

UTILIZAÇÃO DO SUPORTE VITAL: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA HEMATO ONCOLOGIA

LIFE SUPPORT USE: PERCEPTION OF THE NURSING STAFF IN HAEMATO ONCOLOGY

USO DEL SOPORTE VITAL: PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN HEMATO ONCOLOGÍA

Paulo Barrozo Cassol¹
 Alberto Manuel Quintana²
 Maria Teresa Aquino de Campos Velho³

Objetivou-se conhecer a percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de internação hemato-oncológica sobre o uso do suporte vital em situações de terminalidade da vida. Pesquisa qualitativa realizada com 23 profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiras, técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem) de um Hospital de Ensino no Sul do Brasil. Foi utilizada a entrevista semidirigida gravada, no período de setembro e outubro de 2013, sendo interpretadas pela análise categorial de conteúdo. Os resultados evidenciaram como dilema que a utilização do suporte vital é percebida como sofrimento para o paciente terminal, mas não pode ser dissociado das práticas do cuidado. Concluiu-se que a percepção da equipe de enfermagem é ambígua, devido aos diferentes sentimentos que causa o uso de tecnologias em pessoas na terminalidade. Assim, considera-se que abordagens e reflexões durante a formação podem contribuir para minimizar os conflitos na atuação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Doente terminal. Oncologia.

The aim was to understand the perception of the nursing staff of a haemato-oncology inpatient unit on the use of life support in case of offend-of-life situations. This is qualitative research, with 23 professionals from nursing staff (nurses, nursing technicians and nursing assistants) of a teaching Hospital in southern Brazil. For the production of the data the semi-directed interview was used, recorded during September and October 2013, being interpreted by category content analysis. The results evidenced the dilemma in which the use of vital support is perceived as suffering for the terminally-ill patient, but cannot be dissociated from care practices. It is concluded that the perceptions of the nursing staff is ambiguous, due to the different sentiments caused by the use of technology with the terminally ill. Thus, it may be considered that approach and reflections during training can help to minimize the conflicts in professional performance.

KEY WORDS: Nursing. Terminally ill. Oncology.

Se objetivó conocer la percepción del equipo de enfermería de una unidad de internación hemato-oncológica sobre el uso del soporte vital en situaciones de fin de la vida. Se trata de una investigación cualitativa, realizada con 23 profesionales del equipo de enfermería (enfermeras, técnicas en enfermería y auxiliares de enfermería) de un hospital escuela del sur del Brasil. Para la producción de los datos fue utilizada la entrevista semi-dirigida gravada, durante el período de septiembre a octubre de 2013, siendo interpretadas con análisis de contenido categorial. Los resultados evidenciaron el dilema que la utilización del soporte vital es percibido como sufrimiento para el paciente terminal, pero no puede ser disociados de las prácticas de cuidado. Se concluye que la percepción del equipo de

¹ Mestre em Enfermagem. Mestrando em Extensão Rural. Especialista em Educação Ambiental pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Especialista em Gestão Hospitalar. Graduado em Enfermagem pela UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Membro do Comitê de Bioética do Hospital Universitário de Santa Maria. cassolpp@gmail.com

² Doutor em Ciências Sociais, Pós-doc em Bioética. Professor Titular do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria. albertom.quintana@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria. mtcamposvelho@gmail.com

enfermería es ambigua, debido a los diferentes sentimientos que causa el uso de la tecnología en personas en fin de vida. Así, se considera que planteamientos y reflexiones durante la formación pueden contribuir para minimizar los conflictos en la actuación profesional.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Paciente terminal. Oncología.

INTRODUÇÃO

O câncer continua a ser uma das doenças que provoca grande temor na sociedade contemporânea, devido às representações de morte, dor, sofrimento e ansiedades associadas à totalidade desse processo. O transcurso do tratamento é carregado de realidades e fantasias negativas, como ressecções cirúrgicas, amputações, efeitos colaterais extremamente desagradáveis da quimioterapia e radioterapia, além das consequências psicológicas importantes e severas que acarreta (CASCAIS; MARTINIL; ALMEIDA, 2008). No Brasil, entre as diversas doenças que causam a morte, o câncer destaca-se pelo elevado grau tanto de incidências como de mortalidade. Nessa perspectiva, as estimativas já apontavam, para a população brasileira, no ano de 2014, uma ocorrência de aproximadamente 576 mil novos casos de câncer (BRASIL, 2014).

Em relação à prática de assistência em oncologia, a enfermeira possui uma relação próxima com situações de dor, morte, angústias, esperança e desesperança intrinsecamente vinculados à questão oncológica (BARRANCO; MOREIRA; MENEZES, 2010). Embora as discussões relacionadas à terminalidade da vida e ao processo de morrer estejam crescendo, ainda continuam insuficientes quando dizem respeito às práticas da enfermagem tanto no seu cotidiano de trabalho como nas pesquisas acadêmicas. Nesse sentido, são importantes as discussões e a inserção transversal da presente temática nos componentes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem (SANTANA et al., 2013).

O suporte vital envolve o uso de diversas tecnologias biomédicas, como aparelhos diversos, sondas, equipamentos de ventilação mecânica, e também de diversas drogas (VILLAS-BÔAS, 2008). O paciente em processo de terminalidade vivencia uma condição na qual o seu prognóstico de morte é breve, podendo ocorrer entre três

e seis meses. No entanto, a utilização da tecnologia para manter a vida e, talvez, prolongar o processo de morrer pode alterar, às vezes sensivelmente, o período previsível de vida (ROCHA et al., 2013).

Ainda que a sociedade atual possua inovadores e avançados conhecimentos biológicos, psicológicos e técnicos, quando se defronta, em determinadas situações, com a terminalidade da vida, todo esse conhecimento gera dilemas éticos relevantes. Tal fato, agregado aos já enunciados, confirma a necessidade do incremento de discussões e reflexões sobre o morrer com dignidade (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007). Diante do contexto tecnológico e medicalizado da morte, torna-se uma tarefa difícil apontar o que seria uma morte digna.

Em relação aos cuidados ao paciente em fase terminal, a enfermeira atua em práticas assistenciais, gerenciais, articulações com o paciente e seus familiares e com outros profissionais de saúde. O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) aponta os cuidados paliativos como um tema de saúde na sociedade contemporânea, com destaque para a enfermeira tanto no controle da dor como de outros sintomas relacionados à terminalidade (FIRMINO, 2009).

Desse modo, considerando-se a relevância dessa questão, justifica-se a importância desta pesquisa, que teve como questão norteadora a seguinte pergunta: Qual é a percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de internação hemato-oncológica sobre o uso do suporte tecnológico nos pacientes em situações de terminalidade? O objetivo do estudo é conhecer a percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de internação hemato-oncológica sobre o uso do suporte vital em situações de terminalidade de vida.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de recorte extraído de pesquisa descritiva de abordagem qualitativo-exploratória e descritiva apresentada na Dissertação de Mestrado denominada “Autonomia do paciente terminal: a percepção da enfermagem de uma unidade de internação hemato oncológica”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em 2014 (CASSOL, 2014).

O cenário do estudo foi uma unidade de internação de pacientes hemato-oncológicos de um hospital de ensino da região sul do país, que presta assistência a pacientes de ambos os sexos e maiores de dezoito anos. A equipe de enfermagem do serviço era composta por 29 profissionais, das seguintes categorias: enfermeira(o)s, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Desse total, 23 profissionais participaram da pesquisa sendo 8 auxiliares de enfermagem, 9 técnicas de enfermagem e 6 enfermeiras. Dentre esses, 3 eram do sexo masculino e 20 do sexo feminino.⁴

A participação das profissionais foi definida mediante atendimento aos critérios de inclusão (pertencer à equipe de enfermagem do hospital citado e estar lotado na unidade) e exclusão (afastamentos por licença de saúde ou férias no período da coleta de dados, bem como ser enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada de Saúde).

Para a delimitação do número de participantes foi adotado o critério de repetição de informações. Desse modo, as entrevistas foram encerradas no momento em que foram percebidas repetições de conteúdo, entendendo-se que novos depoimentos não trariam acréscimos significativos aos objetivos da pesquisa, tal como orienta Turato (2011). A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2013.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual informava sobre os procedimentos da pesquisa, os benefícios, os riscos, a autonomia. Foram considerados os pressupostos éticos da Resolução n.

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde Brasil (BRASIL, 2013). O projeto de pesquisa foi aprovado e obteve o CAAE n. 18902613.3.0000.5346 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.

Para manter o anonimato das participantes foi adotado um sistema de códigos para identificá-las, mediante o emprego de letras do alfabeto seguidas de um número indicativo da ordem sequencial da entrevista por grupo de participante, da seguinte forma: a letra “E” identificou as Enfermeiras (E1, E2, E3...); a letra “T”, os Técnicos de Enfermagem (T1, T2, T3...); a letra “A”, os Auxiliares de Enfermagem (A1, A2, A3...).

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semidirigida (TURATO, 2011). Iniciou-se com a seguinte pergunta: Qual a sua percepção sobre a autonomia do paciente terminal? O entrevistador fez uso de eixos norteadores para o desenvolvimento das entrevistas: terminalidade, paciente terminal, medidas de suporte vital, comunicação do diagnóstico, testamento vital, autonomia, situação de paciente terminal com dor.

As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas em equipamento digital. Após a transcrição dos depoimentos, as informações foram organizadas e submetidas à análise de conteúdo proposta por Turato (2011) para a interpretação dos dados. Segundo o referido autor, a análise categorial de conteúdo acontece pela explicitação do sentido (o seu significado) contido num documento ou numa entrevista, levando-se em conta a frequência da repetição dos termos.

A metodologia da pesquisa clínico-qualitativa abrange um conjunto de técnicas para compreender e descrever os sentidos e significados dos fenômenos no campo do binômio saúde-doença. A apresentação dos dados, na pesquisa clínico-qualitativa, compreende as seguintes fases, as quais foram seguidas no presente estudo: apresentação inicial do material, em que as transcrições das entrevistas e as anotações observadas no campo são arquivadas no computador; a pré-análise, por meio das leituras flutuantes, em que se busca o não dito entre as palavras; a categorização e subcategorização, mediante o destaque dos assuntos, ocorre por relevância

⁴ Neste estudo, optou-se por utilizar a linguagem sexista por questão de gênero e pelo fato de a maioria das participantes ser do sexo feminino.

ou repetição e transforma os dados brutos em organizados; a apresentação dos resultados se dá de forma descritiva e com citação ilustrativa dos depoimentos, a fim de preparar a discussão, as inferências e a interpretação do material (TURATO, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do conteúdo das entrevistas possibilitou eleger-se, para este artigo, a categoria temática “Suporte vital: do sofrimento do paciente à indissociabilidade nas práticas do cuidado”, apresentada a seguir juntamente com a discussão das evidências apoiada nas falas das participantes do estudo.

Suporte vital: do sofrimento do paciente à indissociabilidade nas práticas do cuidado

De acordo com as depoentes, o uso de tecnologias para manter vivo o paciente em processo de terminalidade é uma ação que causa intenso sofrimento. Tal percepção está sustentada nos depoimentos relacionados a seguir:

“Eu acho, para o paciente, doloroso. É para o médico ter bom senso, em investir em algo que infelizmente não é em questões financeiras, mas também há o sofrimento da família e o sofrimento do próprio paciente. Eu tenho certeza, se a pessoa pudesse se ver ali, ela não, não gostaria de sofrer.” (A6).

“Eu sempre respeito muito a decisão da ética [...] eles sabem até onde o paciente pode progredir e a sobrevivência do paciente. Ele [o médico], como responsável pelo diagnóstico e tudo do paciente, ele tem que saber isso aí. Mas eu acho que muitas vezes não leva a nada assim, que essa coisa [suporte vital], que só prolonga o sofrimento tanto do paciente como da família.” (E3).

“Eu acho como uma coisa boa, mas quando não tem mais o que fazer põe no respirador

e fica ali só protelando e acho assim um absurdo na minha opinião.” (T1).

A enfermagem, em suas práticas assistenciais, permanece, a maior parte do dia, próxima ao paciente. Acompanhar essas situações de terminalidade gera sentimentos de dor, empatia, preceitos éticos próprios, tornando-se motivo de sofrimento para esses profissionais. Vê-se, pois, que, apesar de ser fundamental cuidar com técnica e com humanismo, manter esse equilíbrio não é tarefa que seja desenvolvida com facilidade.

A rápida evolução tecnológica relacionada à saúde apresenta uma desproporção entre os conhecimentos técnicos da formação médica e os aspectos humanísticos e éticos. A utilização de aparelhos na terapêutica mudou a condição do paciente de um indivíduo que necessita ser cuidado para um ser que faz parte de todo o maquinário (BOMTEMPO, 2012). A complexidade tecnológica médico-industrial nos serviços em saúde contribui para diminuir a centralidade no paciente, direcionando a atenção para os materiais e equipamentos (GOMES; SCHRAIBER, 2011).

A decisão de que o paciente torna-se terminal, assim como até quando se deve investir nele, gera conflitos íntimos e dilemas éticos significativos. A ética profissional e os consensos e protocolos internacionais que dizem respeito a essas questões são os principais norteadores das condutas na assistência aos pacientes terminais (CHAVES; MASSAROLO, 2009). A cultura técnico-científica dos profissionais médicos tem grande influência, ainda na atualidade, na escolha e proposta dos tratamentos no final de vida. Salienta-se que ainda é muito presente, na sua formação acadêmica e assistencial, principalmente nos países latinos, a questão de visar à cura e não à qualidade de vida restante, na maioria das vezes (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010).

A formação acadêmica da enfermagem ainda é muito direcionada ao tratamento e à recuperação da saúde. Sendo assim, em situações de impossibilidade de cura, os profissionais da equipe de enfermagem podem sentir-se frustrados (MOTA et al., 2011). Nesse contexto, emerge

a importância da atenção dos profissionais de saúde, para que tenham consciência de que determinados tratamentos só servirão para prolongar os custos e o sofrimento do paciente em processo de terminalidade, além dos familiares envolvidos (GIROND; WATERKEMPER, 2006).

Para a equipe de enfermagem investigada, o uso das tecnologias pode prorrogar o sofrimento do paciente, todavia seu uso constitui-se num meio de proporcionar mais conforto ao paciente. Diante disso, estabelece-se um dilema ético, talvez inconsciente, entre a maioria das entrevistadas. Embora se reconheça que o uso da tecnologia pode causar sofrimento, ao manter vivo o paciente terminal, ela não pode ser dissociada das práticas do cuidado, mesmo em indivíduos sem possibilidades terapêuticas de cura. Esses conflitos podem ser percebidos em trechos dos relatos expostos a seguir:

“Eu sou meio tecnicista. Eu acho a tecnologia importante. Assim, pra manter o paciente em estado terminal, que tu usa a tecnologia de forma a dar conforto para ele, conforto respiratório, conforto de toda a estrutura do sistema, de estruturar o paciente, hemodinâmica. Tu mantém as funções, dá conforto ao paciente. Não vai deixar um paciente agonizando, se tu tens a tecnologia para dar suporte para ele.” (A5).

“Eu acho que, se o paciente está com deficiência respiratória, eu sou a favor de manter o respirador ligado; se está com (deficit), de dar o suporte necessário, até que seja a hora derradeira.” (E1).

“[...] eu acho que tudo isso é importante. Cada vez a tecnologia está avançando cada vez mais. Então, acho que sim, que é importante tudo isso aí pra, pra amenizar aquele sofrimento dele. Se o paciente é terminal, pelo menos ameniza o sofrimento dele.” (T6).

Ainda que se reconheça o adiamento da morte por meio dos recursos tecnológicos, este também é visto como o meio de promover o

conforto. Por isso, não utilizá-lo é algo desafiador para o enfermeiro, tendo em vista os confrontos pessoais em relação à terminalidade, aos preconceitos, aos valores e aos preceitos éticos.

Os avanços tecnológicos podem produzir dilemas éticos em relação às práticas médicas entre todos aqueles que participam de uma equipe de atendimento. Um dos caminhos para o enfrentamento desses dilemas e conflitos éticos é solicitar e obter auxílio dos comitês de bioética clínica presentes em alguns hospitais. Nesse sentido, a bioética clínica é um elemento norteador quanto ao uso das tecnologias, considerando o aspecto humanístico no cuidado das pessoas (MARQUES FILHO, 2008).

Estudos, revisões de protocolos, reflexões e ampliação do conhecimento desenvolvidos pelas equipes a respeito do significado de “duplo efeito” de algumas terapêuticas e tratamentos podem minimizar os dilemas éticos e morais em determinadas situações de pessoas em terminalidade, já que não se busca o mau efeito com determinado procedimento, mas o bom efeito. Apesar disso, mesmo não sendo intencional, pois o que se busca é algo benéfico, muitos medicamentos e procedimentos podem produzir algum impacto negativo em relação ao estado do paciente (GRACIA, 2010).

Tendo em vista que a formação acadêmica das enfermeiras e dos demais profissionais de saúde ainda é direcionada, prioritariamente, para a promoção, recuperação e preservação da vida (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010), percebe-se a intencionalidade da equipe de enfermagem em manter o paciente vivo, como algo intenso na profissão, a exemplo do expressado a seguir:

“Tudo o que a gente puder, para manter o paciente vivo, tem que fazer. Independente dele ser terminal ou não.” (A8).

“Eu sou muito assim. Além de ser da enfermagem, a gente tem aquela coisa, assim, enquanto está vivo tu tem que lutar sempre.” (T9).

Essa percepção corrobora o resultado de um estudo que evidenciou ser de relevância a percepção dos profissionais de que o dever de salvar vida não significa salvá-la a qualquer custo, mas buscar as melhores assertivas para o caso em questão, visando sempre um adequado processo de humanização no trato com as pessoas doentes (BOMTEMPO, 2012). Em relação à morte, ela pode ser vista sob dois aspectos: como algo natural, que faz parte da vida, ou o oposto, como algo que deve ser derrotado a qualquer custo.

No entanto, o ato de interditar a morte torna-se uma ilusão para o profissional, se ele pensa que pode combatê-la e evitar a sua chegada (KOVÁCS, 2010). Nesse aspecto, percebeu-se que as profissionais de enfermagem tinham a expectativa de que o estado de saúde do paciente poderia ser recuperado e a vida salva, emergindo daí algo que se percebeu como uma negação inconsciente da morte e o apoio à obstinação terapêutica. Observa-se a seguir os depoimentos que expuseram esse entendimento:

“Terminal, ele só é terminal quando a vida acabou para todos os efeitos. Dizer: vamos tirar tudo para deixar, por que não tem mais o que fazer. Bom daí ‘tu estaria praticando uma eutanásia’. Cadê o direito à vida ao paciente, se tu jurou. Ah! Não pode usar aquilo [aparelho]. Mesmo que o paciente ‘terminal, não quer dizer que não tenha uma chance’, quantos casos a gente sabe de pacientes que ficaram anos entubados ou em coma e resurgiram?” (A8).

“Que é uma tentativa, a gente não sabe, até que ponto isso aí. A gente já viu várias coisas; pacientes que estavam [para morrer], que tu davas tanto tempo de vida e saíram bem [sobreviveram] e já vi o contrário também. Então, é uma coisa que não tem como tu julgar, porque achar que aquilo ali é ruim, tu pode te surpreender.” (E3).

Na minha opinião, eu acho que tem que fazer, tem que fazer até o último minuto ali;

tem que tentar e ver se ele retorna, ver se ele consegue sobreviver. Às vezes, tem paciente terminal que dão a meia volta [sobrevivem]. Tem uns que não, mas a maioria sim. Acho que tem que fazer tudo.” (T3).

Se, por um lado, os recursos tecnológicos contribuem para a melhoria da assistência, por outro, torna-se um desafio acompanhar o seu uso sem que ocorram prejuízos em relação aos aspectos éticos e humanitários (SALVADOR et al., 2012). No tocante a esta questão, é importante ressaltar o aspecto abordado por Tobase et al. (2013), no que diz respeito ao fato de as tecnologias aprimorarem as práticas de enfermagem, mas não serem o principal alvo da arte da enfermagem. Embora o seu uso beneficie tanto no ensino como na assistência, ela não substitui a importância da afetividade nas relações humanas.

Outro aspecto que envolve essa questão é o uso das altas tecnologias, como os aparelhos e equipamentos de última geração, pois, se aplicados de modo inadequado, podem contribuir para o distanciamento entre os trabalhadores da saúde, paciente e familiares, reduzindo o paciente a um objeto a ser manipulado (POTT et al., 2013). Nessa configuração, as diretivas antecipadas de vontade do paciente em processo de terminalidade é um importante instrumento para nortear os profissionais de saúde e os familiares em relação às formas de tratamento às quais deseja ou não ser submetido (CASSOL, 2014; ROCHA et al., 2013).

Oliveira et al. (2011) discutem a exclusão do agir humanizado provocada pelo esforço incessante em manter vivo o paciente em estado terminal. Nesses momentos, a equipe de saúde deveria preocupar-se com a pessoa doente e a sua dignidade, e não focar-se somente na doença. Nesse contexto, e considerando o consentimento do familiar e, se possível, do paciente, salienta-se a necessidade de serem criados espaços para que os profissionais possam aprender, estudar, refletir e discutir assuntos relacionados à morte, bem como os limites que envolvem os tratamentos dos pacientes (BISOGNO; QUINTANA; CAMARGO, 2010).

O exposto permite admitir-se que as tecnologias são indissociáveis nos cuidados e fundamentais para manter o paciente vivo. Isso é importante, todavia, o fato a refletir é até que ponto esse é realmente o desejo do paciente. Também são importantes, na formação do profissional de saúde, reflexões que possibilitem a maximização do saber técnico-científico em que a morte deve ser combatida a todo custo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada com o objetivo de conhecer a percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de internação hemato-oncológica sobre o uso do suporte vital em situações de terminalidade de vida permitiu apontar, com o recurso dos depoimentos daqueles que dela participaram, que a utilização de tecnologias para manter o paciente vivo gera um elemento de intenso sofrimento para esse indivíduo em situação de terminalidade, em que se tem a sua morte adiada pelo uso dos recursos tecnológicos. Contudo, tem-se um dilema, pois, diante do reconhecimento de que, em certos casos, o uso de tecnologias pode prologar o sofrimento do paciente, elas não podem ser dissociadas das práticas do cuidado em indivíduos sem possibilidades terapêuticas de cura.

Diante da crescente tecnologia utilizada na saúde, tais questões se tornarão mais prevalentes, sendo fundamental o preparo dos profissionais de enfermagem na assistência a pacientes em terminalidade, quanto a tornar o processo menos aflitivo, valorizando os aspectos humanísticos e éticos. Um importante instrumento para consultas são os comitês de ética hospitalares, que ajudam a minorar as angustiantes situações.

O estudo realizado permitiu concluir-se que as situações dilemáticas que podem gerar conflitos na atuação profissional podem ser minimizadas por meio do estudo transversal sobre a terminalidade durante a formação, bem como de reflexões a respeito do “duplo efeito” decorrente do uso de tecnologias, no sentido de que se busca algo benéfico para o paciente em determinado procedimento. No entanto, esse ato

também produz algo negativo; ainda assim, o benefício é maior que o prejuízo. Quanto às diretivas antecipadas de vontade, trata-se de um importante instrumento norteador das condutas terapêuticas em situações de terminalidade de vida, por estar seguindo a vontade previamente expressa do indivíduo.

Trabalhar as questões da terminalidade da vida favorece a assistência de enfermagem, já que possibilita minimizar os conflitos geradores da sua formação pautada em salvar vidas, principalmente considerando-se que esta temática é pouco estudada de forma transversal durante a graduação. Também é importante incluir, na formação profissional, o uso de tecnologias em situações de pacientes em processo terminal de vida.

REFERÊNCIAS

BARRANCO, Elaine; MOREIRA, Marléa C.; MENEZES, Maria, F.B. O líder de enfermagem em unidades oncológicas: intervenções da subjetividade na organização de espaços saudáveis de trabalho. *Rev. bras. de cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 213-218, 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/06_artigo_lider_enfermagem_oncologicas.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BISOGNO, Silvana B.C.; QUINTANA, Alberto M.; CAMARGO, Valeri P. Entre a vida enferma e a morte sadia: a ortotanasia na vivência de enfermeiros em unidade de terapia intensiva. *Rev. min. enferm.*, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 327-334, 2010. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4d3079563e899.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2012.

BOMTEMPO, Tiago V. Diretivas antecipadas: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. *Rev. bioética y derecho*, Barcelona, n. 26, p. 22-30, 2012. Disponível em: <http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/rbyd26_art-vieira.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa /2014 Incidência de câncer no*

- Brasil. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=1>>. Acesso em: 20 maio 2014.
- CASSOL, Paulo B. *Autonomia do paciente terminal: percepção da Enfermagem de uma Unidade de Internação Hemato-Oncológica*. Brasil. 2014. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), 2014.
- CASCAIS, Ana F.M.V.; MARTINIL, Jussara G.; ALMEIDA, Paulo J.S. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 495-500, 2008. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a495-500.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.
- CHAVES, Adriano A.B.; MASSAROLLO, Maria C.K.B. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 30-36, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100004>. Acesso em: 24 jun. 2013.
- FIRMINO, Flávia. Papel do enfermeiro na equipe de cuidados paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 216-217.
- GIROND, Juliana B.R.; WATERKEMPER, Roberta. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. *Cogitare enferm.*, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 258-263, 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/7313>>. Acesso em: 6 jan. 2014.
- GOMES, Rogerio M.; SCHRAIBER, Lilia B. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface - comunic., saúde, educ.*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 339-350, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200002>>. Acesso em: 11 jul. 2014.
- GRACIA, Diego. *Pensar a bioética: metas e desafios*. São Paulo: Loyola, 2010.
- KOVÁCS, Maria J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2013.
- MARQUES FILHO, José. Bioética clínica cuidando das pessoas. *Rev. bras. reumatol.*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 31-33, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n1/07.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2014.
- MOTA, Marina S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev. gaúcha enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 129-135, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16326/12403>>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- OLIVEIRA, Fernando T. et al. Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. *Rev. bioética*, Brasília, v. 19, n. 1, p. 247-258, 2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/553/635>. Acesso em: 20 dez. 2013.
- OLIVEIRA, Stefanie G.; QUINTANA, Alberto M.; BERTOLINO, Karla C.O. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1077-1080, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600033&lang=pt&tlng>. Acesso em: 5 maio 2012.
- PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian P. *Problemas atuais de bioética*. 8. ed. rev. e ampl. São Paulo: Loyola, 2007.
- POTT, Franciele S. et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. 2, p. 174-179, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200004>. Acesso em: 28 jan. 2014.
- ROCHA, Andréia R. et al. Declaração prévia da vontade do paciente terminal: reflexão bioética. *Rev. bioética*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 84-95, 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/790/859>. Acesso em: 14 jul. 2014.
- SANTANA, Júlio C.B. et al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. *Rev. bioética*, Brasília, v. 21, n. 2, p. 298-307, 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/820>. Acesso em: 15 jun. 2014.
- SALVADOR, Pétala T.C.O. et al. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. *Rev.*

enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 111-117, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4004/2773>>. Acesso em: 24 jan. 2014.

TOBASE, Lucia et al. Recursos tecnológicos na educação em enfermagem. *J. health inform.*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 77-81, 2013. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/218/172>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

TURATO, Egberto R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas

áreas da saúde e humanas. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

VILLAS-BÔAS, Maria E. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. *Rev. bioética*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 61-83, 2008. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/56>. Acesso em: 20 jun. 2014.

Submetido: 23/12/2014

Aceito: 11/5/2015