria evidenciou alguns aspectos que influenciam no processo de tomada de decisão relativos a paciente, família, profissional e instituição.

O estudo revela que os enfermeiros consideram as crenças, a dignidade, a cultura dos pacientes terminais e seus familiares, a tradição e a religião. A religião pode influenciar de maneira positiva ou negativa porque tem pessoas que acreditam que devem passar pelo sofrimento, como forma de perdão dos pecados. Entretanto, na tomada de decisão é necessário respeitar a religião, proporcionando um momento de espiritualidade, pois conforta o paciente e a equipe.

[...] respeitar sua tradição, sua religião, que acho muito importante o respeito a religião de cada um, não impondo a minha crença, mas deixar que o cliente exponha a sua e consiga ter um conforto com isso. E1

[...] o respeito á religião, também, acho importante, cada pessoa tem a sua religião, proporcionar um momento de espiritualidade é muito importante, pois conforta o paciente e até mesmo a equipe. E10

A espiritualidade é importante durante a assistência ao paciente terminal e influencia na tomada de decisão dos profissionais. Para Soares (2007), a espiritualidade é uma característica humana que, dentre outros aspectos, possibilita ao indivíduo encontrar significado e propósito para a sua vida. As situações que antecedem e envolvem os processos de morte e morrer estão entre aquelas em que a espiritualidade e a necessidade de conforto espiritual são mais evidentes.

Para Pessini e Bertachini (2005), a atenção às necessidades físicas, psicológicas e espirituais dos pacientes no final da vida tem sido identificada como prioridade, tanto pelos profissionais e instituições, como pelos próprios pacientes que estão no final de sua jornada de vida.

Evidencia-se, ainda, que outros fatores são considerados para a tomada de decisão, como: o nível de consciência do paciente, a aceitação da família e amigos, o estabelecimento de um ambiente confortável e com privacidade, a utilização de medicações para alívio da dor e o respeito aos valores.

Devem ser considerados alguns itens: o atual estado de saúde do cliente; o nível de consciência do mesmo; a aceitação da família e amigos; estabelecer um ambiente confortável e se possível com privacidade, vejo

que a estrutura física deve colaborar com a privacidade; medicações atuando no alívio da dor; apoio do hospital ao enfermeiro da unidade, pois vejo que algumas decisões não são tomadas devido a falta de apoio das instituições, ou até mesmo da falta de autonomia do enfermeiro; também tem que respeitar os valores do cliente. E3

Em relação aos valores, são característicos do ser humano e diante de uma necessidade ou vulnerabilidade eles são evidenciados. Para Urban (2003), a Bioética deve estudar não apenas os problemas éticos inerentes à vida, mas, focalizar as interações da ética com a vida humana e com os valores humanos.

Identifica-se, também, no estudo que a hierarquia institucional influencia na tomada de decisão. Os profissionais enfermeiros procuram consultar seus supervisores e outros colegas, e respeitar a hierarquia institucional.

Nós temos uma hierarquia, o auxiliar para com o enfermeiro, o enfermeiro para com o supervisor e daí por diante, o respeito a essa hierarquia é muito importante para que o trabalho aconteça de maneira eficaz, quando se trata de um paciente terminal procuro passar as informações do cliente para o meu supervisor, tento buscar com ele materiais e equipamentos para proporcionar uma melhor qualidade nesse final da vida [...] E5

A hierarquia institucional é um fator que deve ser considerado. Os profissionais enfermeiros devem conhecer essa relação de poder exercida nas instituições, facilitando o seu processo de tomada de decisão. A troca de informações, também, é um meio facilitador para o enfermeiro, pois em sua consciência não tomará uma decisão solitária.

6 Síntese

Este estudo objetivou conhecer os conflitos éticos relacionados a pacientes terminais identificados por enfermeiros das clínicas médica, cirúrgica e pronto socorro adulto; compreender como os enfermeiros tomam as decisões frente aos conflitos éticos relativos a pacientes terminais e conhecer o que é levado em consideração, pelos enfermeiros, para tomada de decisão frente a conflitos éticos relativos a pacientes terminais.

Em relação à categoria **a vivência dos enfermeiros em relação ao paciente terminal**, foram evidenciadas as sub-categorias:

Os **cuidados como condição essencial para assistência aos pacientes terminais** devem proporcionar conforto e alívio do sofrimento do paciente terminal, como o alívio da dor, a identificação de sinais e sintomas geradores de sofrimento.

É evidenciado no estudo que os problemas que emergem com os cuidados no fim da vida colocam os profissionais diante da necessidade de reflexão sobre os cuidados prestados. Foi apontada como uma incoerência a desconsideração aos cuidados paliativos, entendendo que a cura deve ser sempre o objetivo, mesmo com o prolongamento do sofrimento do paciente terminal.

A **postura da família frente ao paciente terminal** em não revelar o diagnóstico do paciente colabora com o não esclarecimento. Outra dificuldade da família é a não aceitação da condição terminal do paciente, seja pelo sofrimento ou pela crença na cura.

As **conseqüências da vivência profissional com pacientes terminais** colaboram com o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro, aprendendo a ouvir e sentir o paciente e seus familiares, para o aumento de conhecimentos e sabedoria.

Na vivência com pacientes terminais a ética é apontada, pelos enfermeiros como um fator importante porque colabora com a reflexão sobre suas condutas, suas responsabilidades e seus valores.

O estudo revela, a dificuldade do enfermeiro em aceitar a morte e que a vivência com pacientes terminais, possibilita uma reflexão dos profissionais sobre a vida e a morte.

Evidencia, também, que o curso de graduação não prepara o enfermeiro para lidar com o paciente terminal, e que é no cotidiano profissional que ele vai adquirindo maturidade profissional.

A **postura profissional frente aos pacientes terminais** deve ser baseada na ética e nas relações profissionais, envolvendo o saber e o cuidar. É necessário, também, que a equipe multiprofissional trabalhe em harmonia, respeitando, além do paciente e seus limites, os familiares.

O enfermeiro busca ter uma postura de proximidade com os familiares, com os pacientes terminais e com a equipe de enfermagem.

O estudo mostra que muitos profissionais têm como postura não respeitarem os parâmetros indicativos dos limites dos pacientes terminais, investindo em medidas que prolongam o processo de morrer. O medo, a falta de preparo e a pouca interação da equipe médica com as outras categorias profissionais podem colaborar com essa prática.

Na categoria, **fatores geradores de conflitos éticos em relação ao paciente terminal**, foram identificadas as sub-categorias:

A **obstinação terapêutica** gerada pela dúvida de investir ou não em pacientes terminais é um conflito ético para o enfermeiro, mesmo sabendo que o investimento pode levar ao sofrimento. A utilização de medidas extraordinárias em pacientes terminais é observada durante a assistência ao paciente.

Outro aspecto evidenciado que colabora com a obstinação terapêutica é a não aceitação do diagnóstico do paciente por parte da família, principalmente quando o paciente está consciente.

O estudo identifica, ainda, que é um conflito ético os médicos prescreverem medicamentos e cirurgia que prolonguem a vida do paciente terminal, com intuito de realizar pesquisas, prolongando o desconforto e o sofrimento.

As **situações administrativas geradoras de conflitos éticos** identificadas foram a não liberação de visitas ao paciente terminal, devido às normas burocráticas da instituição; à ausência e/ou demora do médico prescrever medicamentos para alívio da dor; à burocracia da farmácia em liberar as medicações; à falta de medicamentos nos protocolos institucionais; e à demora do serviço de nutrição em liberar a alimentação de preferência do paciente.

A **quebra do sigilo e desrespeito à privacidade do paciente terminal** foram ressaltados como um conflito ético porque na assistência de enfermagem muitos profissionais desrespeitam o direito do paciente ao sigilo e à privacidade.

O **despreparo profissional** foi evidenciado como um fator que gera conflitos éticos devido à falta de preparo acadêmico e profissional..

A **falta de autonomia do enfermeiro** colabora com o surgimento de conflitos éticos. A ausência de autonomia tem relação com a postura dos profissionais médicos, quando definem condutas e não aceitam participação de outros profissionais.

Na categoria, **fatores considerados para a tomada de decisão em relação aos conflitos frente ao paciente terminal**, foram evidenciadas as subcategorias:

Os **aspectos ético-legais** devem ser considerados para a tomada de decisão em relação ao paciente terminal, frente aos conflitos éticos. O enfermeiro durante a tomada de decisão respeita a lei do exercício profissional, o código de ética e busca conhecer outras leis.

O **uso do conhecimento científico** foi evidenciado como necessário para tomar decisões frente a conflitos éticos relativos a pacientes terminais, sendo que esse conhecimento deve ser embasado de preceitos éticos e legais.

A **participação das equipes multiprofissional e de enfermagem** é importante para tomar decisões, essas devem ser tomadas em conjunto pelos profissionais, pacientes e familiares.

O **respeito à autonomia do paciente e da família** foi ressaltado como necessidade durante a tomada de decisão frente a conflitos éticos. Os profissionais devem respeitar a autonomia do paciente e a participação da família e quando o paciente está consciente deve ser respeitada sua autonomia, mas, quando inconsciente, respeitar a autonomia da família.

A **importância do esclarecimento de pacientes e familiares** foi evidenciada como um pressuposto para a tomada de decisão frente a conflitos éticos. Mostra a importância da comunicação e esclarecimento dos pacientes e familiares na tentativa de minimizar o sofrimento.

A **multifatorialidade concorrendo para a tomada de decisão** identifica alguns aspectos que influenciam no processo de tomada de decisão, como respeito à religião do paciente, proporcionando um momento de espiritualidade. Além disso,

levar em consideração os valores, como: o altruísmo, o respeito, a honestidade, a responsabilidade, a sabedoria, a compreensão, a solidariedade, o conhecimento, a reflexão e a discussão com toda equipe. A hierarquia institucional, também, influencia no processo de tomada de decisão.

7 Considerações finais

Na assistência de enfermagem a pacientes terminais é fundamental que a equipe de enfermagem ofereça cuidados baseados nos conhecimentos científicos, porém há a necessidade do enfermeiro identificar e compreender os valores morais e éticos existentes nessa relação de cuidado.

Entender os conflitos éticos possibilita aos profissionais compreender melhor as angústias dos pacientes terminais e de seus familiares. Além disso, os profissionais necessitam compartilhar suas aflições com outros profissionais, para que na tomada de decisão não se sintam isolados.

O respeito à pessoa humana, a valorização de sua autonomia, a veracidade no esclarecimento e o entendimento da finitude humana são elementos básicos para cuidar da pessoa durante a sua terminalidade de vida.

Cuidar do paciente terminal não é uma tarefa fácil, porque intrinsecamente as pessoas possuem seus valores, que acabam divergindo uns dos outros, porém os profissionais necessitam se aproximar dos valores dos pacientes na prestação de uma assistência com qualidade.

Referências

- Barchifontaine CP, Pessini L. Problemas atuais de Bioética. 8 ed. São Paulo: Loyola; 2007.
- Barchifontaine CP. A dignidade no processo do morrer. In: Barchifontaine CP, Pessini L. Bioética: alguns desafios. São Paulo: Loyola; 2001.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5ªed. New York: Oxford University Press; 2001.
- Bernieri J, Hirdes A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. Texto contexto Enferm. 2007;16(1):89-96.
- Boff L. Ética e moral: a busca dos fundamentos. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Brasil. Constituição, 1998. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1998.
- Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. Rev. bras. enferm. 2006;59(2):222-227.
- Carvalho PRA, et al. Modos de morrer na UTI pediátrica de um hospital terciário. Revista Associação Médica Brasileira. 2001;47(04):325-331.
- Chaves AAB, Massarolo MCKB. Percepção dos enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva. Rev. Esc Enfermagem USP. 2009;43(1):30-6.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM 1.805 de 28 de novembro de 2006. Resolução suspensa por decisão liminar do Ministério Público Federal. Diário Oficial da União. Brasília. 28 nov. 2006. Seção I, pg.169.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM 1.826 de 06 de dezembro de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suporte terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de dez. 2007. Seção: I, pg. 133.
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2):15-25.
- Drane JPL. Bioética, Medicina e Tecnologia: Desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Loyola; 2005.

- Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética: Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005.
- Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais. São Paulo: EPU; 1998.
- Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde e Sociedade. 2004;13(3):30-35.
- Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: 1998;269-284.
- Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 2005; 39(2):145-153.
- Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. Medicine, Health Care and Philosophy. 2003;6:227-233.
- Gracia D. Moral deliberation: The role of methodologies in clinical ethics. Medicine, Health Care and Philosophy. 2001;4:223-232.
- Gracia D. Semiologia de los conflictos morales en Bioética. Congresso Brasileiro de Bioética. VI Congresso Brasileiro de Bioética. I Congresso de Bioética del Mercosur e Fórum da RedBioética/ UNESCO. Foz do Iguaçu: 2005.
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ: Clinical Ethics. 4. ed. New York: McGraw- Hill, 1999.
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics. 6. ed. New York: Basic Books; 2006.
- Kipper D. Final de vida em crianças: aspectos técnicos e bioéticos. Porto Alegre: Edipucrs; 2007.
- Kipper D. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e proposta para nossa realidade. Bioética. 1999;7(1):59-70.
- Loch JA. Como analisar conflitos em bioética clínica. In: Urban, CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
- Loureiro M, Vaz MRC. Refletindo sobre o ensinar e aprender para a autonomia e a transformação da realidade. Texto e Contexto Enferm. 2000;9(3):230-248.
- Lunardi WDF, Sulzbach RC; Nunes AC, Lunardi VL. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. Texto Contexto Enferm. 2001;10(3):60-79.

- Massarollo MCKB, Saccardo DP, Zoboli ELCP. Autonomia, privacidade e confidencialidade. In: Oguisso T, Zoboli ELCP. Ética e bioética: desafios a enfermagem e a saúde. São Paulo: Manole; 2006.
- Menezes MB, Selli[†] L, Alves JS. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(4):443-448.
- Minayo MCS. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- Moraes EL, Massarollo MCKB. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. Acta paul. enferm. 2009; 22(2):131-135.
- Moreira AC, Lisboa MTL. A morte entre o público e o privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. Rev. Enferm. UERJ. 2006;14(3):447-54.
- Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. Bioética. 2005; 13(2):51-63.
- Nunes L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. Bioética. 2008;16(1):41-50
- Oliveira AC, Fortes PAC. O direito a informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. Rev. Esc Enfermagem USP. 1999;33(1):59-65.
- Oliveira AC, Sá L, Silva MJP. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007;60(3):286-290.
- Pan Chacon J, Kobata CM, Liberman SPC. A "mentira piedosa" para o canceroso. Rev Assoc Med Bras 1995; 41(4):274-6.
- Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):103-109.
- Penalva LD. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. Bioética. 2009;17(3):523-549.
- Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. O mundo da saúde. 2005;29(4):491-509.
- Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. O Mundo da Saúde. 2003;27(1):15-32.
- Pessini L. Dignidade humana nos limites da vida: reflexões éticas a partir do caso Terri Schiavo. Bioética. 2005;13(2):65-76.

- Pessini L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. *Revista Bioética*. 2004;12(1):39-60.
- Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Bioética*. 1996;4(1):31-43.
- Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida. São Paulo: Loyola; 2003.
- Picheth FS. Ensino da Bioética. In: Urban CA. *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Reviver; 2003.
- Quintana AM, Santos NS, Keglet L, Lima LD. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente. *Padeia*. 2006;16(35):415-435.
- Santos DV, Massarollo MCKB. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2004;12(5):790-796.
- Santos MJ, Massarollo MKB. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. 2005;13(3):382-387.
- São Paulo (Estado). Lei 10.241 de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. São Paulo: Diário Oficial do Estado, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1:1.
- Schirmer J. Ética profissional. In: Oguisso T, Zoboli ELCP. *Ética e bioética: desafios a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Manole; 2006.
- Senado Federal do Brasil. Projeto de Lei 524 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre o direito da pessoa em fase terminal da doença. Brasília; 2009.
- Silva, F. Direitos e Deveres do Paciente Terminal. *Bioética*. 1993;1(2):139-143.
- Silva CHD e Schramm FR. Bioética da obstinação terapêutica no emprego da hemodiálise em pacientes portadoras de câncer do colo do útero invasor, em fase de insuficiência renal crônica agudizada. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2007;53(1):17-27.
- Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(10):2055-2066.
- Siqueira RB, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(1):95-102.
- 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.

Souza LB, Souza LEEM, Souza AM. A ética no cuidado durante o processo de morrer: relato de experiência. Rev Bras Enferm. 2005;58(6):730-734.

Souza ML, Sartor VVB, Prado ML. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005;14(1):75-81.

Starzewski AJ, Rolim LC, Morrone LC. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. Rev Assoc Med Bras. 2005;51(1):11-6.

Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2002.

Urban CA. Introdução à bioética. In: Urban, CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2ed. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: <http://www.who.int/cancer>. Acesso em 04 abril de 2010.

Anexos

Anexo 1 – Carta de solicitação à Instituição

CARTA DE SOLICITAÇÃO À DIREÇÃO DA INSTITUIÇÃO A SER PESQUISADA

Ilma. Sr^a.

Venho por meio desta solicitar a autorização para a realização de um projeto de pesquisa, intitulado “**Conflitos éticos relativos a pacientes terminais vivenciados por enfermeiros**”, que tem como objetivos conhecer os problemas éticos relacionados a pacientes terminais identificados por enfermeiros das clínicas médica, cirúrgica e pronto socorro adulto; compreender como os enfermeiros tomam as decisões frente aos problemas éticos relativos a pacientes terminais; e conhecer o que é levado em consideração, pelos enfermeiros, para tomada de decisão frente a problemas éticos relativos a pacientes terminais; que está sendo orientado pela Profa. Dra. Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo.

Esclareço que essa pesquisa visa a elaboração da minha dissertação de mestrado, como requisito para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Será realizada uma pesquisa com enfermeiros atuantes nas clínicas médica, cirúrgica e pronto socorro, após aceitação voluntária dos participantes os dados serão coletados através de entrevista.

Informo que a realização da pesquisa não trará ônus a instituição como, também, quaisquer danos aos participantes. Será garantido o anonimato dos profissionais e da instituição.

Agradeço a atenção dispensada e fico a disposição para quaisquer esclarecimentos sobre o estudo.

Atenciosamente,

São Paulo, _____ de _____ de _____.

João Gregório Neto

Anexo 2 - Aprovação do Comitê de Ética

Protocolo: 04/09

Projeto de Pesquisa: Problemas Éticos relativos a pacientes terminais vivenciados por enfermeiros.

Pesquisador(a) João Gregório Neto

São Paulo, 19 de maio de 2009.

Em abril de 2009, foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa o Projeto acima intitulado. O Projeto foi analisado pela Comissão de Ética em Pesquisa em reunião ordinária realizada em 19/05/09, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado, e o considerou **APROVADO**.

Lembramos, ainda, que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do(a) pesquisador(a):

- ✓ Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
- ✓ Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
- ✓ Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
- ✓ Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.



Dra. Fabiana Sanches de Rinaldis
Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa

Anexo 3 - Instrumento de coleta de dados

1. Caracterização:

Idade: _____

Sexo: F () M ()

Religião: _____

Tempo de formado(a): _____

Tempo de vínculo na instituição: _____

Clínica: () Pronto socorro adulto () Médica () Cirúrgica

Tempo que atua na clínica: _____

Pós-graduação: Sim () Não ()

Se sim: () Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado

Área da Pós Graduação: _____

Onde teve oportunidade de discutir sobre pacientes terminais?

() Graduação () Pós graduação () Cursos aprimoramento

() Vida profissional

Assistiu paciente terminal em outras instituições: () Sim () Não

2. Questões norteadoras:

1. Fale sobre sua vivência com pacientes terminais.
2. Fale sobre conflitos éticos relacionados a pacientes terminais.
3. Frente a conflitos éticos relativos a pacientes terminais, o que deve ser considerado para tomada de decisões?

Anexo 4 – Termo de consentimento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA: “Problemas éticos relativos a pacientes terminais vivenciados por enfermeiros.”

Pesquisador: João Gregório Neto

Orientadora: Prof. Dra. Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

Eu, João Gregório Neto, enfermeiro, aluno do Programa de Pós Graduação (mestrado) da Escola de Enfermagem da USP, venho convidá-lo a participar do estudo acima, com os seguintes objetivos conhecer os problemas éticos relacionados a pacientes terminais identificados por enfermeiros das clínicas médica, cirúrgica e pronto socorro adulto; compreender como os enfermeiros tomam as decisões frente aos problemas éticos relativos a pacientes terminais; e conhecer o que é levado em consideração, pelos enfermeiros, para tomada de decisão frente a problemas éticos relativos a pacientes terminais.

Os dados serão coletados através de uma entrevista gravada para posterior transcrição do seu conteúdo, que possibilitará uma análise mais fidedigna. Os resultados poderão ser apresentados em eventos e publicações científicas.

A sua participação no estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, também, será garantido o seu anonimato.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicito a sua assinatura no item II deste documento.

Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa. O meu telefone para contato é (11) 7260 6345 e meu e-mail é joaogregorio@usp.br.

São Paulo, ____ de _____ de 20__.

João Gregório Neto

Compreendi o objetivo desta pesquisa e concordo em participar de forma voluntária, entendendo que as informações serão confidenciais, que não haverá identificação nominal e que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar deste estudo.

Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos foram prestados pelo pesquisador.

Nome: _____

Endereço: _____

Contato: _____

São Paulo, ____ de _____ de 20__.

Participante