

A CONDUTA ÉTICA DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À ORTOTANÁSIA NO CUIDADO PALIATIVO

THE ETHICAL CONDUCT OF THE NURSE IN RELATION TO ORTHOTHANASIA IN PALLIATIVE CARE

Graziela De Bona Sartor¹, Karina Cardoso Gulbis Zimmermann², Mariana Freitas Comin³, Maria Salete Salvaro⁴, Paula Ioppi Zugno⁵, Maria Tereza Soratto⁶

158

RESUMO

Estudo com objetivo de conhecer a conduta ética do enfermeiro em relação à ortotanásia no cuidado paliativo, nas Unidades de Internação de um Hospital de alta Complexidade do Sul de Santa Catarina. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. Aplicou-se entrevista semiestruturada com 11 enfermeiros atuantes nas Unidades de Internação. A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir da análise de conteúdo. O preparo do enfermeiro para a ortotanásia frente ao Cuidado Paliativo ocorre na prática, no cuidado contínuo aos pacientes em processo paliativo, sendo que alguns enfermeiros relataram não ter recebido capacitação para este processo. A maior dificuldade enfrentada pelos enfermeiros para garantir a ortotanásia no paliativismo relacionou-se a falta de aceitação, conhecimento e entendimento do processo paliativo pela família; seguido de ausência de uma equipe de cuidados paliativos que possa dar suporte à equipe de enfermagem e decisão médica contrária aos princípios do Cuidado Paliativo. A conduta ética do enfermeiro para propiciar o processo de ortotanásia do paciente em cuidado paliativo relacionou-se a integração da família neste processo e a preparação para o luto. Considera-se de extrema importância o preparo do profissional para o cuidado paliativo; processo de morte e morrer; luto e comunicação de notícias difíceis de forma ética e humana, no processo de formação e qualificação profissional.

Palavras Chaves: Ética, Bioética, Cuidado Paliativo, Enfermagem

ABSTRACT

This study aims to know the ethical conduct of the nurse in relation to orthotanasia in palliative care, in the Hospitalization Units of a Hospital of high complexity in the South

¹Enfermeira. UNESC Email: grazi.s@outlook.com

²Enfermeira. Doutorado em Ciências da Saúde Professora do Curso de Enfermagem – UNESC. Email: karina@unesc.net

³Enfermeira. Mestrado em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Enfermagem – UNESC - Email: mariana_enfermeira@yahoo.com.br

⁴Enfermeira. Mestrado em Educação. Professora do Curso de Enfermagem – UNESC - Email: mssalvaro@unesc.net

⁵Enfermeira. Mestrado em Biociências e Reabilitação. Professora do Curso de Enfermagem – UNESC - Email: paula33@unesc.net

⁶Enfermeira. Mestrado em Educação. Professora do Curso de Enfermagem – UNESC - Email: guiga@unesc.net

of Santa Catarina. Qualitative, descriptive, exploratory and field research. A semi-structured interview was applied with 11 nurses working in the Hospitalization Units. The analysis of the qualitative data was performed from the content analysis. The nurse's preparation for orthothanasia in relation to Palliative Care occurs in practice, in the continuous care of patients in the palliative process, and some nurses reported not being trained in this process. The greatest difficulty faced by nurses to ensure orthathanasia in palliativeness was related to the lack of acceptance, knowledge and understanding of the palliative process by the family; followed by the absence of a palliative care team that can support the nursing team and medical decision contrary to the principles of Palliative Care. The ethical conduct of nurses to propitiate the patient's orthothasia process in palliative care was related to family integration in this process and preparation for mourning. It is considered extremely important to prepare the professional for palliative care; process of death and dying; mourning and communication of difficult news in an ethical and humane way, in the process of training and professional qualification.

Keywords: Ethics, Bioethics, Palliative Care, Nursing.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos têm ênfase no alívio de sofrimento físico, mental, psíquico, emocional ao paciente em processo de morte e morrer¹. Uma ampla gama de doenças requer cuidados paliativos. A maioria dos adultos que deles necessitam sofre de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares (38,5%), câncer (34%), doenças respiratórias crônicas (10,3%), AIDS (5,7%) e diabetes (4,6%). Muitas outras condições podem exigir cuidados paliativos; por exemplo, insuficiência renal, doenças hepáticas crônicas, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatoide, doenças neurológicas, demência, anomalias congênitas e tuberculose resistente a medicamentos².

Estima-se que 40 milhões de pessoas necessitem anualmente de cuidados paliativos; 78% deles vivem em países de baixa e média renda. Atualmente, em todo o mundo, apenas 14% das pessoas que necessitam de cuidados paliativos a recebem².

A necessidade global de cuidados paliativos continuará a aumentar como resultado da crescente carga de doenças não transmissíveis e do processo de envelhecimento da população. O cuidado paliativo precoce reduz hospitalizações desnecessárias e o uso de serviços de saúde².

O cuidado paliativo valida a importância da vida, influencia positivamente o curso da doença, compreende a morte como um processo natural, pois determina um

cuidado no qual não acelera e não prolonga a chegada da morte, permitindo o alívio da dor e de outros sintomas penosos. Integra também os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado, proporcionando apoio à família, para que ela possa também enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto³.

Nesse contexto, a ortotanásia surge como suporte para a assistência humanizada do paciente em processo de palição e familiares. Ortotanásia deriva do grego *orthos*, que significa “correto”, e *thanatos*, que significa “morte”.^{4:160}. A ortotanásia se caracteriza pela morte no tempo certo, sem adiar ou antecipar o processo doloroso do paciente em estado terminal, busca adotar cuidados paliativos para minimizar a dor e sofrimento do paciente no momento mais delicado da finitude da vida humana, ofertando a dignidade do bem morrer^{4,5}. Consiste em suprimir tratamentos desnecessários de pacientes terminais, dando a eles a possibilidade de escolher não prolongar seu último momento de vida através de tratamentos dolorosos e morrer dignamente⁶.

A ortotanásia contribui para que a equipe de saúde, paciente e familiar aceitem a morte mais tranquilamente e com dignidade, pois, a morte não configura doença a ser curada, mas o fim do ciclo da vida. A assistência médica aos pacientes em condições clínicas irreversíveis e terminais deve evitar procedimentos desnecessários e medidas terapêuticas fúteis ou obstinada⁴.

“Os cuidados paliativos estão em contraste com o sofrimento causado pela distanásia”^{4:160}. A distanásia significa o prolongamento excessivo da vida daquele que se encontra em estado terminal, são usados de vários recursos tecnológicos para manter o paciente vivo a qualquer custo, não levando em consideração o desgaste físico e psicológico que o excesso de tratamento possa causar⁷.

Nesta perspectiva a ortotanásia relaciona-se ao respeito e a dignidade humana no processo de morte e morrer, estando envolta em princípios bioéticos que permitem suspender medidas curativas, na concepção de cuidado paliativo que objetiva a diminuição do sofrimento e da dor dos pacientes em fase terminal⁴.

O presente trabalho caracterizou-se pela experiência vivida em um setor Oncológico de um Hospital do Sul de Santa Catarina durante o período de estágio, onde neste observou-se a evolução do câncer no paciente a cada dia e, por conseguinte a limitação, dor e sofrimento do paciente. Frente a isso é necessário que o enfermeiro e sua equipe tenham uma abordagem integral a esses pacientes sem

possibilidade de cura, pois se sabe que a partir do diagnóstico cada dia vencido pelo paciente são como etapas concluídas. É de suma importância para o acadêmico ao longo da graduação, debater, questionar e compreender sobre o cuidado paliativo, processo de morte e ortotanásia, sendo que, a morte é um fenômeno difícil de lidar, causa perplexidade, conflitos e dilemas relacionados à conduta ética e sentimentos contraditórios dos profissionais.

A ortotanásia significa morte natural, permitindo que o paciente tenha uma morte digna sem sofrimento. Para que esse processo aconteça o enfermeiro precisa desempenhar seu papel com ética. O cuidado paliativo se dá ao paciente em fase terminal, busca o alívio do sofrimento e da dor. O profissional precisa além do conhecimento técnico/científico qualificado, um olhar humanizado onde compreenda a importância de oferecer ao paciente o cuidado, atenção, carinho, buscando proporcionar qualidade de vida e dignidade ao final dela.

As intervenções no final da vida humana lidam com uma série de conflitos entre princípios e direitos inerentes à pessoa⁸. “A aceitação da morte, o preparo dos profissionais, a participação e autonomia da família e os cuidados paliativos são questões indispensáveis para o sucesso da prática da ortotanásia”^{4:163}.

Nesta perspectiva, este estudo teve por objetivo conhecer a conduta ética do enfermeiro em relação ortotanásia no cuidado paliativo, nas Unidades de Internação de Hospital de alta Complexidade do Sul de Santa Catarina.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com 11 enfermeiros atuantes nas Unidades de Internação de um Hospital de alta Complexidade do Sul de Santa Catarina. Utilizaram-se como critérios de inclusão enfermeiros atuantes nas unidades de internação, turno vespertino, turno noturno e como critérios de exclusão enfermeiros de licença, afastamento ou férias, turno matutino.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação da entrevista semiestruturada para identificar o perfil dos enfermeiros e a conduta ética em relação à ortotanásia no cuidado paliativo.

A entrevista semiestruturada foi realizada por uma das pesquisadoras,

ocorrendo no horário de trabalho, com a duração de cerca de 30 a 40 minutos; em ambiente privado para garantir a privacidade das informações e o bem estar do entrevistado. A transcrição das entrevistas foi realizada por uma das pesquisadoras na íntegra.

Os questionamentos da entrevista levantaram a caracterização do perfil dos enfermeiros e as categorias norteadoras da pesquisa: concepção sobre a ortotanásia no cuidado paliativo; preparo do enfermeiro para o processo de ortotanásia frente ao paciente em cuidado paliativo; as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro para garantir a ortotanásia no paliativismo; conflitos vivenciados pelo enfermeiro frente às diretrizes antecipadas da vontade do paciente; a conduta ética do enfermeiro para propiciar o processo de ortotanásia do paciente em cuidado paliativo.

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados. Categoria refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, são estabelecidas para classificar os eventos. Categorizar é agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito^{9,10}; sendo considerado uma das técnicas de análise mais úteis para a investigação qualitativa¹⁰.

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na Resolução 510/2016¹¹, do Conselho Nacional de Saúde. Os aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem deve ser assegurada aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa¹¹.

Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a letra 'E' para os Enfermeiros profissionais da equipe multiprofissional; seguido do respectivo número - E1 a E11. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo Projeto nº 2.701.207/2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do Perfil da Equipe de Enfermagem

O perfil da dos Enfermeiros entrevistados foram mulheres, com faixa etária entre 26 a 43 anos, com tempo de trabalho como Enfermeiro que variou entre 9 meses a 12 anos, o tempo de trabalho no setor variou de 1 semana a 8 anos. Os setores pesquisados foram: clínica médica e cirúrgica.

A especialização foi variada: 04 enfermeiros com especialização em Urgência e Emergência; 02 em Saúde Coletiva e Saúde da Família; 02 em Enfermagem do Trabalho e Saúde do Trabalhador; 01 em gestão Hospitalar e 01 em UTI. Observou-se que o Enfermeiro E9, com 07 anos de experiência profissional possuem 02 especializações em UTI e Urgência e Emergência. Ainda se destaca que o Enfermeiro E5 e E2 não possuem especialização, sendo que possuem de 2 a 3 anos de experiência profissional respectivamente.

Concepção sobre a Ortotanásia no Cuidado Paliativo

Quando os enfermeiros foram questionados sobre a sua concepção sobre a Ortotanásia no Cuidado Paliativo, ressaltaram a importância da preservação do paciente neste momento, cuidando de forma integral e humanizada. A prática da ortotanásia deve ser utilizada como forma de evitar o sofrimento, além de medidas de conforto, sedação paliativa e controle da dor.

Questionando os enfermeiros sobre a concepção da ortotanásia no cuidado paliativo foram apresentadas as seguintes respostas:

“Preservar o paciente, qualidade no atendimento, na higiene, integridade da pele. [...]Cuidados de Enfermagem de forma integral. Preservar a história do paciente. Preservar humanização no cuidado paliativo, e com a família também”. **E1**

“Justo para o paciente pois não tem mais condição de vida boa, nada que vai somar ou acrescentar. [...]”. **E2**

“Sou a favor da Ortotanásia, importante para diminuir o sofrimento do paciente, pois o Enfermeiro consegue oferecer o cuidado necessário no momento da morte, fornecendo também dignidade até o fim da vida.” **E3**

“Se bem estabelecido o cuidado paliativo considero válido”. E4

“Se o paciente não tem cura, o ideal é conversar com familiares, colocar sedação paliativa e realizar todas as medidas de conforto.” E5

“Dependo do grau patogênico do paciente. Se o paciente não tiver mais condições físicas sou a favor.” E6

“Conforme a aceitação da família, acho importante o não sofrimento do paciente, cuidar ao máximo sem sofrimento.” E7

“Na minha concepção, vejo algo que deve ser tudo bem documentado em relação a comunicação com pacientes e familiares e a presença de uma equipe preparada para lidar com a situação do paciente.” E8

“Não deixar o paciente sentir dor, dar o máximo de conforto possível.” E9

“Sabendo que o paciente não irá apresentar melhoras fazendo procedimentos invasivos, por que deixa-lo sofrer com tais procedimentos? Então deixa-lo aliviado sem sofrimento suspendendo esses procedimentos, seria a minha escolha.” E11

Ortotanásia dá-se pela morte no tempo certo e de forma natural, sem antecipação e sem prolongamento. Acontece naturalmente, mas é acompanhada pela equipe multiprofissional que age de forma a suprir todas as necessidades do paciente no fim da vida, promovendo alívio da dor, conforto e dignidade, seguindo assim os princípios do Cuidado Paliativo¹². Em alguns dos casos são necessários a intervenção da sedação paliativa, que é um procedimento realizado com objetivo de aliviar sintomas que não responderam a outros tratamentos utilizados em pacientes sem chances de cura e no fim da vida. Para tomar esse tipo de decisão são apresentadas explicações, discussões e concordância da equipe com pacientes e ou familiares¹³. Sendo assim a ortotanasia que é a morte no tempo certo e o cuidado paliativo que são os cuidados com o paciente em estado terminal precisam caminhar juntos, pois são os principais instrumentos de preservação da dignidade humana.

A ortotanasia depende também da preservação da qualidade de vida e saúde mental dos familiares, sendo imprescindível o preparo da equipe para a comunicação de notícias difíceis de forma ética e humana, pois a família envolvida no processo de palição pode vivenciar as fases do processo de morte e morrer:

negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, segundo o relato de alguns enfermeiros:

“[...]Manter qualidade de vida não apenas do paciente, mas da família. Quando o paciente é paliativo conservar a saúde mental do familiar. [...]Preservar humanização no cuidado paliativo, e com a família também”. E1

“[...]Geralmente tem a negação da família”. E2

“Se o paciente não tem cura, o ideal é conversar com familiares[...]”.E5

“Conforme a aceitação da família, acho importante o não sofrimento do paciente, cuidar ao máximo sem sofrimento.”E7

“Na minha concepção, vejo algo que deve ser tudo bem documentado em relação a comunicação com pacientes e familiares e a presença de uma equipe preparada para lidar com a situação do paciente.”E8

Para Kübler- Ross¹⁴ a reação de negação do paciente diante da condição ameaçadora não depende apenas da transmissão da notícia difícil, mas da forma que ocorreu a comunicação da equipe multiprofissional com o paciente. É essencial os profissionais conhecerem o contexto em que vivem seus pacientes. A família deve ser alvo de cuidado possibilitando a preservação da saúde física e mental dos cuidadores principais, e das vicissitudes que enfrentam, especialmente na fase terminal¹⁴.

Em pesquisa de Huber et al¹⁵ com 8 profissionais atuante na Clínica Médica sobre os conflitos éticos vivenciados frente ao paciente em processo de morte e morrer, identificou a família como o maior desafio enfrentado pela equipe de enfermagem, seja estar diante da dor do familiar; as dificuldades inerentes à comunicação da má notícia; não poder realizar alguns procedimentos solicitados pelos familiares e falta de atenção de alguns familiares¹⁵, corroborando os resultados da presente pesquisa.

Quando a equipe multiprofissional responde às necessidades emocionais do paciente e família, com escuta atenta, acolhimento qualificado e validando os sentimentos, pensamentos e dúvidas que surgem ao longo do processo paliativo a equipe torna-se uma base segura e alicerce para os familiares¹⁶.

Destaca-se na fala do enfermeiro E10 a concepção de ortotanásia como a morte no seu tempo certo, alicerçando uma assistência humanizada, integra, ética,

possibilitando a dignidade do processo de finitude do paciente, com qualidade de vida na morte:

“O próprio conceito de ortotanásia já cita “morte a seu tempo”. O cuidado durante todo o período de internação do paciente precisa ser íntegro e humanizado. O processo de morrer é algo inesperado, não se está preparado em algumas situações. A ortotanásia é um método que vem melhorar a qualidade de vida do doente, através do alívio do sofrimento e tratamento de dor, condição digna. É uma forma de aceitação e conformação do processo que a família vivencia, uma vez que se descobre que o doente não tem prognóstico, e que na grande maioria das vezes, prolongar a sobrevida, não seria a melhor escolha, tendo-se em vista a continuidade do sofrimento.”E10

Para que o processo de ortotanásia ocorra a equipe precisa estar preparada, ser tolerante, saber das diferenças e ter conhecimento para realizar devidas intervenções e acima de tudo respeitar as culturas, crenças e desejo de cada paciente. A dignidade da pessoa humana é um bem valioso, e a partir dessa visão floresce a sabedoria da reflexão, frente ao cuidado da vida humana no seu adeus final. Entre limites opostos, ao de não matar e ao não maltratar terapêuticamente se sobressai o amor, desafio difícil este de aprender amar o paciente em estado terminal sem esperar nada em troca, onde nos dias atuais tudo é medido pelo mérito¹⁷.

Preparo do enfermeiro para o processo de ortotanásia frente ao paciente em Cuidado Paliativo

O preparo do Enfermeiro para a ortotanásia frente ao Cuidado Paliativo ocorre na prática, no cuidado contínuo aos pacientes em processo paliativo:

“Não tive nenhum preparo, só a prática. Quase não vi na graduação, não recorde.”E3

“Não tive preparo, somente no dia a dia, na prática.”E5

“Nada, só na prática.”E6

“Somente na prática no dia a dia.” E7

“Não tive preparo, só na graduação. Aprendi no dia a dia com a prática.”E9

“Preparo na prática, conforto aos familiares e ao próprio doente, alívio de dor e sofrimento, assistência de enfermagem e implementação terapêutica.”E10

Pesquisa de Braz; Franco¹⁶ sobre profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado demonstrou que a aprendizagem do processo pela equipe foi aprendida na vivência prática. Os profissionais buscaram aprofundar o conhecimento sobre o cuidado integral do paciente e da família no processo de finitude estando atento às necessidades de cada um, o que acaba por perpassar o saber técnico. Esta pesquisa corroborou os resultados dos relatos dos profissionais sobre o preparo do enfermeiro para o processo de ortotanásia frente ao paciente em Cuidado Paliativo.

O Enfermeiro E1 e E4 destacaram não ter recebido preparo para a vivência do processo de ortotanásia frente ao paciente em Cuidado Paliativo, sendo que o Enfermeiro E1 considera importante a atualização do profissional para conduzir a vivência da perda, seja no âmbito pessoal, familiar ou profissional de forma mais leve.

“Na faculdade não tive preparação. De modo geral se atualizar, ler a respeito como conduzir a situação de maneira mais leve. (Depois de uma vivência pessoal).”E1

“Não tive preparo”.E4

Cabe destacar que o Código de ética ressalta que é direito dos profissionais de enfermagem segundo art. 6º aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional¹⁸. As diretrizes para a atenção em cuidados paliativos propõem a capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os níveis de Atenção¹⁹.

Considera-se de extrema importância o preparo na graduação para o cuidado paliativo; processo de morte e morrer; luto. Este preparo deveria abranger paciente, família e a própria equipe de saúde, pois segundo Kübler-Ross¹⁴ o processo de perda e luto também é vivenciado pela equipe que constrói vínculo com o paciente em cuidado paliativo e com os familiares.

Segundo Hermes; Lamarca²⁰ o currículo do profissional de Enfermagem carece de disciplinas voltadas para a terminalidade da vida humana, e que os mesmos se sentem despreparados para lidar com os pacientes que estão chegando a finitude da vida. Diante disso destaca a importância de amplificar a discussão sobre cuidados paliativos nos cursos de graduação com disciplinas que abordem temas como o cuidado e a morte, conscientizando os futuros profissionais sobre essa temática que pouco é discutido.

Já o Enfermeiro E2 destacou a participação em um grupo de luto que proporcionou maior amadurecimento no processo de morte e morrer, sendo que na graduação não ocorreu o preparo do profissional para este processo:

“Fiz parte de um Grupo de Luto para amadurecer o processo de perda (paciente, conhecido ou familiar). Na faculdade teve treinamento para Cuidado Paliativo, mas não para a perda.” E2

Para Braz; Franco¹⁶ a necessidade da inserção das temáticas morte e morrer na educação dos profissionais de saúde pode contribuir para melhor assistência à unidade de cuidado nos seus processos de luto.

As pesquisas sobre luto verificam como perdas afetam estruturas de significado na vida, em situação de transição existencial. O luto pode relacionar-se com distúrbios psíquicos e se manifestar com vários sintomas incluindo: depressão, insônia, anorexia, aumento no uso de álcool e drogas²¹. “Em programas de cuidados paliativos trabalha-se a elaboração de perdas relacionadas ao agravamento da doença e a possibilidade da morte para pacientes e familiares”^{21:404}.

A busca pelo conhecimento do processo de paliativismo foi destacado no relato do Enfermeiro E8: *“Somos preparados através do curso paliativo online, Acadêmico, como termo novo tive que buscar conhecimento.” E8*

A busca pelo conhecimento deve ser contínua, desde a graduação seja em grupos que discutam a temática da morte, luto e paliativismo; seja em cursos acadêmicos e de atualizações. A aprendizagem perpassa a busca pelo conhecimento contínuo, pois somos seres aprendentes e o profissional deve estar sempre atento às transformações que advém no processo de cuidar.

O Enfermeiro E11 ressaltou que o preparo para o processo de ortotanásia frente ao paciente em Cuidado Paliativo foi alicerçado pela educação continuada organizada pela instituição hospitalar:

“Participamos de educação continuada sobre este tema aqui no hospital, muitas vezes paciente está sedado ou confuso, então é conversado com a família mais que com o paciente”. E11

A instituição hospitalar deve investir em educação continuada/ permanente como forma de proporcionar melhor preparo da equipe de enfermagem atuante na clínica médica e cirúrgica para o cuidado paliativo e ortotanásia. O Manual do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina resalta que em virtude do aumento da demanda de assistência em Cuidados Paliativos existe a necessidade de investigar o conhecimento da equipe de saúde sobre a filosofia deste cuidado e programar capacitação e treinamento técnicos específicos, especializados e permanentes¹⁹.

Em pesquisa de Guimarães; Gaspar²² destacou que os profissionais de Enfermagem não estão preparados para lidar com pacientes paliativos, pois o conhecimento adquirido durante a formação técnica e acadêmica são vagos, evidenciando a falta de preparo por parte dos cursos de formação. Os acadêmicos trazem na sua formação uma bagagem de conhecimento pouco significativa relacionadas a necessidades reais para a assistência dos pacientes em cuidado paliativo. Investir na formação dos profissionais de enfermagem, em relação ao cuidado paliativo traria benefícios aos pacientes e familiares, minimizando seus sofrimentos.

As dificuldades para garantir a ortotanásia no paliativismo

A maior dificuldade enfrentada pelos enfermeiros para garantir a ortotanásia no paliativismo; ou seja, a morte no seu tempo certo; sem sofrimento e com dignidade está relacionada a falta de aceitação, conhecimento e entendimento do processo paliativo pela família:

“A não aceitação dos familiares.”E1; E5; E7; E9

“Geralmente o médico fala do prognóstico, define o paliativismo, a família aceita, mas age como se não aceitasse. A família cobra da Enfermagem uma ação em relação a ortotanásia.”E2

“O entendimento da família (conhecimento). Alguns acham que estamos matando, outros não aceitam. Claro que o tratamento da ortotanásia no paliativismo será feito com consentimento familiar.”E3

“Familiar que não aceita a gravidade do paciente” E6

“Na minha experiência acho que a maior dificuldade é lidar com a família e fazê-los entender, proporcionando sempre uma morte digna.”E11

170

A compreensão do processo paliativo pela família torna-se imprescindível para que a morte no tempo certo e com dignidade possa ocorrer de acordo com a concepção de ortotanásia, que busca a humanização do cuidado, sem sofrimento e com o controle da dor.

A manifestação agressiva da doença faz com que os familiares tenham sentimento de impotência, angústia, e preocupação diante do estado de saúde do paciente, tornando-se frágil o conhecimento acerca do cuidado paliativo prestado ao paciente em estado terminal²³.

A principal dificuldade para garantir a ortotanásia no paliativismo, segundo o enfermeiro E8 é a falta de uma equipe de cuidados paliativos que possa dar suporte à equipe de enfermagem: *“A falta de equipe de cuidados paliativos.”E8*

O cuidado paliativo requer da equipe de Enfermagem atenção, dedicação, carinho e compreensão, proporcionando ao paciente cuidado integral, dignidade, e conforto. É uma fase difícil de lidar, pois a partir do diagnóstico de uma doença incurável a equipe de enfermagem é responsável em planejar esses cuidados assim como preparar a família para perdas e o óbito, prestar assistência e conforto aos familiares no pós morte²⁴.

A equipe que lida diariamente com o processo de paliativismo deve ter conhecimento, preparo técnico, ético e vivencial para lidar com situações críticas do paciente em processo de morte e morrer.

A prática profissional da Equipe de Enfermagem depende da decisão do médico no caso da ortotanásia que pode ser contrária aos critérios do cuidado paliativo:

“Tudo é conduta médica. Em alguns casos a ortotanásia já acontece. A dificuldade encontrada é em relação aos médicos, pois se quiserem intervir devemos seguir as orientações do médico”. **E4**

A conduta médica de decidir intervir num caso considerado paliativo pode relacionar-se à obstinação terapêutica que pode repercutir num processo de distanásia ao paciente, causando maior dor e sofrimento.

A obstinação terapêutica tem por sentido prolongar da vida do paciente a qualquer custo deixando de lado a dignidade humana no fim da vida. Esses meios são artificiais e desproporcionais, e que são levados ao extremo com propósito de salvar a vida do paciente, sendo que não há chance de cura, submetendo o paciente a algo semelhante a tortura, levando grande sofrimento e dor^{25,5}.

O novo Código de Ética da Medicina – Resolução CFM nº 1.931/2009 – preceitua no Capítulo I – XXI – que no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. No Capítulo I – XXII – ressalta que nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados²⁶.

O Conselho Federal de Medicina autoriza a prática da ortotanásia, possibilitando assegurar o princípio da dignidade da pessoa humana, orientando médicos sobre a conduta adequada em casos de pacientes em estado terminal. “Caso essa seja a escolha do doente, ele será mantido sob cuidados paliativos, apenas no intuito de aliviar e controlar as dores por ele sofridas e que sua morte ocorra naturalmente, no tempo certo”^{6:24}.

Segundo Mota⁶ a Resolução do CFM nº 1.931/2009 preserva o direito do paciente de morrer com dignidade e tranquilidade, segundo os princípios do Cuidado

Paliativo e da Ortotanásia. Neste contexto cita-se o art. 47 do Código de Ética de Enfermagem que preceitua como dever do profissional posicionar-se contra ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando à proteção da pessoa, família e coletividade.

A formação biomédica do médico pode estar relacionada às decisões de intervenção em cuidado paliativo, além da falta de preparo para o processo de cuidado na morte e no morrer. Esta questão demonstra a importância da instituição possuir uma equipe de Cuidados Paliativos que possa dar apoio e suporte às equipes de saúde que atuam na Clinicas.

A importância e a necessidade de ampliar a formação de profissionais para a prática dos Cuidados Paliativos, sendo cabível a formulação de uma Política Nacional em CP com objetivo de nortear os profissionais, acerca das práticas assistenciais, padronizando o atendimento e os cuidados prestados nessas situações de complexidade. Para suprir essa complexidade faz-se necessário uma transformação na cultura, de como lidar com a finitude da vida dentro dos Cuidados Paliativos. É indispensável durante a graduação, dar destaque e discutir sobre o assunto com os futuros profissionais de saúde tornando-se valido esse aprendizado, a fim de ter uma visão mais ampla e prestar um atendimento preconizado dentro da filosofia dos Cuidados Paliativos²⁷.

Conflitos vivenciados pelo Enfermeiro frente às Diretrizes antecipadas da Vontade do paciente

Por meio das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) o paciente consegue deixar explícito os seus desejos, caso se encontre incapacitado de manifestar sua vontade no futuro por condição de doença²⁸. A maior parte dos enfermeiros entrevistados não vivenciou conflito referente às diretrizes antecipadas da vontade do paciente.

“Nunca vivenciei o conflito. Nunca vivenciei de o paciente verbalizar para não insistir nele.”E1

“Não aconteceu nenhuma vivencia.”E2

“Nunca presenciei. A reanimação é realizada mesmo o paciente ter pedido verbalmente. Obs. Se o paciente tem chances de sobrevivência.”E4

“Nunca presenciei.”E5; E6

“Ainda não encontrei alguma situação que resultasse em conflito.”E10

“Nunca presenciei uma situação da vontade do paciente, somente do familiar, caso aconteça terá que assinar um termo de responsabilidade.” E7

O conflito vivenciado pela Enfermeira E3 frente a Diretriz antecipada da Vontade relacionou-se ao não respeito ao desejo do paciente ou a situação do médico não realizar o pedido do paciente:

“Não respeitar o desejo do paciente de ter uma morte digna. O médico não conceder esse desejo do paciente.”E3

O ser humano tem direito a vida, assim como, tem direito de ter uma morte digna. Ter uma morte digna envolve direito e respeito em relação as culturas, religião bem como a opinião e desejo do paciente, pois quando consciente ele é responsável por suas escolhas²⁹.

A Enfermeira E8 citou a falta de comunicação clara entre o médico, paciente e familiares, o que leva a um não entendimento da real situação vivenciada: *“Não entendimento da doença, falta de comunicação entre médico, paciente e familiares.”E8*

No contexto da terminalidade da vida, a comunicação entre médico e família torna-se difícil devido a vários fatores envolvidos, mas ao mesmo tempo precisa ser valorizada especialmente no processo de morte. Torna-se fundamental para os cuidados do fim da vida e para satisfação dos familiares. Além dessa comunicação ser fundamental ela precisa ser empática, aberta, franca, e respeitosa, tirando toda e quaisquer dúvida vinda do paciente e/ou de familiares, sendo assim o médico assume um papel importante, pois ele é o responsável por dar continuidade do tratamento do paciente e conversar com os familiares proporcionando-lhes segurança e confiança³⁰.

Rennó; Campos³¹ destacam que a comunicação clara entre médico paciente além de proporcionar uma relação mais humanizada, facilita na elaboração de um plano de cuidados e desejo do paciente.

A Enfermeira E9 quando questionada sobre os conflitos frente as Diretrizes antecipadas da Vontade do paciente, ressaltou a importância de seguir a conduta médica ou pedir que o médico reavalie o caso, buscando a melhor decisão a ser tomada para a beneficência do paciente e família.

“Seguir a conduta médica, pedir para o médico reavaliar o caso quando o quadro é ruim e fazer o melhor para o paciente e para a família.” E9

A vontade do paciente deve ser respeitada até o final da vida, valorizando a concepção social, cultural, religiosa do mesmo segundo o relato da Enfermeira E11:

“É uma decisão não somente família e médico, mas também do paciente, se caso esteja sabendo o que está acontecendo, se ele não aceita, não dar continuidade ao cuidado paliativo, fazendo sua vontade até o fim da vida, sempre levando em consideração seus costumes e crenças religiosas.” E11

Em pesquisa de Sairon et al²⁸ com 19 enfermeiros de um Hospital do Sul do Brasil sobre as Diretivas antecipadas de vontade (DAV), os enfermeiros se mostraram confusos e preocupados diante do caráter ambíguo das DAV que traz tanto benefícios quanto desafios para o paciente, familiares e profissionais da saúde²⁸.

As Diretivas antecipadas de vontade podem trazer maior segurança para a equipe de saúde ao executar as complexas ações cabíveis à terminalidade, sendo que as DAV são consideradas um instrumento importante para a assistência de enfermagem no paliativismo, possibilitando solucionar conflitos, apoiar decisões que envolvem a qualidade e a continuidade dos cuidados profissionais e promovendo a defesa dos interesses do paciente²⁸. As Diretivas Antecipadas da Vontade podem ajudar os pacientes a exercerem o direito à autonomia seus familiares em relação ao enfrentamento das questões referentes à terminalidade, possibilitando a melhor aceitação da morte como parte a existência humana^{28,32}.

Destaca-se nesta questão o artigo Art. 42 do Código de Ética de Enfermagem - Resolução COFEN nº 564/2017¹⁸. É dever do profissional de enfermagem respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais. É dever do profissional respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades¹⁸.

A conduta ética do enfermeiro para propiciar o processo de ortotanásia do paciente em cuidado paliativo

A humanização do cuidado; com atendimento individualizado de cada caso; comunicação clara com respeito a integridade física, emocional e espiritual do paciente; medidas de conforto e controle da dor; evitando o sofrimento e propiciando uma morte digna são princípios éticos do Cuidado Paliativo. A integração da família neste processo também foi citado como conduta ética para propiciar o processo de ortotanásia do paciente em cuidado paliativo, segundo o relato das Enfermeiras.

“Continuar os cuidados de Enfermagem, seguir medicações, seguir humanização, evitar complicações.” E1

“Atender de forma individualizada o desejo do paciente, respeitando sua integridade física, emocional e espiritual.” E3

“Orientar os técnicos para fazer medidas de conforto corretas, fazendo com que tenham uma morte digna.” E5

“Conversar com familiar, com médico para ver a vontade do paciente. Se paciente lúcido conversar com paciente, se não conversar com familiar.” E6

“Dar conforto aos familiares e pacientes; oferecer o cuidado máximo ao paciente; Orientar familiares a situação do paciente.” E7

“Através da visita multiprofissional, o que possibilita melhor conhecimento do quadro do paciente.” E8

“Seguir conduta médica, pedir para o médico reavaliar quando o caso é ruim e fazer o melhor para o paciente e para a família.” E9

“De acordo com a conduta médica, ciência da família e aceitação da situação por parte desta, é realizada assistência de enfermagem no cuidado paliativo, evitando dor e sofrimento desnecessário”. E10

“Priorizar sempre a qualidade de vida do paciente neste final de vida; Sempre que possível deixando seus familiares próximos; Ter respeito e compaixão por eles.” E11

As dificuldades da equipe de enfermagem para lidar com o paciente em Cuidado Paliativo foi demonstrado no relato da Enfermeira E4, que ressalta a importância do cuidado humanizado e da necessidade de preparo da equipe para o paliativismo:

“Atenção no cuidado e manter o cuidado. Precisa manter o conforto, e mostrar para a equipe que o paciente paliativo não é um paciente a mais no setor.” E4

A conduta ética do Enfermeiro para propiciar o processo de ortotanásia do paciente em cuidado paliativo deve voltar-se para a preparação do processo de luto dos familiares pela equipe multiprofissional, com humanização do cuidado, comunicação e formação de vínculo com a família, segundo a fala da Enfermeira E2:

“Reforçar para a família, explicar sobre a situação, confirmar o que o médico falou para preparo da família. Se tiver disponibilidade reservar um leito para paciente(isolado), para família poder ter a preparação do luto. É liberado a visita de 2 em 2 em qualquer horário” E2

Um dos princípios essenciais no Cuidado Paliativo ocorre com o “acompanhamento pós-óbito, onde a equipe deve oferecer suporte à família no processo de perda, possibilitando a prevenção do luto complicado”^{16:90}.

No contexto dos cuidados paliativos, em sua maioria, os familiares vivem processos de luto antecipatório, onde a pessoa vivencia e experimenta a perda sem ela ter ocorrido efetivamente¹⁶.

O luto constitui-se em um fator de risco para a saúde mental, de forma que seu diagnóstico e tratamento são essenciais na prática clínica^{16,33}. Nesta perspectiva

os profissionais de saúde são essenciais para possibilitar a prevenção de luto complicado nas unidades de assistência¹⁶.

O Cuidado Paliativo inspira ações inovadoras, mudanças de atitudes e educação de todos os profissionais envolvidos na assistência de um paciente com doença crônica ou com expectativa de morte próxima. Para atuar de acordo com a filosofia do Cuidado Paliativo é fundamental investir na qualificação dos profissionais de enfermagem¹⁹. O Manual do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina indica para programa de capacitação sobre cuidados paliativos:

identificação e manejo dos sintomas de ordem físicos, psicossocial, espiritual e cultural; o estudo das dinâmicas de relacionamentos familiares; a identificação e controle dos sintomas, especialmente a dor; farmacologia dos principais medicamentos utilizados e suas vias de administração; abordagens não farmacológicas para controle de sintomas e o conhecimento e uso das escalas uni e multidimensionais de avaliação destes sintomas. Os processos de comunicação entre equipe, o doente e o familiar são parte relevante nos programas de treinamento e capacitação dos profissionais, especialmente no que tange a comunicação das “más notícias”^{19:24}.

“Diante dos princípios estabelecidos pela bioética em prol da vida e da saúde, pode-se afirmar que a boa morte, a morte digna, caracteriza-se pela ortotanásia aliada à filosofia dos Cuidados Paliativos”^{32:178}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ortotanásia relaciona-se à morte no tempo certo, sem sofrimento e com dignidade. Quando os enfermeiros foram questionados sobre a sua concepção sobre a Ortotanásia no Cuidado Paliativo, ressaltaram a importância da preservação do paciente neste momento, cuidando de forma integral e humanizada. A prática da ortotanásia deve ser utilizada como forma de evitar o sofrimento, além de medidas de conforto, sedação paliativa e controle da dor.

O preparo do enfermeiro para a ortotanásia frente ao Cuidado Paliativo ocorre na prática, no cuidado contínuo aos pacientes em processo paliativo, sendo que alguns enfermeiros relataram não ter recebido preparo para a vivência deste processo. A busca pelo conhecimento do processo de paliativismo foi destacada em alguns relatos, além da participação em grupo de estudo e educação continuada na instituição hospitalar.

A pesquisa denotou como maior dificuldade enfrentada pelos enfermeiros para garantir a ortotanásia no paliativismo a falta de aceitação, conhecimento e entendimento do processo paliativo pela família; seguido de ausência de uma equipe de cuidados paliativos que possa dar suporte à equipe de enfermagem e decisão médica contrária aos princípios do Cuidado Paliativo.

A conduta ética do enfermeiro para propiciar o processo de ortotanásia do paciente em cuidado paliativo relacionou-se a integração da família neste processo e a preparação para o luto.

Na realização da entrevista com as enfermeiras, algumas citaram a complexidade do tema, gerando polêmica, pois o familiar não compreende este processo, sendo essencial a utilização de uma comunicação clara com a família.

Observou-se diferença de opiniões das enfermeiras dependendo do tempo de atuação e setor de trabalho. As enfermeiras que atuam a mais tempo e em setores com maior demanda de pacientes em cuidado paliativo conseguiram aprofundar a temática do cuidado paliativo e ortotanásia. A experiência do profissional que atua diretamente no processo de morte e morrer e no cuidado paliativo denota um melhor preparo para a ortotanásia.

Aortotanasia que é a morte no tempo certo e o cuidado paliativo que são os cuidados com o paciente em estado terminal precisam caminhar juntos, pois são os principais instrumentos de preservação da dignidade humana, alicerçando uma assistência humanizada, íntegra, ética, possibilitando a dignidade do processo de finitude do paciente, com qualidade de vida na morte.

Os princípios da bioética relacionados ao cuidado paliativo e a ortotanásia perpassam o cuidado humanizado e o preparo técnico e ético da equipe para o paliativismo. Considera-se de extrema importância o preparo do profissional para o cuidado paliativo; processo de morte e morrer; luto e comunicação de notícias difíceis de forma ética e humana, no processo de formação e qualificação profissional.

Sugere-se desta forma capacitação da equipe sobre a temática ética; ortotanásia e cuidado paliativo. A pesquisa configurou-se como um desafio por tratar-se de um tema polêmico que gera reflexão e dilemas bioéticos, sendo um tema que deve ser aprofundado, melhor compreendido e assimilado pela equipe de enfermagem e multiprofissional no intuito de possibilitar a humanização do cuidado e do processo de finitude.

REFERÊNCIAS

1. Coelho MEM, Ferreira AC. Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. *Rev. Bioét.*, Brasília 2015; 23(2):340-348.
2. OMS. World Health Organization (WHO). Cuidados Paliativos. Genebra: WHO, 2018. [acesso 2018 nov. 9]. Disponível em: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
3. Santos JBS, Carvalho DMS, Fonseca MM, Silva FP. Assistência Integral de Enfermagem aos Pacientes em Cuidados Paliativos. *Revista Saúde – UNG* 2017; 11(1).
4. Santana JCB, Dutra BS, Carlos JMM, Barros JKA. Orthothanasia in intensive care units: perception of nurses. *Rev. Bioét.* 2017 abr; 25(1): 158-167.
5. Cabral HLTB. A arte do bem morrer. *Rev. Unida Científica, Itaperuna*, 2017; 1-15.
6. Mota ARM. Eutanásia e Ortotanásia: o direito à uma morte digna. [Monografia]. [Brasília]: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB; 2017. 51 p.
7. Silva JAC, Souza LEA, Silva LC, Teixeira RKC. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. *Rev. bioét.* 2014; 22(2):358-366.
8. Francisconi CF, Goldim JR. Problemas de Fim de Vida: Paciente Terminal, Morte e Morrer, 2014. [acesso 2018 abr. 21]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/morteres.htm>.
9. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.
10. Leopardi MT. Metodologia da Pesquisa na Saúde. Florianópolis: UFSC, 2002.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.[acesso em 2018 mar. 31]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
12. Franco HCP, Stigar R, Souza SJP, Burci LM. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. *RGS* 2017;17(2): 48-61.
13. Menezes MS, Figueiredo MGMCA. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos – Revisão. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2018; 1-6.
14. Kübler-Ross, Elizabeth. Sobre a morte e o morrer. 8.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 295 p.

15. Huber DJ, Salvaro MS, Medeiros IS, Soratto MT. Desafios e conflitos éticos vivenciados pela equipe de enfermagem com paciente em processo de morte e morrer. *Revista Inova Saúde, Criciúma* 2017; 6(2):50-72.
16. Braz MS, Franco MHP. Profissionais Paliativistas e suas contribuições na Prevenção de Luto Complicado. *Psicol. cienc. prof.* 2017; 37(1):90-105.
17. Manzan GF, Della Giustina FP. A evolução dos cuidados do enfermeiro com o paciente em fase terminal em duas décadas no Brasil. *Refaci, Brasilia* 2018; 2(2):1-11.
18. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2017. [acesso 2018 set. 25]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.
19. Vicensi MC (Org). *Enfermagem em cuidados paliativos*. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina: Letra Editorial, 2016. 60p.
20. Hermes HR, Lamarca ICA. *Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro 2013; 18(9):2577-2588.
21. Kovács MJ. *Curso Psicologia da Morte. Educação para a morte em ação*. Bol. Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, Brasil 2016; 36(91):400-417.
22. Guimarães RS, Gaspar AAC. O conhecimento da enfermagem relativo ao cuidado à pacientes elegíveis para cuidados paliativos. *Health Scilns, Sao Paulo* 2013; 3(31):274-278.
23. Cavalcante AES, Mourão Netto JJ, Martins KMC, Rodrigues ARM, Goyanna NF, Aragão OC. Percepção de cuidadores familiares sobre cuidados paliativos. *Arq. Ciênc. Saúde* 2018; 25(1):24-28.
24. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 4. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2018. 111 p.
25. Abreu CB, Barboza HH. Responsabilidade pela Distanásia na Saúde Privada. *Rev. Interdisciplinar de Direito. Faculdade de Direito de Valença, Rio de Janeiro* 2017; 5(2):45-62. [acesso 2018 nov. 19]. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/FDV/article/view/288/228>.
26. CFM. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931/2009; Código de Processo Ético-Profissional: Resolução CFM nº 2.023/2013 /Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul - Porto Alegre: Stampa Comunicação, 2014. 64 p.

27. Deon RA, Medeiros SP, Salgado RGF, Vieira NR, Oliveira ACC, Abreu DPG. Estratégias de cuidado familiar frente à terminalidade da vida. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife 2018; 12(7):2039-49.
28. Saioron, Ramos FRS, Schneider DG, Silveira RS, Silveira LR. Diretivas antecipadas de vontade: percepções de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas. *Esc. Anna Nery.* 2017; 21(4): e20170100.
29. Melo VB. Capacitação da Equipe de Enfermagem no serviço de emergência do hospital público de Recife(PE) sobre a ortotanásia com pacientes adultos terminais. [Monografia]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.21 p.
30. Monteiro MC, Magalhães AS, Féres-Carneiro T, Machado RN. A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. *Psicol.Argum.* 2015 abr./jun.; 33(81):314-329.
31. Rennó CSN, Campos CJG. Interpersonal communication research: valorization of the oncological patient in a high complexity oncology unit. *REME. Rev Min Enferm.* 2014 jan/mar; 18(1):106-115.
32. Fantuci MT, Gomes FGC. O direito de morrer com dignidade do paciente gravemente enfermo. *Rev. Uningá Review* 2016; 28(3):172-178.
33. Gomes LB, Gonçalves JR. Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. *Rev. Ciências Humanas, Florianópolis* 2015 jul/dez; 49(2):118-139.