

Bioética como estratégia condutora da Ortotanásia aos profissionais médicos com pacientes em situação de cuidados paliativos

Bioethics as a conductive strategy of Orthotanasia to medical professionals with patients in palliative care situation

DOI:10.34117/bjdv9n2-158

Recebimento dos originais: 30/01/2023

Aceitação para publicação: 27/02/2023

Rogério Donizeti Reis

Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas

Instituição: Faculdade de Medicina de Itajubá - MG

Endereço: Av. Renó Júnior, 368, São Vicente, Itajubá - MG, CEP: 37502-138

E-mail: rogerio.reis@fmit.edu.br

José Vitor da Silva

Doutorado em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal de São Carlos - Departamento de Gerontologia

Endereço: Rua João Faria Sobrinho, Número 59, Ed. São Remo, Varginha,

CEP: 37501-080, Itajubá - MG

E-mail: enfjvitorsilva2019@gmail.com

Felipe Conrado Sales Dias e Silva

Graduado em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Itajubá - MG

Endereço: Av. Renó Júnior, 368, São Vicente, Itajubá - MG, CEP: 37502-138

E-mail: feconradods@gmail.com

Rogério Ramos da Silva

Graduado em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Itajubá - MG

Endereço: Av. Renó Júnior, 368, São Vicente, Itajubá - MG, CEP: 37502-138

E-mail: rogeriods0408@gmail.com

RESUMO

Introdução: Estudos sobre bioética, cuidados paliativos e terminalidade da vida contemplam dilemas relacionados à atuação do médico frente a pacientes que se encontram além das capacidades terapêuticas, com indicação de ortotanásia. **Objetivos:** identificar as características sociodemográficas e familiares dos profissionais médicos; conhecer os fundamentos bioéticos que norteiam a tomada de decisão dos médicos frente ao paciente em situação de cuidados paliativos e as dificuldades médicas frente a paciente em situação de cuidados paliativos com indicação de ortotanásia. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. Participaram do estudo 20 profissionais de formação médica. O critério de inclusão foi: profissionais médicos que atuam ou atuaram com pacientes em cuidados paliativos em situação de ortotanásia. O critério de exclusão foi: conteúdos da entrevista que não atenderam à pergunta semiestruturada. Para a análise de dados utilizou-se o método Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** A idade média foi de 40,35 anos DP = (11,70); 60% eram do sexo

masculino; 55% casados; 80 % eram católicos; 55% tinham tempo de formação superior a 10 anos; 100% não tinham especialização em cuidados paliativos ou bioética. Do tema explorado "De acordo com a bioética como você interpreta a ortotanásia em pacientes sob cuidados paliativos?", emergiram 3 ideias centrais: "Aplicabilidade da não maleficência", "Autonomia dos médicos, dos pacientes e dos familiares" e "Atributos necessários para garantir dignidade ao paciente. Do tema "Quais são suas dificuldades em relação a pacientes em cuidados paliativos que requerem ortotanásia?", evidenciaram-se 2 ideias centrais: "Dificuldade de comunicação e aceitação da família" e "Desconhecimento frente à ortotanásia e a cuidados paliativos". Conclusão: atuar com pacientes em cuidados paliativos com indicação de ortotanásia demanda conhecimento prévio da bioética e a sua aplicabilidade é o que norteará a atuação médica frente aos dilemas da terminalidade de vida.

Palavras-chave: bioética, cuidados paliativos, médicos, Ortotanásia.

ABSTRACT

Introduction: Studies on bioethics, palliative care and end-of-life contemplate dilemmas related to the doctor's performance when facing patients who are beyond therapeutic capacity, with indication for orthothanasia. Objectives: To identify the sociodemographic and family characteristics of medical professionals; to know the bioethical foundations that guide the decision making of physicians facing palliative care patients and the medical difficulties facing palliative care patients with indication of orthothanasia. Method: Qualitative, descriptive and exploratory study. Twenty medical professionals participated in the study. Inclusion criterion was: medical professionals who work or had worked with palliative care patients in situations of orthothanasia. The exclusion criterion was: interview contents that did not meet the semi-structured question. The Collective Subject Discourse method was used for data analysis. Results: The average age was 40.35 years SD = (11.70); 60% were male; 55% were married; 80% were Catholic; 55% had training time of more than 10 years; 100% had no specialization in palliative care or bioethics. From the explored theme "According to bioethics how do you interpret orthothanasia in patients under palliative care?", 3 central ideas emerged: "Applicability of non-maleficence", "Autonomy of physicians, patients and family members" and "Attributes necessary to ensure patient dignity. From the theme "What are your difficulties regarding palliative care patients requiring orthothanasia?", 2 central ideas emerged: "Difficulty of communication and family acceptance" and "Lack of knowledge regarding orthothanasia and palliative care". Conclusion: Working with patients in palliative care with indication for orthothanasia requires prior knowledge of bioethics and its applicability is what will guide medical action when facing the dilemmas of life terminality.

Keywords: bioethics, palliative care, physicians, Orthothanasia.

1 INTRODUÇÃO

Novos conflitos na prática clínica demandam reflexões sobre limites e possibilidades de aplicação das novas tecnologias. Nascer e morrer, interromper ou prolongar a vida, mantê-la artificialmente e como ou quando mantê-la, transplantar

órgãos e como fazê-lo e a quem fazê-lo – tudo isso são questões permeadas por definições de vida e de morte não unívocas, que geram discussões em diversos campos do conhecimento. Não são questões que podem ser refletidas sem um olhar de cunho científico, social, religioso, filosófico e de direito. Em decorrência dessa perspectiva, a bioética é atualmente reconhecida como campo de conhecimentos teórico, acadêmico e de práxis que advém dessa dificuldade e complexidade do trabalho em saúde e da vida no mundo atual.¹

Nesse contexto de importantes mudanças sociais, com repercussões nas relações entre profissionais e pacientes, acredita-se que ao médico venha sendo imputado o desafio de adotar novas condutas, até então pouco exigidas pela sociedade. Exatamente por isso, tais compromissos devem ser ressaltados como uma reafirmação moderna e ampliada da ética hipocrática. A construção de uma nova ética médica, que, recentemente, tem sofrido uma influência mais acentuada da bioética, deixa ressaltado um marco divisor entre a velha e a nova moral médica. Isso contribui para uma necessária redefinição daquilo que se entende por saúde, medicina, qualidade de vida e bem-estar. Nenhuma sociedade, por mais evoluída que aparente ser, poderá abrir mão de princípios como o respeito à dignidade da pessoa humana.²

A bioética está envolvida diretamente com o ciclo da vida humana, sendo primordial para a prática dos profissionais de saúde e estando demarcada com quatro princípios básicos: a beneficência, a autonomia, a justiça e a não maleficência. Esses atributos, que lhe dão fundamentação para lidar com as novas descobertas e suas aplicações,³ a denominam de bioética principialista. Assim, é de fundamental importância que o médico utilize conhecimentos próprios da bioética para nortear os possíveis conflitos na sua prática profissional.

Estudos sobre bioética, cuidados paliativos (CP) e terminalidade da vida humana contemplam dilemas como eutanásia, distanásia e ortotanásia. Uma reflexão sobre as ações que são realizadas por profissionais de saúde pode ser feita no sentido de identificar as motivações que direcionam as escolhas de condutas terapêuticas para o paciente na condição de terminalidade.⁴

Martin⁵ destaca essas três possibilidades mencionadas acima para o cuidado terminal: a eutanásia, entendida como a abreviação da morte, na tentativa de minimizar o sofrimento e a dor; a distanásia, que consiste no prolongamento da vida a todo custo, por meio dos recursos tecnológicos, não obstante o sofrimento do paciente e a ortotanásia, que traz consigo a questão dos CP, proporcionando o alívio da dor e de outros sintomas

angustiantes, sem apressar ou adiar a morte, mas encarando-a como parte da vida,⁶ que deve ser confrontada de maneira humana e digna, articulando os conhecimentos tecnológicos e científicos aos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente.⁷

Com paradigma de cuidar, a ortotanásia é vista como via mediadora, considerada por profissionais que se dedicam aos CP com a possibilidade de assistência mais adequada a pacientes com prognóstico irreversível de uma doença e que apresentam intenso sofrimento físico e psíquico. Desse modo, a prática integra o conjunto de métodos de cuidado mais humanitárias.⁸

As atitudes e as práticas médicas como modelo bioético harmonizam-se com as de cuidados que levam em consideração o curso natural da vida e a morte como parte da existência, buscando alívio do sofrimento, mediante adoção de CP e evitando procedimentos desnecessários que apenas prolongam o sofrimento do paciente e da família, constituindo o limite dos esforços terapêuticos.⁹

Concomitante ao conceito de ortotanásia, as práticas de cuidar associadas à adequação terapêutica, com o intuito de minimizar o sofrimento da pessoa no processo terminal, intensificam o movimento pelos CP, com o desenvolvimento de práticas de cuidado ativo e total a pessoa cuja doença não é responsiva a tratamento de cura.¹⁰

Para Kovács¹¹ o que denomina a ortotanásia é deixar a morte seguir seu percurso normal e isso não significa abandonar o paciente. Dizer “não” ao prolongamento artificial da vida significa recusar os procedimentos que tentam, até o último momento, uma reviravolta no quadro clínico, mesmo sabendo da sua evolução, e oferecer o suporte de CP – cuidados esses que não visam combater a doença, mas sim aliviar a dor e ofertar um conforto possível para uma morte digna.

Quando a terapia médica não consegue mais atingir os objetivos de preservar a saúde ou aliviar o sofrimento, o tratar torna-se uma futilidade ou um peso; é mais do que prolongar a vida, prolonga-se a agonia. Surge, dessa forma, o imperativo ético de parar o que é inútil e fútil, intensificando os esforços no sentido de proporcionar mais do que quantidade; qualidade de vida diante do morrer.¹²

Diante ao exposto, os objetivos do presente estudo são: 1) Identificar as características sociodemográficas, familiares e de saúde dos profissionais médicos. 2) Conhecer os fundamentos bioéticos que norteiam a tomada de decisão dos médicos frente ao paciente em situação de CP. 3) Conhecer as dificuldades médicas frente a paciente em situação de CP com indicação de ortotanásia.

2 MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido por meio da abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. Participaram do estudo 20 profissionais médicos. A amostra é uma porção da população, ou seja, subconjunto desta, a ser estudado.¹³ A amostragem foi do tipo intencional, que, de acordo com Polit e Beck¹³ o pesquisador seleciona, a seu critério, intencionalmente as pessoas que apresentam potenciais de falas adequadas, pois poderão contribuir melhor não só com a entrevista, mas, sobretudo, para seu conteúdo. Em relação ao método qualitativo, este tipo de amostragem é o mais adequado. Os critérios de inclusão foram profissionais médicos que atuam ou atuaram com paciente em CP em situação de ortotanásia e os critérios de exclusão foram conteúdo da entrevista que não atenderam ao teor da pergunta semiestruturada.

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Itajubá. Considerando as medidas de prevenção, proteção e biossegurança dos participantes da pesquisa nessa fase de pandemia da Covid-19, foram adotados os seguintes procedimentos para a coleta de dados. Os pesquisadores enviaram um link por meio do WhatsApp aos profissionais médicos, no qual constava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que convidava, orientava e solicitava a anuência destes participantes. Em caso de concordância ao final do TCLE, ele(a) deveria clicar na afirmativa: “concordo em participar” e, a seguir, estaria a sua disposição o questionário sobre as suas características pessoais, familiares, socioeconômicas e de saúde.

Tendo completado esse instrumento, foram-lhe apresentadas duas perguntas abertas sendo a primeira “na condição de médico e de acordo com a bioética, como você interpreta a ortotanásia em pacientes sob CP na área hospitalar ou em seu domicílio?” e a segunda “quais são suas dificuldades em relação a pacientes em CP que requerem ortotanásia?”. Após responder essas duas perguntas, os participantes deveriam clicar em enviar e, após, era visualizado o agradecimento por ter participado do estudo.

Para a análise de dados, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo, que consiste em um discurso-síntese, elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados, fundamentado na Teoria das Representações Sociais e representado por quatro figuras metodológicas: 1) Expressão-chave (ECH), que são partes ou todo o conteúdo das transcrições literais do discurso de cada sujeito; 2) Ideia Central (IC), que são nomes ou expressões linguísticas que revelam e descrevem, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o

sentido de cada um dos discursos analisados; 3) Ancoragem (AC), que é a manifestação linguística explícita de uma determinada teoria ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo utilizada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica e 4) Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): reunião das ECH presentes nos depoimentos, que têm ICs e/ ou ACs de sentido semelhante ou complementar.¹⁴ Para este estudo foram adotadas três figuras metodológicas, excluindo a Ancoragem. Por mais que a tipologia dos participantes fosse pertinente à utilização dessa figura, não houve respaldo teórico nos conteúdos explicitados por eles, apenas empírico. Ou seja, a dispensa dessa figura não traz alteração alguma ao método do DSC.¹⁵

O presente estudo obedeceu aos preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, que trata da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas. Este estudo foi aprovado pelo CEP da Faculdade de Medicina de Itajubá sob o parecer de número 4.515.086.

3 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas etapas: na primeira são exibidos os dados relacionados às características pessoais, familiares, socioeconômicas e de saúde e na segunda etapa são mostrados os resultados fruto das análises do discurso dos participantes desta pesquisa – ou, de outra forma, a Representação Social sobre a aplicabilidade da ortotanásia baseada em cuidados paliativos e na bioética.

A caracterização dos participantes é mostrada na *Tabela 1* e revela traços que delineiam e configuram o perfil sociodemográfico composto por variáveis qualitativas nominais ou ordinais.

Caracterização sociodemográfica e familiar dos participantes do estudo

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e familiar dos participantes do estudo. Itajubá – MG. (n=20)

	Frequência Absoluta (F.A.)	Frequência Relativa (F.R.)	Média (M)	Desvio Padrão (D.P.)
Idade			40,35	11,70
Sexo				
Masculino	12	60,0%		
Feminino	8	40,0%		
Estado Civil				
Solteiro	9	45,0%		
Casado	11	55,0%		
Religião				
Católica	16	80,0%		
Evangélica	2	10,0%		
Sem religião	2	10,0%		
Tempo de formação				
6 meses a 11 meses	1	5,0%		
1 ano a 2 anos	2	10,0%		
3 a 5 anos	3	15,0%		
6 anos a 9 anos	3	15,0%		
Acima de 10 anos	11	55,0%		
Especialização em cuidados paliativos ou bioética				
Sim	0	0%		
Não	20	100%		

Fonte: elaboração dos autores

A seguir, nos *Quadros 1, 2 e 3* serão apresentados os resultados referentes ao tema explorado, as ideias centrais agrupadas e os respectivos Discursos do Sujeito Coletivo do tema “de acordo com a bioética, como você interpreta da ortotanásia em pacientes sob cuidados paliativos?”.

Quadro 1. Tema, ideia central agrupada e seu respectivo DSC

Tema: De acordo com a bioética, como você interpreta a ortotanásia em pacientes sob cuidados paliativos?
IC - Aplicabilidade da não maleficência
DSC “Se a luta pela sobrevivência do paciente será em vão, acho que a ortotanásia deve ser indicada, utilizando-se da beneficência sempre. Enquanto médico responsável pelo paciente prezo sempre pela qualidade de vida e a ausência de dor. Ao prolongar o sofrimento do paciente, estamos provocando a distanásia. Realizo um trabalho baseado na ciência e vou até onde ela me permite. A ortotanásia é muito bonita quando realizada de maneira correta. O ideal é oferecer suporte para evitar aumento de sofrimento do paciente e da família, evitando utilizar outros meios terapêuticos fúteis, bem como oferecer uma morte digna, deixando rolar a evolução e percurso da doença. Não devemos lançar mão de recursos que não trarão benefícios ao paciente.”

Fonte: Elaboração dos autores

Quadro 2. Tema, ideia central agrupada e seu respectivo DSC

Tema: De acordo com a bioética, como você interpreta a ortotanásia em pacientes sob cuidados paliativos?
IC - Autonomia dos médicos, dos pacientes e dos familiares
DSC “Faço uma ligação entre autonomia e cuidados paliativos. Falamos em autonomia porque o paciente tem o direito de escolher sobre os cuidados que irá receber, assim a prática dos cuidados paliativos será realizada de maneira mais eficiente. A bioética nos respalda tanto na autonomia médica, quanto na autonomia do paciente. A aplicabilidade da ortotanásia pelos médicos em conjunto com o paciente e os familiares permite o conforto, a qualidade de vida, o bem-estar, e consequentemente a ausência de dor. Neste contexto, a autonomia garante a todos as melhores decisões. Os cuidados paliativos são isso, respeitar o paciente e envolver os familiares nas decisões. O paciente precisa ter seu direito à morte respeitado, sendo assim, cabe aos profissionais de saúde auxiliar o mesmo nesse processo, promovendo uma morte digna ao paciente sem condições clínicas, quando os familiares e o próprio paciente assim quiserem. Ortotanásia é um direito do paciente.”

Fonte: Elaboração dos autores

Quadro 3. Tema, ideia central agrupada e seu respectivo DSC

Tema: De acordo com a bioética como você interpreta da ortotanásia em pacientes sob cuidados paliativos?
IC - Atributos necessários para garantir dignidade ao paciente
DSC “A bioética é essa compreensão sobre o valor da vida, nos respaldando por ela devemos utilizar da beneficência sempre. A Ortotanásia é uma ferramenta que permite o conforto, a qualidade de vida, o bem-estar e a ausência de dor. A morte deveria ser vista como o processo natural, e a ortotanásia propicia a passagem ao seu tempo dentro dos cuidados integrais. Ao iniciar a ortotanásia, o plano terapêutico, nestes casos, deve ser em prol do paciente e da família. Sou super a favor da morte natural, sem tecnologias envolvidas, sem prolongar o sofrimento do paciente que se encontra sem condições clínicas compatíveis com a vida e de todos inseridos neste contexto.”

Fonte: Elaboração dos autores

A seguir, nos **Quadros 4 e 5** serão apresentados os resultados referentes ao tema explorado, as ideias centrais agrupadas e os respectivos Discursos do Sujeito Coletivo do tema “quais são suas dificuldades em relação a pacientes em CP que requerem ortotanásia?”

Quadro 4. Tema, ideia central agrupada e seu respectivo DSC

Tema: Quais são suas dificuldades em relação a pacientes em CP que requerem ortotanásia?
IC - Dificuldade de comunicação e aceitação da família
DSC “A maior dificuldade está na insistência da família em tratamentos que não são apropriados. A comunicação e a não aceitação dos familiares quanto ao quadro clínico são outras barreiras, pois elas querem todos os tipos de tratamento que existem para que o paciente não faleça. Quando dou diagnóstico de uma doença incurável e que o prognóstico não é satisfatório, a família quer que façamos tudo para salvar a vida do ente querido. Por isso é importante fazer a família entender o que são os cuidados paliativos, afinal em muitos casos o paciente demonstra mais aceitação que os familiares.”

Fonte: Elaboração dos autores

Quadro 5. Tema, ideia central agrupada e seu respectivo DSC

Tema: Quais são suas dificuldades em relação a pacientes em CP que requerem ortotanásia?"
IC - Desconhecimento frente a ortotanásia e cuidados paliativos
DSC "O desconhecimento sobre o que é realmente a ortotanásia e os cuidados paliativos gera diversas dúvidas e receios aos profissionais de saúde. Outra dificuldade se diz respeito ao ambiente de trabalho, muitos hospitais não possuem profissionais capacitados assim como na atenção primária e isto leva a conflitos da aplicabilidade da ortotanásia e dos cuidados paliativos. Para piorar, muitas instituições interpretam a ortotanásia como negligência médica, o que consolida a imagem de abandono diante a não compreensão da sociedade em si, especialmente na esfera familiar."

Fonte: Elaboração dos autores

4 DISCUSSÃO

Os cuidados paliativos se desenvolveram de maneira vertiginosa na segunda metade do século XX, especialmente quanto a suas aplicações e participação dos profissionais nesses processos. No Brasil, a implantação dos cuidados paliativos se deu na década de 1980 com o reconhecimento de sua importância e implantação na educação médica nas décadas subsequentes.¹⁶

Ao se observar a idade média dos participantes deste estudo, pode-se correlacionar cronologicamente a implantação dos cuidados paliativos na educação médica. De tal modo, identifica-se nas falas dos participantes um conhecimento acerca de conceitos elaborados com o advento dos cuidados paliativos, ainda que de maneira pouco aprofundada.

Já ao que tange à religião, notou-se neste estudo que os participantes seguem o cristianismo, prevalente no Brasil, em especial na vertente católica, com 80% se declarando praticantes. Esta prevalência alta dá-se em função, principalmente, da colonização portuguesa e do uso das ordens jesuíticas para a propagação da fé cristã e costumes eurocêntricos sobre os povos aqui colonizados.¹⁷

Ainda, a situação sociodemográfica é um levantamento importante, pois pode evidenciar traços morais e éticos dos participantes. Eles influenciarão na maneira de encarar a finitude da vida e nas tomadas de decisões diante dos dilemas trazidos com a aplicação dos cuidados paliativos e da ortotanásia em especial ao se falar de religião e estado civil.¹⁸⁻²⁰

Do tema explorado "De acordo com a bioética, como você interpreta a ortotanásia em pacientes sob cuidados paliativos?" foram constatadas três ideias centrais agrupadas descritas a seguir: "Aplicabilidade da não maleficência"; "Autonomia dos médicos, dos pacientes e dos familiares" e "Atributos necessários para garantir dignidade ao paciente".

A primeira evidencia a preocupação dos profissionais médicos em não provocar danos, tampouco desconforto desnecessário tanto no quesito físico como emocional em pacientes que se encontram em seu momento de maior fragilidade, lembrando sempre de amenizar o sofrimento dos familiares envolvidos no processo de terminalidade.²¹

A ideia central “Autonomia dos médicos, dos pacientes e dos familiares” evoca um dos quatro princípios da Bioética Principlalista, demonstrando que os profissionais médicos reconhecem a necessidade da participação do doente e da família nas decisões relacionadas aos tratamentos possíveis. De igual forma, os profissionais acreditam que os sujeitos também devem atuar na definição dos limites de intervenção, evitando, desta forma, a obstinação terapêutica e, conseqüentemente, a distanásia, preservando assim a dignidade da vida.

Um dos objetivos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos é “promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos”.²² Considerando que toda doença nos torna mais vulneráveis, o grande desafio está em preservar a dignidade do ser humano no momento final de vida.

A aplicabilidade da autonomia pelos profissionais médicos visa resguardar a qualidade dos cuidados paliativos, embasando no seu direito de não acatar a demanda dos pacientes e familiares que buscam extrapolar os limites técnicos e tecnológicos da medicina. Deste modo, podem agir de maneira ética e, conseqüentemente, evitar a maleficência no processo de implantação dos cuidados paliativos e da ortotanásia.²³

A autonomia como princípio da bioética está intrinsecamente relacionada à prática dos Cuidados Paliativos, já que essa filosofia visa a promoção dos valores éticos e humanos individuais. Neste panorama, a autonomia do paciente torna-se um pilar no âmbito de tal prática. Dessa forma, cabe ao médico a responsabilidade pela escolha da terapêutica do doente, colocando-se na posição de catalizador na promoção da qualidade de vida do paciente sem possibilidades terapêuticas.^{21,23}

Evidenciando a terceira ideia central, “Atributos necessários para garantir dignidade ao paciente”, o profissional médico deve basear-se em seu conhecimento técnico e científico, buscando a melhor conduta e eficiência aos pacientes elegíveis para os cuidados paliativos. Além disso, fundamentar-se-á nas questões bioéticas e deontológicas.⁵ Outra competência necessária para o bom emprego dos cuidados é uma

boa e empática capacidade interpessoal do profissional, priorizando-se sempre o bem-estar de quem está sendo submetido aos mesmos.^{21,24}

Quanto ao tema explorado “Quais são suas dificuldades em relação a pacientes que requerem ortotanásia?” emergiram duas ideias centrais: “Dificuldade de comunicação e aceitação da família” e “Desconhecimento e dificuldades frente à ortotanásia e a cuidados paliativos”.

A primeira indica um obstáculo comum de surgir em um contexto em que a ortotanásia se faz necessária, em especial em ambientes em que a comunicação com a família é dificultada por uma relação conflituosa entre o prestador dos cuidados e os familiares do doente. Assim, surge a importância de se estabelecer previamente com a família um canal de comunicação baseado na autonomia das três partes envolvidas nos cuidados, propondo o que é aceitável diante destas situações.

A transmissão de más notícias carrega ambivalência que afeta tanto o doente quanto os profissionais de saúde. Requer, portanto, manejo assertivo em processo que utilize recursos de enfrentamento saudáveis e adaptativos, viabilizando a troca de informações entre profissionais, pacientes e familiares. Em cuidados paliativos, notícias difíceis são frequentes pelas grandes mudanças provocadas pela doença nas condições clínicas do paciente e sua divulgação é complexa e exige considerar primeiramente os limites de quem comunica e de quem recebe. É preciso que o profissional valorize e aprimore sua capacidade empática, mostrando-se também disposto a ouvir.²³

Devido à complexidade da transmissão de más notícias, faz-se necessária maior abordagem do tema durante a formação médica, o que não é a realidade de todas as instituições.²⁵ No estudo de Dias e Pio²⁶ das 162 instituições que participaram, apenas 64% possuíam alguma forma de treinamento de comunicação de más notícias, evidenciando defasagem de ensino, ainda que se trate de uma habilidade importante para a prática médica diária.

Por fim, a ideia central “desconhecimento e dificuldades frente à ortotanásia e a cuidados paliativos” denota o despreparo ou mesmo a falta de conhecimento sobre a temática em questão, seja por poucas horas dedicadas à abordagem de cuidados paliativos e terminalidade durante a formação médica seja pela pouca procura por especialização nestas áreas.

Em relação ao primeiro tópico, nota-se que apesar dos avanços dos cuidados paliativos, bem como a introdução dos mesmos na educação médica brasileira, nota-se que eles ainda não atingem todas as escolas médicas do país. De acordo com Castro et

al.²⁷ das 315 faculdades de medicina cadastradas pelo Ministério da Educação apenas 44% têm uma disciplina própria de cuidados paliativos. Dessas, 67% eram obrigatórias, sendo a carga horária média de 46,9 horas.

Já o contexto de residência médica em cuidados paliativos é ainda mais escasso, com 14 serviços disponibilizando um total de 48 vagas, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), estando a maioria desses serviços na região Sudeste (50%) e Sul (25%), além de muitas destas especializações possuírem outras especializações como pré-requisitos.²⁸

Frente a este panorama, observa-se que apesar dos avanços dos cuidados paliativos na educação médica, ainda existe uma defasagem significativa, o que justifica a presença do conhecimento acerca dos assuntos ainda de maneira superficial. Tal cenário evidencia a falta de preparo dos profissionais médicos para lidar com pacientes e familiares frente à terminalidade.²⁵⁻²⁶

5 CONCLUSÃO

Atuar com pacientes em cuidados paliativos com indicação de ortotanásia demanda conhecimento prévio da bioética e a sua aplicabilidade. Esta compreensão é o que norteará o que é aceitável no que se tange à atuação médica frente aos dilemas da terminalidade de vida.

Contudo, o conhecimento da bioética e seus princípios por si só não garantem que a aplicação do cuidado do paciente e dos familiares esteja sendo feita na sua integralidade ou com a melhor eficiência. Habilidades como comunicação intrapessoal e conhecimento técnico e científico são imprescindíveis para a indicação e condução correta da ortotanásia nos pacientes que dela se beneficiarão.

REFERÊNCIAS

1. Godoi BS, Saporetto Filho G, Bifano ACS, Castro NR. Até que ponto vale manter a vida: debate bioético sobre a morte. In: VI Simpósio de Produção Acadêmica da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde; 2014; Viçosa. Viçosa: Univiçosa; 2014.
2. Drummond JGDF. Ética, códigos e deontologia em tempo de incertezas. In: Pessini L, Siqueira JE, Hossne WS. Bioética em tempo de incertezas. São Paulo: Loyola; 2010. p. 134-150.
3. Andrade CG, Costa SFG, Vasconcelos MF, Zaccara AAL, Duarte MCS, Evangelista CB. Bioética, cuidados paliativos e terminalidade: revisão integrativa da literatura. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2013 [acesso em 2022 jan 10]; 7(esp): 888-97. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/view/11554>
4. Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2013 [acesso em 2022 jan 22]; 37(2): 285-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/GdVW559MJ3LbYFR36TSdMDF/?format=pdf&lang=pt>
5. Martin LM. Eutanásia e distanásia. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 171-92.
6. Sadala MLA, Silva MP. Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. Interface Comun Saúde [Internet]. 2008 [acesso em 2022 mar 28]; 12(24): 7-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/fcLqqjq9hZ5nsHG3fP4KHZG/?format=pdf&lang=pt>
7. Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2014 [acesso em 2022 mar 15]; 17(1): 7-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/wsKgjvzv5dxSpZtGJTcHRn/?format=pdf&lang=pt>
8. Santos LRG, Menezes MP, Gradwohl SMO. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [acesso em 2022 mar 21]; 18(9): 2645-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fycRVjFFDpPRB5L3GqNvQxC/?format=pdf&lang=pt>
9. Silva RS, Pereira A, Mussi FC. Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [acesso em 2022 abr 22]; 19(1): 40-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/v7q4kPRhMR9xqR5Ls9pM4KM/?format=pdf&lang=en>
10. Moritz RD. Ortotanásia: o direito à morte no tempo certo. Ciênc Hoje. 2013; 301: 64-5.

11. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev Bioét* [Internet]. 2014 [acesso em 2022 mar 18]; 22(1): 94-104. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QmChHDv9zRZ7CGwncn4SV9j/?format=pdf&lang=pt>
12. Pessini L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Rev Bioét* [Internet]. 2016 [acesso em 2022 abr 12]; 24(1): 54-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/TZNdxQ5McVJDSTBr7yWvTMS/?lang=pt&format=pdf>
13. Polit DF, BECK CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 11^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
14. Lefèvre F. Discurso do Sujeito Coletivo: novos modos de pensar nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli; 2017.
15. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de Representação Social: um enfoque quali-quantitativo. Brasília, DF: Liberlivro; 2012.
16. Malta R, Rodrigues B, Priolli DG. Paradigma na formação médica: atitudes e conhecimentos de acadêmicos sobre morte e cuidados paliativos. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2018 [acesso em 2022 jul 12]; 42(2): 34-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/ZJcDbxpGCtVPzMTVZsBGKwP/?format=pdf&lang=pt>
17. Bellato R, Araujo LFS, Dolina JV, Musquim CA, Corrêa GHLST. Experiência familiar de cuidado em situação crônica. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso em 2022 jun 21]; 50(esp): 81-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5w3rLHGDcdZkZfZyWHy9ZbC/?format=pdf&lang=pt>
18. Santos JC, Sena AS, Anjos JM. Espiritualidade e religiosidade na abordagem a pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Bioét* [Internet]. 2022 [acesso em 2022 set 29]; 30(2): 382-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302534PT>
19. Plauto MSBC, Cavalcanti CCF, Jordán APW, Barbosa LNF. Espiritualidade e qualidade de vida em médicos que convivem com a finitude da vida. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2022 [acesso em 2022 out 12]; 46(1): 1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/KhxQCkhmQkj6xzF7JvwQCxH/?format=pdf&lang=pt>
20. Ferreira JMG, Nascimento JL, Sá FC. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2018 [acesso em 2022 out 12]; 42(3): 87-96. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8gTqFv6d3zhHM7MVkqVbdsw/?format=pdf&lang=pt>
21. Salomão MF, Gontijo LR, Nunes LAR, Magalhães FP, Souza JHK, Castro RP. Princípioalismo no exercício da medicina e em processos ético-profissionais. *Rev Bioét* [Internet]. 2021 [acesso em 2022 out 12]; 29(1): 100-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291450>
22. Garrafa V. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. 2005 [acesso em 2022 set 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf.

23. Sanchez y Sanches KM, Seidl EMF. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. *Interface Com Saúde Educ* [Internet]. 2013 [acesso em 2022 out 12]; 17(44): 23-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/R4CFGYzqSt4P5z7VjWvfLKb/?format=pdf&lang=pt>
24. Gularte NDG, Velho MTAC, Gonçalves KCS, Beschoren NF. Abordando a relação clínica e a comunicação de notícias difíceis com o auxílio das artes e dos relatos vivos. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2019 [acesso em 2022 out 12]; 43(4): 131-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20190098>
25. Camargo NC, Lima MG, Brietzke E, Mucci S, Góis AFT. Teaching how to deliver bad news: a systematic review. *Rev Bioét* [Internet]. 2019 [acesso em 2022 set 12]; 27(2): 326-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272317>.
26. Dias NC, Pio DAM. Percepção dos estudantes de medicina sobre comunicação de más notícias na formação médica. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2019 [acesso em 2022 set 12]; 43(1 Suppl. 1): 254-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180163>
27. Castro AA, Taquette SR, Marques NI. Inclusion of palliative care teaching in medical schools in Brazil. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2021 [acesso em 2022 set 7]; 45(2): 1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/pR3GCf6tHgv6H5bVLc6yWP/?format=pdf&lang=en>
28. Academia Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. Residência Cuidados Paliativos Brasil. 2022 [acesso em 2022 out 12]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/educacao/residencias-cuidados-paliativos-brasil>