

Ortotanásia e distanásia: percepções da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva

Carla Tamiris de Souza Tavares*, Jamily Mirela Ribeiro Martins*, Ivandira Anselmo Ribeiro Simões, M.Sc.**

**Enfermeira, Pós-Graduanda do curso de Pós Graduação Latu Sensu em Enfermagem em Urgência e Emergência e Terapia Intensiva da EEWB, **Enfermeira, Docente da EEWB, Itajubá/MG, Tesoureira da ABEn Regional Itajubá/MG*

Artigo extraído da monografia Ortotanásia e distanásia: percepções da equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva, apresentado ao Curso de Pós Graduação Latu Sensu em Enfermagem em Urgência e Emergência e Terapia Intensiva da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB)

Resumo

O presente estudo objetiva identificar as percepções de ortotanásia e distanásia para a equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos) na UTI. O estudo foi qualitativo do tipo exploratório e descritivo. A amostra foi constituída de 25 participantes, cinco de cada categoria profissional. A amostragem foi do tipo “bola de neve”, os primeiros entrevistados da amostra indicavam outros participantes, que contemplavam critérios de seleção. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada, gravada e transcrita literalmente. O estudo teve como referencial teórico metodológico, a Teoria das Representações Sociais e seguiu as diretrizes do Discurso do Sujeito Coletivo para seleção das ideias centrais e expressões-chave correspondentes, a partir das quais foram extraídos os discursos dos sujeitos. As percepções de distanásia para equipe multiprofissional na UTI foram: reflexão; deveria deixar seguir seu curso natural; influência da família; algo comum na UTI. As percepções de ortotanásia para equipe multiprofissional na UTI foi: necessidade de discussão; sem uso de técnicas; difícil saber a hora de parar; algo ético; exige-se muito mais que conhecimento técnico-científico. As conclusões permitiram conhecer as percepções de distanásia e ortotanásia para a equipe multiprofissional na UTI, embora os conceitos tenham sido diversificados entre os respondentes. Essa multiplicidade de opiniões reflete a dificuldade em lidar com o processo de morte e morrer atrelado aos dilemas éticos.

Palavras-chave: morte, unidade de terapia intensiva, equipe.

Recebido em 5 de março de 2015; aceito em 13 de dezembro de 2015.

Endereço para correspondência: Carla Tamiris de Souza Tavares, Rua João Pinto de Souza, 1507 Nossa Senhora de Fátima 37501-554 Itajubá MG, E-mail: carlinhats_enf@yahoo.com.br

Abstract

Orthothanasia and dysthanasia: perceptions of multidisciplinary team in the intensive care unit

This study aimed to identify the perceptions of orthothanasia and dysthanasia of multidisciplinary team (nurses, doctors, physiotherapists, nutritionists and psychologists) working in the ICU. The study was qualitative, more precisely, exploratory and descriptive. The sample consisted of 25 participants, allocated in five professional categories. Sampling was like "snowball", since the first respondents of the sample had indicated other participants that contemplated the selection criteria. Data collection was performed using semi-structured interviews, recorded and transcribed. The study utilized the Social Representation Theory as methodology and followed the guidelines of the Collective Subject Discourse for the selection of ideas and corresponding key expressions, from which subjects speech were extracted. The perceptions of dysthanasia identified by the multidisciplinary team of ICU were: reflection; should follow its natural course; family influence; common in the ICU. The perceptions of orthothanasia identified by the multidisciplinary team of ICU was: need for discussion; without use of technics; difficult to know when to stop; ethical; it requires much more than technical-scientific knowledge. With the findings was possible to know the perceptions of dysthanasia and orthothanasia for multidisciplinary team of ICU, although the concepts were diversified among respondents. These different points of view reflect the difficulty in dealing with the process of death and the ethical dilemmas related to it.

Key-words: death, intensive care unit, team.

Resumen

Ortotanasia y distanasia: percepciones del equipo multidisciplinario en la unidad de cuidados intensivos

Este trabajo tiene como objetivo identificar las percepciones de ortotanasia y distanasia para el equipo multidisciplinario (enfermeras, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos) en la UCI. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 25 participantes, cinco de cada categoría profesional. El muestreo fue como "bola de nieve", ya que los primeros encuestados de la muestra indicaban otros participantes, que contemplaban los criterios de selección. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas textualmente. El estudio utilizó la Teoría de las Representaciones Sociales como referencial metodológico y siguió las directrices del Discurso del Sujeto Colectivo para la selección de las ideas centrales y correspondientes palabras-clave, a partir de las cuales se ha extraído el habla de los sujetos. La percepción sobre distanasia para el equipo multidisciplinario en la UCI fueron: reflexión; debe seguir su curso natural; influencia de la familia; algo común en la UCI. Las percepciones de la ortotanasia para el equipo multidisciplinario en la UCI fue: necesidad de un debate; sin uso de técnicas; es difícil de saber cuándo parar; algo ético; requiere mucho más que el conocimiento técnico-científico. Los resultados nos permitieron conocer las percepciones de distanasia y la ortotanasia para el equipo multidisciplinario en la UCI, aunque los conceptos fueron diversificados entre los encuestados. Esta multiplicidad de puntos de vista refleja la dificultad en lidiar con el proceso de la muerte y el morir y los dilemas éticos relacionados.

Palabras-clave: muerte, unidad de cuidados intensivos, equipo.

Introdução

No decorrer dos séculos, a morte deixou de ser vivenciada no lar, passando a ser institucionalizada. Com essa prática a morte tornou-se um evento indesejado, frio e ocultado, contrariamente encarado como um acontecimento natural [1].

A morte atualmente tem sido compreendida pela sociedade como um tabu, mesmo sendo uma realidade certa e incontestável. É atribuído o seu acontecimento como um fracasso, derrota e não

como um processo natural que faz parte do ciclo vital de todo ser humano [2].

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local destinado à assistência de doentes graves ou em risco iminente de morte, os quais necessitam de cuidados e intervenções ininterruptas e especializadas [3].

Os avanços técnico-científicos no campo da saúde têm evoluído rapidamente, refletindo principalmente no processo de morte e morrer. A busca incessante por medicamentos potentes,

procedimentos invasivos e o uso da tecnologia de forma exacerbada não permitem que esse processo aconteça de forma digna. Diante deste contexto, a conduta inadequada dessas intervenções gera polêmicas em relação à morte impondo os dilemas éticos [4].

A equipe multidisciplinar da UTI é composta por médicos, equipe de enfermagem, e equipe de apoio como fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos [3].

A equipe multiprofissional e família devem estar envolvidas nas decisões em relação sobre quando recusar ou interromper certos tratamentos, embora a responsabilidade legal seja do médico. Assim, este processo seria mais simples, se as decisões fossem compartilhadas entre a equipe multiprofissional, permeando objetivos e possibilidades reais de tratamento [5].

Outra questão ética envolvida é a distanásia, conceituada pelo dicionário Aurélio como “Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”, ou seja, um tratamento fútil. Esta prolonga o processo da morte, acompanhada de sofrimento, dor e agonia para aquele que não possui cura, agredindo a dignidade humana [3].

O processo “morte e morrer com dignidade” envolve o respeito às decisões do cliente, quando em condições de responder por si, bem como a utilização de medidas terapêuticas e farmacológicas, que aliviem a dor e o sofrimento deste. Também se refere ao bem-estar físico, emocional e espiritual, a fim de proporcionar qualidade de vida ao paciente, bem como a sua família [2].

Nesse contexto, seria ideal adotar uma prática profissional digna, apropriada, conhecida como boa morte ou ortotanásia. A ortotanásia significa a morte no tempo certo quando não há mais possibilidades de cura. O tratamento pode ser interrompido com o intuito de evitar dores e sofrimentos, sendo respeitado o desejo do paciente ou do seu representante legal [6].

Durante o processo de morte e morrer, a família deve estar junto ao seu ente querido. A equipe multiprofissional tem o compromisso de facilitar esta inserção por meio de esclarecimento de dúvidas, encorajando atitudes positivas, minimizando seus medos e angústias, tornando o cuidado humanizado como proposto nos casos dos cuidados paliativos [4].

Os cuidados paliativos são condutas adotadas durante a assistência ao paciente fora de possibilidades terapêuticas, incluindo cuidados integrais a

este e seus familiares, garantindo-lhe o direito de morrer com dignidade [7].

Durante a experiência profissional de enfermagem, o profissional depara-se com o processo de morte e morrer que é encarado de diversas maneiras pela equipe multiprofissional. Na maioria das vezes, a postura assumida pela equipe tem sido a busca pela cura ou prolongamento da vida a qualquer custo, mesmo quando as possibilidades se esgotam. Muitas vezes a equipe multiprofissional não discute os casos sobre a conduta em relação aos pacientes críticos e optam pela distanásia. Diante do exposto, surgiu o interesse em pesquisar como a equipe multiprofissional se posiciona frente aos dilemas éticos que envolvem o processo de morte e morrer. O que pensam sobre a distanásia e ortotanásia?

Diante das diversas facetas que a morte representa para aqueles que compartilham este processo e a maneira como as encaram, acredita-se que este estudo contribuirá para melhor direcionar as condutas adotadas pela equipe multiprofissional, bem como oferecer subsídios para a capacitação dos mesmos, através de discussões e reflexões sobre o tema.

Diante do desenfreado avanço tecnológico, aliado a negação da morte e do morrer reconhece-se que cada vez mais o prolongamento da vida a qualquer custo, gerando muito sofrimento e tratamentos fúteis, é hoje um assunto que deve ser cada vez mais estudado e discutido de forma que não prejudique a dignidade daquele que está doente. Deste modo os pacientes, a família e a comunidade receberão a assistência adequada pautada na ética, respeitando as decisões e a autonomia dos mesmos.

Com este estudo almeja-se que a comunidade científica desenvolva novas pesquisas relacionadas ao processo de morte e morrer atrelado aos dilemas éticos, principalmente no âmbito da terapia intensiva, pois se trata de um assunto com poucas referências e ainda existe uma lacuna a ser preenchida na comunidade científica. Assim, as instituições hospitalares se beneficiarão e colocarão em pauta discussões sobre o processo de morte e morrer, através de suas comissões e comitês de ética hospitalar, ou podem despertar o interesse em criar tais comissões onde ainda não existam.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, baseado na fundamentação teórico-metodológica da Teoria das Representa-

ções Sociais que seguiu as diretrizes do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para seleção das ideias centrais e expressões-chave correspondentes, a partir das quais foi extraído o discurso do sujeito coletivo propriamente dito.

O DSC adota três figuras metodológicas: Expressões-chave (ECH) que são transcrições literais de cada fala dos entrevistados; Ideia Central (IC), que é uma expressão linguística que descreve de maneira sintética as ECH; e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), constituído pelas ECH e suas receptivas IC, redigido na primeira pessoa do singular, em negrito e sem aspas.

Foi utilizado um instrumento constituído de um roteiro de entrevista semiestruturada, com as seguintes perguntas: Conte-nos, de acordo com a sua vivência na Unidade de Terapia Intensiva, quais são suas percepções sobre distanásia? Conte-nos, de acordo com a sua vivência na Unidade de Terapia Intensiva, quais são suas percepções sobre ortotanásia?

A amostra foi composta por 25 participantes, profissionais de saúde atuantes ou que já atuaram em UTI, representados por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas. A amostragem foi do tipo “Bola de Neve”. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada, gravada e transcrita literalmente.

Seguiram-se os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12, do Ministério da Saúde. O princípio da autonomia foi respeitado pela livre decisão de participar da pesquisa, o qual foi comprovado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, com Parecer nº606.241.

Resultados

Com base nos dados obtidos através do roteiro de entrevista semiestruturada, são evidenciadas a seguir as ideias centrais que foram extraídas das expressões-chave.

Após a análise das entrevistas referente ao Tema I, *Percepções de distanásia para equipe multiprofissional que atua na UTI*, foram identificadas as seguintes ideias centrais: “Reflexão”; “Deveria deixar seguir seu curso natural”; “Influência da família”, “Algo comum na UTI” (Quadro I).

Quadro 1 – Ideias centrais, sujeitos e frequências de ideias centrais sobre o tema: percepções de distanásia para equipe multiprofissional que atua na UTI.

Nº	Ideias centrais	Sujeitos	Frequência
1	Reflexão	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 25	17
2	Deveria deixar seguir seu curso natural	9, 10, 17, 18	4
3	Influência da Família	4, 19, 24	3
4	Algo comum na UTI	8, 11, 15	3

Referente ao Tema II, *Percepções de ortotanásia para equipe multiprofissional que atua na UTI*, foram identificadas cinco ideias centrais, a saber: “Necessidade de discussão”; “Sem uso de técnicas”; “Difícil saber a hora de parar”; “Algo ético”; “Exige-se muito mais que conhecimento técnico-científico” (Quadro 2).

Quadro 2 – Ideias centrais, sujeitos e frequências de ideias centrais sobre o tema: percepções de ortotanásia para equipe multiprofissional que atua na UTI.

Nº	Ideias centrais	Sujeitos	Frequência
1	Necessidade de discussão	5, 7, 10, 11, 12, 16, 19, 21, 22, 23, 24	11
2	Sem uso de técnicas	6, 8, 9, 14, 15, 17, 18, 20	8
3	Difícil saber a hora de parar	2, 3, 4	3
4	Algo Ético	1,25	2
5	Exige-se muito mais que conhecimento técnico-científico	13	1

Discussão

A discussão foi desenvolvida a partir de cada tema explorado, levando em consideração as ideias centrais mais frequentes e relevantes, com seus respectivos discursos do sujeito coletivo.

Ao analisarmos as ideias centrais do tema *percepções de distanásia para equipe multiprofissional que atua na UTI*, identificou-se que a ideia central

mais frequente entre os sujeitos da pesquisa foi “Reflexão”.

A distanásia, terapia prolongada, e, em alguns casos, a luta incessante contra a morte, coloca o morrer como algo temível, que deve ser afastado a todo o momento. Ao refletir sobre essas questões, faz-se necessária uma discussão por parte de todos os sujeitos envolvidos, em um enfoque que contemple a bioética em todas as suas dimensões [8].

Este conceito é evidenciado nas seguintes falas:

“...exigindo uma atitude reflexiva por parte da sociedade e da medicina...”; “Acredito que por mais que a medicina evolua, o prolongamento da vida de enfermos, sem reais possibilidades de cura, pode tornar-se um processo doloroso de morte, o que exige uma atitude reflexiva por parte de toda a sociedade e da equipe, na busca de uma solução adequada e apoiada na ética”; “Um grande obstáculo, em minha opinião, é a dificuldade em definir a condição de que a morte é inevitável, que envolve questões profissionais, éticas e familiares”.

Outra ideia central relevante neste tema foi “Deveria deixar seguir seu curso natural”, explicitada no DSC:

“Acho que deveria deixar a doença seguir seu curso natural já que foi tentado tudo sem, portanto, haver melhora...”

Este conceito é antigo e já era utilizado por Hipócrates há mais de 2500 anos, pois este afirmava que um dos papéis da Medicina é recusar-se a tratar daqueles que foram vencidos pela doença, entendendo que, diante de tais casos, a medicina torna-se impotente perante os casos que não existem perspectivas de cura [8].

Outra ideia central menos frequente, mas constante na literatura foi “Influência da família” expressa no DSC:

“As famílias dos pacientes terminais ficam desesperadas para manter a vida do ente querido a todo custo, mesmo sabendo que não há prognóstico e suplicam para que façam o possível e o impossível para não perder o paciente...”

O tratamento fútil não traz nenhum benefício ao paciente terminal, adia a morte e acrescenta agonia programada, trazendo esperança para os familiares. O tratamento fútil poderia ser substituído pelos cuidados paliativos. Mas vê-se que os familiares não aceitam as condições dos seus entes gravemente doentes, manifestando que preferem manter o tratamento [9].

A última ideia central do tema distanásia é “Algo comum na UTI” explícito pelas falas:

“...como um ato comum que acontece rotineiramente com pacientes sem prognósticos...”; “Observo o prolongamento de funções vitais, meramente sem prognóstico favorável para o enfermo”.

Doentes terminais são submetidos a tratamentos, procedimentos e técnicas invasivas nas UTIs, em que o sofrimento é maior do que o benefício para ele, porque a cura não será possível; afirmação esta que comprova as falas da ideia central em questão [9].

Para o tema percepções de ortotanásia para equipe multiprofissional que atua na UTI, surgiram cinco ideias centrais. A de maior frequência foi “Necessidade de discussão”. No DSC:

“...essas práticas poderiam ser mais discutidas na equipe multidisciplinar”; “No ambiente de UTI, questões como ortotanásia devem ser sempre discutidas”; “Diante disso, a equipe necessita estar alinhada, atualizada em sua fala”

são confirmadas pela literatura que afirma ser importantes as discussões acerca da tomada de decisões, no estágio terminal de vida do paciente, entre os médicos e toda a equipe multidisciplinar. É sabido que o ser humano tem direito à autonomia e a uma “morte digna”, devendo ser respeitadas também a visão do paciente e de sua família no que se refere ao tratamento a ser adotado [9].

A ideia central “Sem uso de técnicas” foi a segunda mais relevante. Dentre todas as falas referentes a essa ideia, pode-se destacar:

“...aguardando o desfecho natural sem uso de técnicas que possa prolongar o sofrimento”; “Acredito que em pacientes irreversíveis deve-se respeitar o curso natural da doença, não adianta os recursos da ciência

se já foram tentadas e não surtiram efeito...”; “Acredito que a ortotanásia possa ocorrer mais; mantendo o paciente terminal sem dor ou qualquer outro desconforto, mas de forma que não interrompa o curso natural da morte”.

Um caso famoso é o do Papa João Paulo II, que, tendo sido internado por duas vezes no fim de sua vida, abdicou-se de uma terceira internação por não aceitar medidas extraordinárias dos avanços tecnológicos que o manteria ainda “vivo” por um longo período de tempo. Preferiu morrer em seus aposentos, ao lado dos amigos, sem a interferência da parafernália de equipamentos que pouco ou quase nada acrescentariam nos dias que precederam o momento da morte [8].

“Difícil saber a hora de parar” foi uma ideia central explícita principalmente na fala

“Apesar do respeito de toda equipe, para com o paciente, muitas vezes saber a hora de parar de intervir no paciente é difícil, em geral a intervenção vai ao extremo o que é necessário para a vida dos pacientes, porém algumas vezes ela não é curativa nem eficaz, apenas prolonga a morte que é certa”.

Apesar de ser uma decisão difícil, assumir que a morte não tem cura e faz parte da vida é algo nobre. Quando o tratamento não atinge mais os objetivos, quando não existem possibilidades reais de sucesso ou de melhor qualidade de vida, tratar se torna fútil. Então, deve-se parar com as medidas inúteis e agregar os esforços para amenizar a dor, o sofrimento, o desconforto de morrer, proporcionando morte natural [9].

A ideia central “Algo ético”, em nossa concepção, abrange todos os aspectos relacionados à distanásia e à ortotanásia, contudo foi pouco frequente e emergiu somente neste tema de ortotanásia. Possivelmente, este cenário reflete a necessidade de discussão e vivência das questões bioéticas desde a academia, e aprimorada nas atividades profissionais.

Evidenciado pelos profissionais no DSC como:

“Um tema bastante subjetivo, pois vivencio cada situação de forma bastante particular, ora acho que deveria deixar o ciclo vital acontecer naturalmente, e ora acho que o quadro clínico pode ser mudado, assim não

deveríamos abrir mão dos recursos. Vejo este assunto como algo ético...”

Os princípios bioéticos para essa questão são todos recusados, visto que vai contra a beneficência, pois não provê nenhum benefício ao paciente; contra a não-maleficência, pois pode causar sofrimento e prejuízo ao paciente; contra a justiça, pois exige custos, tempo e energia que poderiam ser mais bem usadas em outros pacientes; e até mesmo contra a autonomia, pois ninguém quer receber uma terapia inútil que simplesmente prolonga por horas ou dias a morte (inevitável) em estado vegetativo irreversível, sem acrescentar qualidade de vida [8].

Para finalizar essa discussão, a ideia central “Exige-se muito mais que conhecimento técnico-científico”, foi também encontrada e deve ser discutida em virtude da sua relevância. No DSC “Cuidar dos pacientes terminais exige muito mais do que conhecimentos técnico-científicos e éticos, requer um processo de humanização dos cuidados paliativos, é o olhar simplesmente o bem-estar do paciente, restringindo ou descartando tratamentos agressivos e ineficientes, que não reverterão o quadro em questão...”, fica clara a necessidade da humanização neste processo.

Neste contexto a ortotanásia é uma dimensão mais positiva do direito de morrer e consiste no morrer humanamente, morrer serenamente, morrer dignamente. É o processo de humanização da morte e o alívio das dores, sem provocar prolongamento abusivo com aplicação de terapêuticas indesejáveis, que levariam ao sofrimento adicional [9].

Assim, é necessário refletir sobre o início e final da vida, processo este que todos passaremos e que deve ser vivenciado de forma humanizada, baseada nos princípios éticos [10].

É importante a conscientização da necessidade de preparar os futuros profissionais com relação à temática morte digna, pois amparar o paciente no momento da morte requer condições e atributos peculiares por parte dos profissionais, pois além do próprio preparo, tem a responsabilidade de preparar o paciente em todas as suas dimensões, bem como a sua família. A preparação profissional possibilita enxergar um horizonte digno, ético e eficaz no combate à dor das pessoas [11].

Conclusão

No decorrer da realização desta pesquisa, percebe-se que o tema abordado traria uma multi-

plicidade de opiniões, ainda mais ao falar sobre o tema morte, em uma cultura que não está preparada para lidar com a mesma. Verifica-se que o tema é desafiador, pois envolve conflitos éticos e profissionais. É evidente, que alguns profissionais que atuam na UTI fazem de tudo para manter a vida, já que foram educados para esta realidade.

A bioética nas últimas décadas vem discutindo sobre quais devem ser os limites das intervenções na vida humana, já que os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde possibilitam o prolongamento da vida, a reabilitação e, muitas vezes, a cura do paciente. No entanto, essas intervenções tecnológicas quando utilizadas de maneira desenfreada, podem gerar sofrimento e desconforto para quem vivencia este processo de morte.

Os depoimentos dos entrevistados revelaram que a maioria dos profissionais, por não saberem lidar com a morte, adota uma postura paternalista e prefere prolongar a vida a qualquer custo. Contudo é necessário ter discernimento e saber até que ponto está ferindo os princípios éticos da vida.

Ao falarmos sobre distanásia e ortotanásia, observam-se impasses referentes à conduta adotada por parte dos profissionais. Alguns insistem em prolongar a vida a qualquer custo, outros até pensam na vida com dignidade, mas preferem não optar, distanciando-se, adotando técnicas mecanicistas. Fica evidente: há pouco preparo profissional, envolvendo estes dilemas éticos e profissionais.

A formação profissional da equipe multiprofissional se faz indispensável, com o intuito de tornar o cuidado mais humanizado, administrando o sofrimento, perda e a morte, e possa auxiliar e assistir o paciente em fase final e a seus familiares.

A realização deste estudo permitiu conhecer as percepções de distanásia e ortotanásia, contribuindo para enriquecer os nossos conhecimentos e os já existentes sobre essa temática, proporcionando subsídios para uma assistência humanizada, pautada na ética.

Espera-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas e que contemplem outras questões, as quais abordem os dilemas éticos, bem como novos horizontes de apoio aos envolvidos.

Discutir e refletir sobre a morte atrelada aos dilemas éticos, distanásia e ortotanásia faz com o que

o profissional compreenda esse processo e se sinta mais preparado para a tomada de decisão e auxilie os familiares e/ou sociedade frente a estas questões.

Por fim, acreditamos que o melhor caminho para a conscientização frente aos dilemas éticos atrelados a morte seja o preparo profissional, desde sua formação acadêmica.

Referências

1. Santos JL, Bueno SMV. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(1):272-6.
2. Ballas A, Hass RE. Percepção do Enfermeiro em relação à Ortotanásia. *Revista Bioethikos* 2008;2(2):204-13.
3. Dutra BS, Santana JCB, Duarte AS, Batista CBW, Attoni JM, Guimarães RJP. Distanásia: reflexões éticas sobre os limites de esforços terapêuticos nas unidades de terapia intensiva. *Revista de Pesquisa de cuidados fundamentais online* 2011;3(1):1617-271.
4. Santana JCB, Dutra BS, Paula LB, Freitas RHF, Martins TCO, Moura IC. Ortotanásia: significado do morrer com dignidade na percepção dos enfermeiros do curso de especialização em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Bioethikos* 2010;4(3):324-31.
5. Silva FS, Pachemshy LR, Rodrigues IG. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intens* 2009;21(2):148-54.
6. Bomtempo TV. A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: uma análise constitucional. *Revista Internacional de Direito e Cidadania* 2011;9:169-82.
7. Florani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(2):2123-32.
8. Santana JCB, Rigueira ACM, Dutra BS. Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros. *Revista Bioethikos* 2010;4(4):402-11.
9. Menezes MB, Selli L, Alves JS. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. *Rev Latinoam Enferm* 2009;17(4).
10. Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA, Souza LL, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Revista Bioética* 2010;18(2):275-88.
11. Simões IAR, Silva JV. Os significados de boa morte ou morte digna: as representações sociais do paciente, familiar cuidador e profissionais da área de saúde de Pouso Alegre, MG [Dissertação]. Pouso Alegre: Universidade do Vale do Sapucaí; 2008.