

DISTANÁSIA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E A VISÃO DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

DISTANASIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y VISIÓN DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

DYSTHANASIA IN INTENSIVE CARE UNIT AND NURSING VISION: AN INTEGRATIVE REVIEW

Ana Sá Fernandes¹, Sílvia Patrícia Fernandes Coelho²

Histórico

Recibido:

13 de Marzo de 2014

Aceptado:

16 de Julio de 2014

1 Enfermeira na Unidade de Longa Duração e Manutenção. Estudante do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Correspondência: na.sf@hotmail.com

2 Assistente Convidada do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Estudante do Doutoramento em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Avançada. Correspondência: sfcoelho@porto.ucp.pt

RESUMO

Introdução: Com o avanço da tecnologia foi possível prolongar o processo de vida/morte do doente, por vezes, prolongando uma vida sem qualidade. A distanásia é vista como o prolongar artificial da vida associada ao sofrimento e a uma morte lenta e cruel, onde é feito um investimento excessivo para promover uma vida sem hipóteses, adiando a morte. **Materiais e Métodos:** Este estudo teve como objetivo compreender qual a percepção do enfermeiro de uma Unidade de Cuidados Intensivos face à Distanásia. Para isso foi efetuada uma revisão integrativa nas bases de dados eletrónicas b-ON, Scielo e EBSCO. Este tipo de revisão tem o potencial de compilar conhecimento e permitir ao leitor num único estudo aceder a diferentes estudos. A pesquisa nas bases de dados foi realizada no mês de outubro de 2013, sendo obtido 16 artigos, dentre os quais foram incluídos apenas 4 desses. **Resultados:** O tratamento é realizado sem limites o que, por vezes, resulta no sofrimento e dor sem fim benéfico. O consenso sobre a tomada de decisão de tratar e prolongar a morte não é unânime. **Discussão:** Os enfermeiros consideram que o doente poderia beneficiar com a sua intervenção na tomada de decisão e que o doente deveria ter uma participação ativa na mesma. No fim de vida, deveria ser proporcionado ao doente cuidados paliativos promovendo qualidade e conforto e um morrer naturalmente. **Conclusões:** Considera-se que atualmente tende a ocorrer a prática de distanásia. Os enfermeiros tentam intervir, mas sentem uma limitação profissional, e consideram que deveriam ter uma participação mais ativa nas tomadas de decisões.

Palavras chave: Futilidade Médica, Terapia Intensiva, Ética em Enfermagem. (Fonte: DeCS BIREME). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.122>

RESUMEN

Introducción: Con el avance de la tecnología fue posible prolongar el proceso de vida/muerte del paciente, algunas veces, prolongando una vida sin calidad. La distanasia es vista como la prolongación artificial de la vida asociada al sufrimiento y una muerte lenta y cruel, que se realiza a través de una inversión excesiva para promover una vida sin hipótesis, lo que retrasa la muerte. **Materiales y Métodos:** El propósito de este estudio es conocer la percepción de las enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos debido a la Distanasia. Para eso se realizó una revisión integrativa en las bases de datos electrónicas b-ON, Scielo y EBSCO. Este tipo de revisión tiene el potencial de agrupar el conocimiento y permitir al lector estudiar en un único estudio el acceso a diferentes estudios. La búsqueda en las bases de datos fue realizada en octubre de 2013, obteniendo 16 artículos, de los cuales se incluyeron apenas 4 de éstos. **Resultados:** El tratamiento es realizado sin límites lo que algunas veces se traduce en sufrimiento y dolor sin fin benéfico. El consenso sobre la toma de decisiones para tratar y prolongar la muerte no es unánime. **Discusión:** Las enfermeras consideran que el paciente podría beneficiarse de su intervención en la toma de decisiones y que debería tener una participación activa en la misma. Al final de la vida, debería ser proporcionado al paciente cuidados paliativos promoviendo calidad y confort y un proceso de morir de forma natural. **Conclusiones:** Se considera que actualmente tiende a ocurrir la práctica de la distanasia. Las enfermeras tratan de intervenir, pero sienten una limitación profesional y consideran que deberían tener una participación más activa en la toma de decisiones. **Palabras clave:** Inutilidad Médica, Cuidados Intensivos, Ética en Enfermería. (Fuente: DeCS BIREME). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.122>

ABSTRACT

Introduction: With the advancement of technology it was possible to prolong the process of life/death of the patient, sometimes prolonging a life without quality. Disthanasia is seen as the artificial prolonging of life and suffering associated with a slow and cruel death, which is done over investment to promote a life without hypotheses, promoting the postponement of death. **Materials and Methods:** The purpose of this study is to understand what the nurse perception of a Intensive Care Unit in the face of futility. For this integrative review was performed by searching the databases b-ON electronic data, Scielo and EBSCO. This type of revision has the potential to build knowledge and allow the reader to study in a single access different studies. Research was made in October 2013, yielding 16 articles being included only 4 items. **Results:** It is limitless which sometimes results in suffering and pain with no beneficial purpose. The consensus decision making on futile treat and prolong death is not unanimous. **Discussion:** The nurses consider that the patient might benefit from his involvement in decision making and that the patient should have an active participation in it. At the end of life, should be provided to the patient palliative care by promoting quality and comfort and die naturally. **Conclusions:** This type of revision has the potential to build knowledge and allow the reader to study a single access different study. It is considered that in modern times the practice of medical futility tends to occur. The nurses try to intervene but feel their professional limitation so consider should have a more active participation in decision making

Key words: Medical Futility, Intensive Care, Ethics Nursing. (Source: DeCS BIREME). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.122>

Cómo citar este artículo: Fernandes AS, Fernandes SP. Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem: revisão integrativa. Rev Cuid. 2014; 5(2): 813-9. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.122>

© 2014 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 3.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUÇÃO

No século passado ocorre uma inversão de papéis entre temas tão controversos como a morte e o sexo. Este passa a ser um tema aceitável de ser debatido, contrariamente à morte que passa a ser um tabu na sociedade não sendo debatida (1,2). A morte é um processo natural da vida, no entanto, dependendo da sociedade, é percebida de maneira diferente. Na sociedade ocidental é entendida como um fracasso e impotência (2,3). Deixando de se morrer em casa próximo da família e amigos para se passar a morrer nos hospitais num ambiente de isolamento, a considerada morte hospitalizada (4).

O novo milénio vem romper com o passado e impor uma reflexão sobre os dilemas bioéticos. Permite assim debater, alertar e informar a sociedade sobre os avanços tecnológicos e tudo o que está relacionado com os mesmos (5).

O termo *distanásia* também conhecido na Europa como obstinação ou encarniçamento terapêutica e nos Estados Unidos de Futilidade Terapêutica (6), contrariamente ao seu oposto denominado *ortotanásia* ou mesmo a *eutanásia* surge nos anos 50 pelo Professor J.R. Debray na tentativa de classificar as tentativas de reanimação sem sucesso no doente sem vida de relação e em estado vegetativo (7).

Atualmente, *distanásia* embora pouco abordada comparativamente com outros temas, define-se como ocorrendo em todas as situações em que é feito investimento para prolongar uma vida sem benefício para o doente e/ou para a sua qualidade de vida. Entendendo-se então que se trata do uso de recursos e meios terapêuticos de forma excessiva para promover a vida do doente quando a mesma já não tem hipótese de prolongamento, estando-se sim a promover o adiamento da morte (6-8).

No seu meio-termo surge a *eutanásia* sendo vista como a prática de uma boa morte sem sofrimento cujo ato demonstra compaixão (6,7). No entanto, na sociedade atual levanta-se diversas divergências com diferentes opiniões sobre, o porquê de não se praticar *eutanásia*. Se para uns a vida é considerada sagrada e interrompê-la seria vista como um ato criminoso, para outros é difícil definir onde fica o limiar do certo e do abuso do seu uso, pois facilmente se poderia confundir vontade do próprio com vontade de terceiros (7).

No outro extremo surge a *Ortotanásia* como sendo o morrer na hora certa sem prolongamento ou investimento

no prolongamento da morte (6). Necessário diferenciar o termo *Ortotanásia* de *Eutanásia* porque embora com finais parecidos, promovem caminhos diferentes. Assim, a *ortotanásia* diferencia-se da *eutanásia* no sentido que promove a humanização dos cuidados promovendo o alívio do sofrimento e aguardando uma boa morte no momento certo (6).

Todo esse processo expõe problemas éticos. A sociedade exige prolongamento da vida mas ao mesmo tempo qualidade e bem-estar o que leva ao investimento da medicina e à despersonalização dos cuidados (1). Por outro lado, recusa aceitar a morte e fica admirada quando a mesma ocorre (3).

A bioética assume então que uma boa alternativa ao tratamento fútil é o recurso aos cuidados paliativos (7). Estes aceitam a morte, não desejando atrasá-la ou avançá-la, promovendo o bem-estar e qualidade de vida no fim de vida (9). Assim, torna-se vital que a equipa reconheça a inviabilidade de continuarem a manter medidas terapêuticas, reconhecendo que o melhor caminho a percorrer serão os traçados pelos cuidados paliativos (10).

A bioética descentra-se da medicina, no sentido em que se afasta das práticas clássicas efetuadas ao doente e da autoridade paternalista do médico. Este crê que sabe o que é melhor para o doente, decidindo por ele (7). Esquecendo que o doente autónomo tem o direito a participar na tomada de decisão face ao seu futuro (10). A *distanásia* tornou-se assim um problema ético de ocorrência recorrente e diária nos hospitais cuja decisão deixa de passar pelo doente e o percurso natural da vida para passar a ser uma decisão médica (6).

Para colmatar esta lacuna, em 2012 surge a Lei que vem regulamentar as directivas de vontade antecipada do cidadão, o conhecido *testamento vital*. O *testamento vital* compreende resumidamente a vontade do doente em definir o que quer ou não que lhe seja feito em caso de perda de autonomia, fase terminal de doença, paragem cardio-respiratória e tratamento através de suporte artificial de vida. Assim, define até onde a medicina pode ir, salvaguardando a possibilidade de ocorrer *distanásia* (11).

Entre estes dilemas todos, o importante é que o profissional respeite o doente, fazendo o melhor possível segundo o princípio de que faria tudo aquilo que gostaria que lhe fizessem, se estivesse num momento de vulnerabilidade, tal como o que é vivenciado pelo doente (10).

Com este estudo pretende-se compreender qual a percepção do enfermeiro de uma Unidade de Cuidados Intensivos face à Distanásia através da realização de uma

revisão integrativa. Efetuou-se um estudo descritivo dos artigos incluídos após pesquisa nas bases de dados b-ON, SCIELO e EBSCO.

MATERIAS E MÉTODOS

Com a quantidade e complexidade da evidência científica, a revisão integrativa da literatura surge como o método ideal pois de todos é o mais amplo permitindo compilar, sintetizar e aprofundar o conhecimento sobre o tema em estudo. Possibilita a pesquisa experimental e quase-experimental do tema em estudo e a interligação entre a literatura teórica e empírica (12,13).

Para a construção desta revisão integrativa percorreram-se seis etapas distintas, nomeadamente: definição da pergunta chave, determinação dos critérios de inclusão e exclusão, definição da informação a retirar dos artigos seleccionados, análise dos artigos seleccionados, interpretação dos resultados encontrados, revisão e apresentação das considerações finais (12,13).

Para dar início ao estudo foi realizada uma busca pelas bases de dados SCIELO, EBSCO e b-ON no mês de outubro do ano de 2013. A questão de partida era, qual a visão do enfermeiro de uma Unidades de Cuidados Intensivos face à Distanásia?

Foram incluídos todos os estudos considerados pertinentes para o tema em estudo cujo ano de publicação não excedesse os cinco anos inclusive, isto é, que tivessem sido publicados entre o ano de 2009 e o ano de

2013 inclusive. Para permitir uma pesquisa mais ampla, foram considerados apenas os seguintes descritores: *Unidade de cuidados Intensivos, Distanásia, Ética em Enfermagem e Dysthanasia, Intensive care unit, Ethics Nursing*.

Os descritores foram inseridos nas seguintes bases de dados, sendo obtido o seguinte número de artigos: base de dados SCIELO 2 artigos, base de dados EBSCO 2 artigos e base de dados b-ON 12 artigos, totalizando 16 artigos. Inicialmente rejeitou-se 4 artigos por estarem repetidos. Após a análise dos artigos seleccionados, excluiu-se 5 artigos, por excederem a janela dos 5 anos de publicação. Posteriormente foram excluídos 3 desses por não se adequarem ao tema em estudo. Restando, portanto, 4 artigos para fazerem parte do estudo. Para melhor compreensão pode-se visualizar através do diagrama 1 a sequência utilizada.

Numa primeira fase os dados foram organizados numa tabela para melhor leitura e interpretação: ano de publicação, título do trabalho, autores, base de dados de onde foi obtido o estudo, método utilizado, local/amostra alvo, questões realizadas e as principais conclusões de cada estudo. É possível visualizar os pontos considerados acima, na tabela 1.

Diagrama 1: Sequência de inclusão dos artigos – Prisma 2009

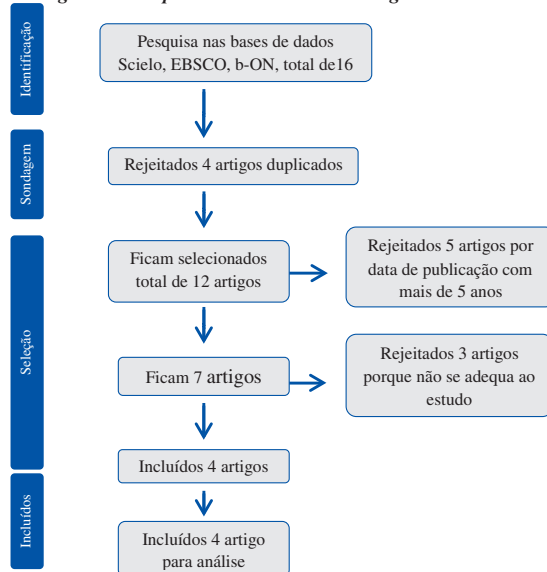


Tabela 1: Resumo dos artigos consultados

ANO	AUTOR	TÍTULO	REVISTA	MÉTODO, AMOSTRA
2009	Silva F, Pachemshy L, Rodrigues I	Percepção de enfermeiros intensivos sobre distanásia em unidade de terapia intensiva	Rev Bras Ter Intensiva	Estudo exploratório - descritivo Abordagem qualitativo Entrevista semi - estruturada gravada 9 Enfermeiros UCIP
2009	Biondo C, Silva M, Secco L	Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência	Rev Latino - am Enfermagem	Estudo exploratório - descritivo Abordagem qualitativo Questionário de questões semiabertas 9 Enfermeiros UCIP
2009	Menezes M, Selli L, Alves J	Dysthanasia: nursing professionals' perception	Rev Latino - am Enfermagem	Estudo exploratório Abordagem qualitativo Entrevista semiestruturada 10 Enfermeiros UCIP
2010	Dutra B, Santana J, Duarte A, Batista C, Attoni J, Guimarães R	Distanásia: reflexões éticas sobre os limites de esforços terapêuticos nas unidades de terapia intensiva.	R. pesq.: cuid. fundam	Revisão da literatura

Fonte: Bases de dados eletrônicas b-ON, Scielo e EBSCO.

RESULTADOS

Dos resultados obtidos emanaram as seguintes questões: Visão do enfermeiro em relação ao doente, um ser único ou um objeto? Comunicação e parceria entre equipes ou individualismo na ação? Morrer na hora certa ou prolongar o processo de morte?

Visão do enfermeiro em relação ao doente, um ser único ou um objeto?

O avanço da tecnologia permite prolongar o processo de vida/morte do doente, estando a tomada de decisão nas mãos dos profissionais de saúde (14).

Contrariamente ao que seria de esperar, os hospitais escola tem tendência a promover a distanásia, pois os alunos de medicina consideram ser capazes de trazer algo de novo para o tratamento o que implica investir desmedidamente segundo a crença que eles possuem a solução para o resolver o problema do doente (15).

Este investimento passa por aplicar técnicas e tratamentos, muitos deles invasivos, levando por vezes a procedimentos desnecessários e fúteis, pois sabe-se que em nada irá beneficiar o doente (15).

O doente é visto como uma parte técnica a ser manipulada e tratada, sendo esquecido o seu direito à dignidade enquanto ser, principalmente no momento de morrer (14).

O doente não teme a morte, mas ao tratamento desproporcional e prolongado, através de investimento

desmedido (14). Num estudo realizado em 2002, questionaram aos médicos e enfermeiros se gostariam de ser reanimados mesmo com idade avançada, ao qual afirmaram positivamente, mas ao acrescentar uma doença grave, os mesmos participantes afirmaram que não gostariam de ser reanimados (15).

O doente é tratado como mais um doente que tem um problema e que deve ser solucionado. O grande problema é quando esse tratar é despersonalizado, não tem limites direcionados ao doente, acaba acarretando sofrimento e dor sem fins benéficos (14).

Comunicação e parceria entre equipes ou individualismo na ação?

O consenso sobre quem deve tomar parte na tomada de decisão sobre a suspensão ou não de tratamentos fúteis e o prolongar do processo de morte não é unânime.

Os enfermeiros consideram que, por vezes, ocorre distanásia porque existe falta de comunicação entre médicos e enfermeiros, não sendo analisados todos os pontos de vista (15). Deste modo, sendo o enfermeiro detentor de conhecimento pertinente ao doente, pois passa grande parte do tempo com o mesmo, seria essencial a inclusão do enfermeiro no processo (16).

Os enfermeiros consideram que deveriam ter uma participação mais ativa na tomada de decisão. Frequentemente tentam intervir junto a equipe médica, mas a aceitação da sua intervenção varia de acordo com

a equipe (17).

Mencionam que quem decide o que irá ser feito é a equipa médica, embora não concordem, pois acreditam que deveria haver diálogo e partilha na decisão entre a equipe multidisciplinar (15). Deveriam ser discutidos todos os pontos de vista e quando e quais os limites das intervenções excessivas e, porque mantê-los se só está prolongando o processo de morte (14). O doente e a família deveriam inclusive ser envolvidos no processo, dando autonomia ao doente para decidir sobre que posição deveria ser tomada, pois em última instância todo o processo irá afetar o mesmo (16).

O processo deve ser claro e sincero, explicando-se o diagnóstico, procedimentos e diferentes alternativas para que a tomada de decisão seja coerente e consciente e ao mesmo tempo para que não surja esperança de recuperação quando a mesma não é viável (14).

Morrer na hora certa ou prolongar o processo de morte?

Os altos custos ligados à terapêutica e aos diversos tratamentos instituídos são justificáveis quando se vislumbra a recuperação e consequente alta do doente da UCI. Porém, nem sempre é assim que ocorre. É comum visualizar o investimento na promoção da distanásia, nomeadamente no uso de antibióticos de última geração, introdução de cateteres ou mesmo o recurso à diálise ou a reanimação do doente (15).

Os grandes recursos existentes nas UCI permitem que sejam feitos grandes investimentos nos doentes, o grande dilema é definir o limite entre o que é considerado o cuidar terapêutico e o cuidar que prolonga o processo de morte. Tendo estes recursos todos, torna-se, então, pertinente que haja raciocínio adequado, humanização no cuidar e princípios éticos presentes (16).

Num estudo realizado em 2009 os enfermeiros de uma UCIP, foram questionados entre distanásia, eutanásia e ortotanásia, qual praticavam no seu dia-a-dia. A maioria afirmou que praticava distanásia, seguindo-se ortotanásia e uma minoria afirmou praticar eutanásia (16).

Para a discussão das opções do doente é necessário que se compreenda os conceitos referidos e siga o código deontológico que rege a profissão (18). Distanásia é vista como o prolongar artificial da vida associada ao sofrimento e a uma morte lenta e cruel, opostamente surge a ortotanásia como sendo uma morte no tempo natural, sem sofrimento, conhecida como uma “boa morte” e no limite das duas surge a eutanásia como

sendo uma ação que abrevia a vida do doente (16,17).

O investimento e a opção de reanimar doentes em situações de internamento prolongado e com idade avançada levam os enfermeiros a sentirem revolta e inconformidade (15).

Não reanimar o doente que está no fim da sua vida é plausível segundo o princípio da beneficência e da não maleficência. Em suma, o objetivo é permitir ao doente ter uma morte digna no tempo certo e com conforto (19). Embora sabendo que eutanásia é uma ação proibida face ao código deontológico, a realidade é que alguns enfermeiros num determinado ponto da sua carreira vêm-se tentados a praticá-la (16). Segundo o estudo de Silva, Pachemsgy e Rodrigues em 2009, os enfermeiros que afirmaram praticar eutanásia não oficialmente, realizaram-na face à impossibilidade de impedirem o prolongamento do processo de morte do doente, sentindo angústia pelo sofrimento e dor causada (15).

Paliar ou investir?

Quando não é possível investir mais, a alternativa viável e que pode proporcionar uma morte digna sem antecipar ou prolongar a morte, evitando o sofrimento desnecessário e o investimento desmedido, será optar pelos cuidados paliativos assegurando os cuidados básicos e o conforto do doente (15). No entanto, para direcionar para os cuidados paliativos é preciso que o doente, família e profissionais de saúde aceitem a morte (3). E compreendam que com os cuidados paliativos é possível promover o bem-estar e a qualidade de vida, no fim da vida (9). Em suma, os cuidados paliativos além do acima referido, propicia uma abordagem ao doente de forma holística abrangendo as suas necessidades. Primam pela prevenção e intervenção nos sinais e sintomas que vão surgindo com o evoluir da doença, adotando estratégias comunicacionais que auxiliem o doente/família a viver o fim de vida (20).

A grande problemática surge quando a família não aceita que se chegou ao fim do percurso terapêutico e que a melhor opção para o doente são as medidas de suporte proporcionadas pelos cuidados paliativos. A pressão da família sobre a equipa médica para que se tente mais um tratamento mantém-lhes a esperança que a recuperação será possível. Em todo este processo o investimento leva ao tratamento fútil e consequente adiamento do processo de morte e prolongamento do sofrimento e dor do doente (14,17).

No entanto, por vezes nem entre as equipas médicas

existe consenso, pois cada uma tem crenças diferentes tomando posições terapêuticas diferentes, ou seja, enquanto uma decide no seu turno que se deve paliar, no turno seguinte, a equipa médica decide que é para investir criando um ciclo vicioso sem fim (15,17).

Às vezes, luta-se ferozmente contra a morte porque os profissionais de saúde não aceitam a morte como um processo natural, mas sim como um fracasso (14).

O melhor cuidado a prestar considera-se envolver o doente e a sua família no processo de cuidados, aliviando o sofrimento e respeitando-o enquanto ser, proporcionando-lhe uma morte digna (14,17).

DISCUSSÃO

A evidência demonstra que atualmente ainda se mantém a formação direcionada para a manutenção da vida, deixando-se de lado a preparação para a morte, a aceitação da medicina do fim da vida e a limitação da competência do enfermeiro para participar na tomada de decisão (3, 15, 21).

Crê-se que os avanços da medicina não acompanharam o evoluir dos tempos, mantendo-se um defasamento ético na tomada de decisão face ao doente sem perspectiva de vida (14).

A ausência do pensamento crítico do enfermeiro e a aceitação passiva da decisão médica leva a ocorrência da distanásia. Para evitar esta passividade, o enfermeiro deve refletir sobre os princípios bioéticos, e a humanização na prestação de cuidados (16).

Os enfermeiros deveriam estar presentes nas conferências familiares, pois sendo eles os profissionais de saúde que mais tempo passam com o doente, são igualmente aqueles que possuem conhecimentos mais pertinentes. Logo, para evitar problemas na comunicação e para benefício do doente, seria pertinente o enfermeiro estar presente na tomada de decisão e discussão com a família sobre o plano de cuidados do doente (14,16).

A falta de comunicação leva a dificuldades na implementação das medidas a serem adotadas, assim como na compreensão das mesmas (14).

Por vezes, luta-se ferozmente contra a morte porque os profissionais de saúde não aceitam a morte assumindo-a como um fracasso (14).

Surge assim, o investimento num processo com elevados custos que nesta fase já não contribui com benefício para o doente, levando ao prolongamento do processo de morte, afastando o doente de uma morte serena e sem sofrimento (17).

Os cuidados paliativos surgem como uma boa alternativa que permite ao doente viver o fim de vida com qualidade e conforto, podendo morrer naturalmente.

CONCLUSÕES

O avanço da tecnologia permite prolongar o processo de vida/morte do doente. Frequentemente, o doente é visto como um problema a ser manipulado e tratado, sendo esquecido que existe o fim de vida. Trata-se sem limites, promovendo sofrimento e dor sem fim benéfico porque se deseja reverter o problema.

Por vezes, a grande problemática surge quando a família não aceita que se chegou ao fim do percurso terapêutico, pressionando os profissionais para continuar o investimento. Por outro lado, determinadas equipas médicas não aceitam o fim de vida mantendo esse investimento porque sentem a morte como um fracasso. Outras aceitam o fim de vida e optam por promover cuidados paliativos.

Quando se assume o fim da vida, a melhor opção para o doente são as medidas de suporte proporcionadas pelos cuidados paliativos porque permite um morrer com dignidade, evitando o sofrimento desnecessário e o investimento desmedido, promovendo um conforto nos cuidados e manutenção do estado geral.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Sgreccia E. Manual de Bioética – Fundamentos e ética biomédica. 1 ed. Cascais: Principia Editora; 2009.
2. Bellato R, Carvalho E. O Jogo existencial e a ritualização da morte. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1): 99-104. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000100016>
3. Oliveira S, Quintana A, Bertolino K. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010; 63 (6):1077-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600033>
4. Tuncross R. Cuidados Paliativos. 2 ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2003.
5. Neves M, Lima M. Bioética ou Bioéticas na evolução das sociedades. Coimbra: Edição Luso-Brasileira; 2006.
6. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? Bioética; 1996.
7. Hottois G, Parizeau M-H. Dicionário da Bioética. Lisboa: Instituto Piaget; 2003.
8. Kovács M. Bioética nas Questões da Vida e da Morte. *Psicologia USP* 2003; 14(2):115-167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642003000200008>
9. Barbosa A, Neto I. Manual de Cuidados Paliativos. 1 ed. Lisboa: Centro de bioética. Faculdade de Medicina; 2006.
10. Thompson I, Melia K, Boyd K. Ética em Enfermagem. 4 ed. Loures: Lusociência; 2004.
11. Lei n.º 25/2012 de 16 de julho. Regula as directivas antecipadas de vontade e cria o Registo Nacional do Testamento Vital.
12. Mendes K, Silveria R, Galvão C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Florianópolis. Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4):758-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
13. Souza M, Silva M, Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer? São Paulo. *Einstein* 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
14. Dutra B, Santana J, Duarte A, Batista C, Attoni J, Guimarães R. Distanásia: Reflexões Éticas sobre os Limites de Esforços Terapêuticos nas Unidades de Terapia Intensiva. *R. pesq.: cuid. Fundam. Online* 2011; 3(1):1617-27.
15. Silva F, Pachemshy L, Rodrigues I. Percepção de Enfermeiros Intensivistas sobre Distanásia em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* 2009; 21(2):148-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2009000200006>
16. Biondo C, Silva M, Secco L. Distanásia, Eutanásia e Ortotanásia: Percepções dos Enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva e Implicações na Assistência. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(5).
17. Menezes M, Selli L, Alves J. Distanásia: Percepção dos Profissionais da Enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(4).
18. Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Procede à Primeira Alteração ao Estatuto da ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.
19. França D, Rego G, Nunes R. Ordem de Não Reanimar o Doente Terminal: Dilemas Éticos dos Enfermeiros. *Revista Bioética* 2010; 18(2):469-81.
20. Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Organização de Serviços em Cuidados Paliativos. Recomendações da ANPC. Associação Nacional de Cuidados Paliativos; 2006
21. Combinato D, Queiroz M. Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia* 2006; 11(2): 209-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>