

LA OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA COMO UNA CUESTIÓN ÉTICA: ENFERMERAS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA¹

Karen Knopp de Carvalho²

Valéria Lerch Lunardi³

La obstinación terapéutica, presente en las Unidades de Terapia Intensiva (UTIS), aún es poco discutida entre los profesionales de enfermería que son responsables por la implementación de las terapéuticas y con las cuales pueden discordar. Así, para comprender, como las enfermeras de UTIs, vienen enfrentando los tratamientos fútiles fueron realizadas entrevistas con estas profesionales. A partir del análisis de contenido de los datos, fueron construidas categorías: Obstinación terapéutica: ¿Qué es eso?; La obstinación terapéutica como la continuidad del sufrimiento; la obstinación terapéutica como la preferencia de la cura; el enfrentamiento de la obstinación terapéutica: ¿Es un cuidado humanizado? La evaluación de medidas terapéuticas que necesitan ser utilizadas en pacientes en proceso de morir y de muerte, de modo que puedan vivir su vida con calidad es fundamental. Cuando no existen posibilidades de curar, es necesario efectuar el cuidado respetando la integridad de la persona enferma. El cuidado es la base del ejercicio profesional de la enfermería.

DESCRITORES: terapéutica; salud; muerte; ética; enfermería

OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA COMO QUESTÃO ÉTICA: ENFERMEIRAS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

A obstinação terapêutica, presente nas unidades de terapia intensiva (UTIs), ainda é pouco discutida especialmente por enfermeiras, responsáveis por implementar procedimentos, dos quais, muitas vezes, podem discordar. Para compreender como enfermeiras de UTIs vêm enfrentando a aplicação de medidas terapêuticas que reconhecem como fúteis, foram realizadas entrevistas com essas profissionais e análise de conteúdo dos dados, construindo-se categorias: - "Obstinação terapêutica: o que é isso?"; - "A obstinação terapêutica como o prolongamento do sofrimento"; - "A obstinação terapêutica como a priorização da cura"; - "Enfrentamento da obstinação terapêutica: cuidado humanizado?". O trabalho demonstra a necessidade de avaliar as medidas terapêuticas a serem utilizadas com pacientes em processo de morrer e de morte, de modo que possam viver a fase final de sua vida com qualidade. Quando a cura não é mais possível, é necessário cuidar, respeitando a integridade da pessoa doente, pois o cuidado é a base do exercício profissional da enfermagem.

DESCRITORES: terapêutica; saúde; morte; ética; enfermagem

THERAPEUTIC FUTILITY AS AN ETHICAL ISSUE: INTENSIVE CARE UNIT NURSES

Therapeutic futility in intensive care units (ICUs) is still little discussed among nursing professionals responsible for implementing prescribed procedures, which they might disagree on. Therefore, interviews were carried out with ICU nurses to understand how they are coping with the implementation of futile treatments. Based on the analysis of collected data, the following categories emerged: Therapeutic futility: what is it?; Therapeutic futility extends suffering; Therapeutic futility with healing as a priority; Coping with therapeutic futility: humanized care? The study indicates the need to evaluate therapeutic measures provided to terminal patients with a view to improving their quality of life in this final phase. When healing is no longer possible, care is necessary with a view to respecting the sick person's integrity because care is the essence of the nursing profession.

DESCRIPTORS: therapeutics; health; death; ethics; nursing

¹Trabajo extraído de Dissertação de Maestría; ²Enfermeira del Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr de la Fundação Universidade do Rio Grande, Brasil, Maestría en Enfermería, Docente de la Universidade Católica de Pelotas, Brasil, e-mail: knoppcarvalho@bol.com.br; ³Doctor en Enfermería, Fundação Universidade do Rio Grande, Brasil, e-mail: vlunardi@terra.com.br.

INTRODUCCIÓN

En el ambiente de una unidad de terapia intensiva (UTI), hay múltiples cuestiones éticas que intervienen en los procesos de cuidado de personas que experimentan la vivencia de morir y de muerte. Se viene discutido mucho sobre este tema por diferentes profesionales de la salud y de otras áreas y, en especial, el derecho del paciente a morir con dignidad y la obstinación terapéutica, expresión que también puede ser empleada como sinónimo de tratamiento fútil e inútil, que tiene como consecuencia una muerte lenta y prolongada, acompañada de sufrimiento. Se trata de la actitud médica que, con el objetivo de salvar la vida de un paciente terminal, lo somete a un gran sufrimiento. Con esa conducta, poco se prolonga la vida propiamente dicha, lo que se prolonga es el proceso de morir⁽¹⁾.

En el transcurso de este texto, son utilizados con el mismo significado los términos: acto médico fútil, distanasia, futilidad terapéutica y obstinación terapéutica.

La enfermería está comenzando a discutir este tema, algunos artículos sobre el proceso de muerte y de morir apuntan la posibilidad de prolongar la vida de los enfermos, sin evaluar su calidad de vida y las reales probabilidades de sobrevivencia, así como las dificultades y el sufrimiento de las enfermeras en esas situaciones⁽²⁻³⁾. El tema es considerado de extrema relevancia para la enfermería, por ser la profesión que efectúa muchas de las terapéuticas prescritas, siendo necesario discutir éstas prácticas, como trabajadores del área de la salud, con el objetivo de definir lo que se está buscando, actualmente, como modelo de salud y de vida.

Las cuestiones relativas a la obstinación terapéutica, posiblemente están presentes en lo cotidiano de las UTIs, donde diferentes decisiones con relación al tratamiento de pacientes, en fase terminal de la enfermedad, son tomadas sin la previa discusión con los propios pacientes, sus familias y el equipo de salud, restringiéndose, comúnmente, a la deliberación de una sola persona, generalmente, el médico de plantón⁽⁴⁻⁵⁾. Los procedimientos terapéuticos a ser instituidos en los pacientes dependen del criterio médico. Sin embargo, se reflejan en el trabajo del equipo de salud como un todo y, específicamente, en la enfermería, que, al cumplir terapéuticas con las cuales no está completamente de acuerdo, puede sufrir intensamente, cuestionando los valores que fundamentan su práctica^(1,6).

Así, se buscó, comprender como las enfermeras vienen enfrentando la implementación de medidas terapéuticas que reconocen como fútiles.

EL MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

Este estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo fue elaborado siguiendo las recomendaciones de la Resolución 196/96⁽⁷⁾, y fue aprobado por el Comité de Ética de uno de los hospitales donde fue realizado el estudio, ya que, en la otra institución, el comité se encontraba en proceso de formación. Todos los sujetos firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido.

La recolección de datos ocurrió en dos hospitales de una ciudad de Río Grande del Sur: el Hospital A - institución privada de gran porte, con religiosas en el equipo de trabajadoras de enfermería que actuaban en la dirección y coordinación del servicio; el Hospital B - institución privada y de enseñanza, con alumnos de graduación y de posgraduación. La UTI de cada uno de los dos hospitales posee 10 camas y, para cada turno de trabajo contaba con una enfermera responsable, un técnico de enfermería para cada dos camas y un médico de plantón, además de contar con un fisioterapeuta. La carga horaria semanal de las profesionales de enfermería era de 44 horas.

Los sujetos de la investigación fueron enfermeras que actúan en las UTIs de esos hospitales hace más de un año y que estuvieron de acuerdo en participar del trabajo: 4 enfermeras del Hospital A y 2 enfermeras del Hospital B, identificadas en el texto por una letra seguida de números arábigos del 1 al 6. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas, con las siguientes cuestiones: ¿Qué entiendes por obstinación terapéutica?, ¿Consideras presente, en la UTI en que trabajas, esa problemática?, Sí es así, ¿Cómo reaccionas, al tener que implementar medidas terapéuticas que reconoces como fútiles?, ¿Qué sentimientos sientes al implementar esos tratamientos?, ¿Cómo enfrentas esas situaciones?, y ¿Qué estrategias consideras que podrían ser utilizadas?

Las categorías de análisis fueron elaboradas después de sucesivas lecturas de las entrevistas, a partir de su orden y clasificación, por semejanzas y diferencias, conforme las esencias descritas y la codificación de los datos recolectados⁽⁸⁾. En

permanente relación con los marcos teóricos que orientaron este trabajo, se buscó comprender como esas profesionales identifican situaciones de obstinación terapéutica, como las experimentan y los factores que influyen en las tomas de decisión, tratando de apuntar los sentimientos y posibles estrategias en el enfrentamiento de esas situaciones. Fueron construidas cuatro categorías de análisis, presentadas a continuación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Obstinación terapéutica: ¿Qué es eso?

Para comprender como las enfermeras están enfrentando la implementación de medidas terapéuticas que reconocen como fútiles, es necesario primeramente constatar si reconocen, en las UTIs en que trabajan, la presencia de esos tratamientos. Al ser cuestionadas acerca de lo que entienden sobre obstinación terapéutica y se había, en la UTI en que trabajan, la prescripción de esos tratamientos, la mayoría afirmó desconocer el significado del término (E1, E4, E5, E6). Así, se optó, después de hacer la primera pregunta y su respectiva respuesta, por leer la definición de obstinación terapéutica⁽⁹⁾.

La mayor parte de las enfermeras, a pesar del desconocimiento del término, después de la lectura, afirmó haber experimentado la referida problemática en la UTI en que trabaja, considerando la práctica muy presente, como en esta declaración: *Mira, conocimiento del término mismo yo tenía poco, tanto que tuve que preguntarte sobre lo que era, que yo no tenía idea,, solamente que después que tú me aclaraste lo que es, yo hasta se que lo viví mucho aquí dentro de la UTI* (E1).

El referido desconocimiento refleja la prevalencia que se tiene, todavía hoy, en el contexto hospitalario, de un modelo predominantemente técnico, en que la práctica y la técnica son excesivamente valorizadas, en detrimento de aquella más humanista⁽¹⁰⁾. Así, el trabajo de las enfermeras parece estandarizado, priorizando el mantenimiento del orden en la unidad y la atención del paciente en sus necesidades biológicas. Sin embargo, tal vez esas necesidades no están siendo bien atendidas, ya que son analizadas y definidas preponderantemente por los profesionales de la salud, ignorando la voluntad del paciente. Es probable que por medio del pensamiento crítico, se puedan introducir cambios en

muchas prácticas que todavía son adoptadas como adecuadas y aceptables en las UTIs.

A pesar de que la obstinación terapéutica es un problema cotidiano de la UTI, su percepción y problematización por las profesionales puede exigir un gran conocimiento teórico de esa temática. Ese desconocimiento puede permitir que conductas distansicas sean identificadas como normales y necesarias en los tratamientos de los pacientes.

La obstinación terapéutica como el prolongamiento del sufrimiento

Algunas enfermeras explicaron que entienden la obstinación terapéutica como la conducta de extender el tiempo de vida de un paciente que está en fase terminal de la enfermedad, prolongando su sufrimiento. *Es prolongar el tiempo de un paciente que tú sabes que va a morir, que tú puedes usar todos los recursos posibles que poco servirán. Es difícil revertir ese cuadro. Yo siento bastante pena de esas personas, no porque van a morir, más bien porque pasan por ese sufrimiento que tú sabes que no lleva a nada* (E5).

Debido, posiblemente, a la falta de comprensión y de discusión de lo que realmente puede, o mejor, de lo que necesita ser hecho en cada paciente que está en una situación terminal⁽¹¹⁾, algunas enfermeras expresaron la percepción de estar implementando terapéuticas fútiles, ocasionando sufrimiento al paciente, lo que les desencadenaba sentimientos antagónicos. *[...] A veces tú sientes rabia, de que estás haciendo alguna cosa que es fútil, que poco va a cambiar la situación de ese paciente, sin embargo creas un vínculo y piensas que eso es hasta mejor y tú piensas que en el fondo, en el fondo, quien sabe, tienes una esperanza* (E3).

En la perspectiva de la obstinación terapéutica, la inversión indeterminada, de recursos, en el tratamiento de la cura del paciente, aliado al sentimiento de esperanza de su mejoría, parece ser motivado por las dificultades que tienen las enfermeras en lidiar con la muerte y el morir, y por el poco reconocimiento de la impotencia en evitarlas, ocurriendo, así, una implementación de terapéuticas que mantienen la ilusión de que la cura será alcanzada, incluso con una posibilidad realmente escasa.

La implementación de tratamientos distansicos parece basarse, también, en las *concepciones religiosas* de las enfermeras, considerando que la enfermedad y el sufrimiento, provenientes de ella, pueden ser un rescate de deudas

por errores cometidos en el transcurso de la vida del paciente. *Yo pienso, mi Dios, a veces yo creo que tenemos que pagar bastantes cosas aquí en la tierra, para demorar tanto así para morir, todavía más invirtiendo de esa manera, prolongando cada vez más* (E6). De esa forma, parece justificarse el máximo prolongamiento de la vida, sin preocuparse con la calidad de vida que está siendo prolongada, así como con el sufrimiento del paciente en ese proceso y sin cuestionamientos acerca de sus deseos y opciones en lo que se refiere a lo que está enfrentando. [...] *aquí en la UTI yo tengo funcionarios muy religiosos que dicen que en cuanto hay vida tenemos que continuar tratando* (E3).

La calidad de vida, tratándose del tema de la obstinación terapéutica, inclusive siendo subjetiva, puede ser entendida como el proceso de morir sin dolor y sin sufrimiento, respetando los deseos del paciente y posibilitando que él y su familia compartan sus experiencias⁽¹⁰⁾.

La obstinación terapéutica como prioridad del tratamiento

Otras enfermeras apuntaron que la obstinación terapéutica sería la ejecución de una terapia que reconocen como fútil, sin embargo, necesaria, ya que hay que dar prioridad al tratamiento del paciente, como se puede percibir en este diálogo: [...] *ya, nosotras tenemos la costumbre, sí, de aquí en la UTI continuar invirtiendo recursos en el paciente, muchas veces sabiendo que es un paciente terminal y que no tendrá retorno. La inversión es grande en términos de antibióticos caros, la ventilación, el mejor respirador; no invertimos recursos cuando es un paciente con muerte cerebral, allí no. Porque en los otros es hecho toda la inversión. Hay casos en que el paciente no va a tener retorno, en que el médico continúa invirtiendo. Sabemos que aquel paciente en esas condiciones no se va a recuperar, solamente que nosotras, por lo menos yo, digo yo, yo voy sí es necesario administrar esa medicina, yo voy. La asistencia de enfermería, ella es completa, para mí. Yo nunca tengo dudas, nunca voy con rabia, es verdad. Yo voy con aquella seguridad de lo que tengo que hacer* (E1).

Muchas de las medidas adoptadas por esas profesionales pueden estar guiadas por el principio del beneficio, pensando que, por medio del mantenimiento de la vida, están beneficiando el paciente y minimizando los daños, como la muerte, aparentemente, creyendo que "en cuanto hay vida, hay esperanza". Expresiones como esas son escuchadas frecuentemente en el contexto hospitalario

y demuestran la necesidad que tienen los profesionales de la salud de tratar condiciones en las cuales tienen convicción de lo que debe ser hecho, sin espacio para dudas y cuestionamientos. Así, decisiones entre la vida y la muerte deben ser tomadas entre esos parámetros, siendo necesario continuar luchando por la vida hasta que se tenga la seguridad de la muerte⁽¹¹⁾. De esa forma, las profesionales pueden estar implementando cuidados, tratando de evitar la muerte del paciente.

El hecho del paciente ser despersonalizado, durante ese proceso, su real recuperación no puede más ser desconsiderada, ya que no hay tiempo a perder con cuestionamientos. Cuando la salud es apenas la ausencia de enfermedad y la medicina es apenas tecnología científica y curativa, la atención del equipo de salud tiende a restringirse a la patología a ser curada. Sin embargo, es necesario cuestionarse sí el beneficio puede ser reducido simplemente a alcanzar la cura, independientemente de su posibilidad real y de los sufrimientos asociados. En la perspectiva de la salud como un estado de bienestar global, en el que participan los aspectos físico, mental y social, lo que se debe tratar es el paciente, considerando el beneficio como el conjunto de factores que pueden llevar al bienestar⁽¹²⁾.

Muchas veces, los profesionales de la salud pueden no tomar consciencia o pueden, inclusive, negar que estén decidiendo sobre el destino de los pacientes. Sin embargo, las diferentes actitudes, tales como la decisión del médico de internar en la UTI, la opción por un determinado tratamiento, las órdenes verbales de ejecutar ciertas maniobras de reanimación cardiopulmonar y la implementación por la enfermería de rutinas de cuidado significan decisiones sobre el proceso de vivir y hasta de morir de las personas y de cómo sus familias experimentarán el proceso de morir del familiar enfermo, considerándose apenas, por ejemplo, su alejamiento físico como consecuencia de la internación en un ambiente cerrado y de difícil acceso.

Las maniobras de reanimación cardiopulmonar, algunas veces, son desencadenadas por las enfermeras, basadas en órdenes verbales previas, como, comúnmente, en el caso de plantones nocturnos, en que el profesional da inicio a la reanimación hasta que el médico se presente. Otras veces, esas maniobras son desencadenadas por el médico de plantón, que decide por su realización, frecuentemente, sin evaluación anterior de las

chances de recuperación del paciente, ni con el conocimiento previo de sus deseos y/o los de sus familiares, teniéndose como único objetivo evitar la muerte. Hay casos extremos en que la familia interviene, espontáneamente, solicitando ser considerada, como es relatado a continuación. *Yo tuve una niña de 15 años internada mucho tiempo aquí, por una insuficiencia respiratoria, después de una parada, nosotros nunca supimos del diagnóstico. Ella fue para el cuarto, estuve dos veces en el cuarto y volvió para nosotras la parada, y nosotras siempre revertiendo, revertiendo. Y la última vez ella quedó internada en el hospital por un año y creo que en la cuarta internación de ella en la UTI, ella entró en paro cardiorrespiratorio y nosotras fuimos a revertir a la niña; nosotras teníamos todas las camas ocupadas, montamos una cama extra dentro de la UTI, quedamos con la 11° cama. Cuando comenzamos a revertir a la paciente, ella ya estaba entubada, la madre golpeó la puerta y pidió que no se reanimase más a su hija. Esto sucedió en mi plantón, yo fui llamada y la madre me pidió. En el momento así fue una cosa que no racioné, volví, parece que yo no había escuchado aquello allí, negué. Volví, comuniqué a la médica que también tomó un susto, el equipo tomó un susto, la médica fue a la puerta conversó con la madre. Ella dijo: "... mi hija está sufriendo, hace un año que yo vengo con este sufrimiento, mi hija está sufriendo, y no estoy viendo vuelta, yo no estoy viendo retorno y yo no quiero que ustedes reanimen a mi hija". La médica volvió y dijo: "vamos a parar". Cuando ella dijo eso, yo quede parada. Así, para tratar de entender aquella madre, porque es difícil una madre llegar y decir: "no reanime más a mi hija". Nosotras no la reanimamos, paramos con todo, quien estaba en el ambulatorio. Aquella tarde fue una tarde de silencio, cada uno cuidando de sus pacientes, no se escuchó nada, no se escuchaba un comentario (E1).*

De esa forma, los recursos terapéuticos pueden estar siendo usados abusivamente, valorizando la vida, independientemente de sus condiciones, creando situaciones en que se puede identificar la obstinación terapéutica, no existiendo definiciones claras de lo mejor a ser hecho para el paciente, como puede ser también percibido en este diálogo: *[...] tú ves que el paciente está allí solamente por el hecho de la medicación. Tú sabes que va terminar aquel hecho y él va a parar nuevamente. El paciente para y ellos continúan reanimando. Yo llegué a escuchar: "... tiene que sostenerse hasta las ocho que es la hora que yo salgo" (E5).*

Las maniobras de reanimación pueden ser implementadas por recelo que tienen los profesionales de la salud de comprometerse legalmente por dejar de ofrecer los recursos terapéuticos a los pacientes. En otras situaciones, hay opción por no realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar, donde no

existe cualquier tipo de registro en la ficha del paciente y, de la misma forma, cuando ellas son realizadas, la familia no acostumbra a ser previamente consultada. Parece existir recelo, indefinición e inclusive desconocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre hasta qué punto utilizar recursos en la búsqueda de la cura de un enfermo.

El escoger no reanimar al paciente no excluye que otros cuidados de enfermería y médicos sean realizados, ya que implicarían en el abandono de los cuidados básicos necesarios. En la medida en que el paciente es considerado incurable, los recursos terapéuticos destinados al cuidado deben sobreponerse a los destinados a la cura. Así, los cuidados básicos de enfermería, tales como: higiene oral, cuidados con la piel, cambios de posición del paciente, entre otros, deben ser mantenidos⁽¹³⁾.

Enfrentamiento de la obstinación terapéutica: ¿Es un cuidado humanizado?

Algunas enfermeras apuntaron como estrategias de enfrentamiento para cuestiones referentes a la obstinación terapéutica la adopción de un *cuidado humanizado*, sin embargo, no fue apuntado como podría ser implantado. Aquí, se considera que la implementación de un cuidado humanizado implica, primeramente, personalizar el paciente internado en la UTI.

El diálogo de E1, al referirse a un paciente tetrapléjico que se encontraba internado en la unidad hace muchos meses, presentando varias complicaciones, como insuficiencia respiratoria, traqueotomía, con la consecuente dificultad de retirar el respirador, pérdida de peso, entre otros, denota la dificultad de las enfermeras de comunicarse con el paciente, imposibilitando el conocimiento de lo que este desea para sí, lo que puede estar contribuyendo para que ocurran conductas obstinadas, terapéuticamente. *Él no se comunica, entonces, no sabemos nada, y claro, no tenemos el valor de preguntar si él sabe que no se puede mover. Es una situación... Nosotras ya le dijimos a él que no se puede mover, que tiene que hacer un examen, que no hay seguridad. Todas las veces que dialogamos, al final acabas siempre dando una esperanza para el paciente, porque no eres nunca definitiva. En la enfermería nadie es, nosotras vamos tratando, vas a realizar un examen, "... vamos a ver si vas a conseguir recuperarte, tienes fisioterapia", acabas siempre dando una esperanza. Nosotras nunca le decimos al paciente lo que realmente tiene. Entonces son cosas que no son trabajadas, es muy difícil de enfrentar (E1).*

Es posible percibir la dificultad experimentada por muchas profesionales al escuchar al paciente. Antes que él trate de expresarse, ya le son dadas explicaciones aparentemente convenientes, como una protección para no abordar temas que se refieren a la revelación del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, a la muerte y a al morir. Posiblemente debido a las dificultades en abordar ese tema, no se abra espacio para el diálogo, pudiendo reprimir posibles dudas y cuestionamientos que el enfermo pueda hacer.

Parece necesario escuchar más al paciente, dialogar sobre sus valores relacionados al proceso de morir y de muerte, perspectiva de vida, el modo como los síntomas de la enfermedad y del tratamiento lo afectan. Es importante que más de un profesional converse con el paciente, obteniendo informaciones y discutiéndolas en reuniones multiprofesionales periódicas sobre lo mejor a ser hecho. A pesar que las enfermeras ocupan una gran parte de su tiempo, comúnmente escaso, con varios quehaceres, a veces, excesivos, es necesario dar prioridad al diálogo debido a su fundamental importancia en el establecimiento de criterios para el tratamiento del paciente⁽¹⁴⁾.

En el *diálogo* entre enfermera y paciente, es importante, también, esclarecer las opciones de cuidados a ser implementados y sus posibles consecuencias, ya que, para que el enfermo tenga condiciones de escoger, es necesario que las conozca. En el modelo de asistencia de cuidados paliativos, que se caracteriza por el control de pacientes con una enfermedad activa y progresiva en fase avanzada, para los cuales el pronóstico es limitado y el foco de los cuidados es la calidad de vida, se considera indispensable utilizar algún tiempo para el esclarecimiento de las opciones para el paciente y sus familiares⁽¹⁵⁾.

De esa forma, el inicio de un diálogo puede ser establecido, antes de la realización de procedimientos y de la implementación de terapéuticas, por medio de solicitar el consentimiento del paciente, reconociéndolo como sujeto y manteniendo el carácter humano de las relaciones entre individuos que experimentan situaciones radicales de extrema vulnerabilidad. La solicitud del consentimiento es un procedimiento mínimo y obligatorio que demuestra responsabilidad con el paciente y lo protege de eventuales abusos, garantizando y promoviendo que las relaciones, entre personas que no se conocen, permanezcan éticas⁽¹⁶⁾.

Además del diálogo con el paciente, es importante que las enfermeras conversen con el equipo de enfermería, con el médico y otros profesionales que pueden actuar en la asistencia, estableciendo corresponsabilidad y construyendo el trabajo en equipo, como forma de producir un mayor compromiso del todo en beneficio del enfermo, estableciendo, conjuntamente, las mejores conductas a ser seguidas. Dentro de esas complejas relaciones, el conjunto de profesionales se responsabiliza por relacionarse con el paciente y sus familiares, integrándolos a los cuidados prestados, como forma de volverlos activos y capaces de ser responsables.

Se cree que el ejercicio del pensamiento es una importante estrategia de instrumentalización para el cuidado de pacientes en fase terminal de la enfermedad, además de posibilitar reflexionar sobre las mejores conductas a ser adoptadas, evitando la distanacia.

Además, el proceso de formación de las profesionales de enfermería necesita incluir la discusión de cuestiones éticas, como la obstinación terapéutica, preferentemente, en situaciones prácticas y de etapas, con el objetivo de que el profesional haga una alianza de la competencia técnica con la sensibilidad humana.

CONCLUSIÓN

La obstinación terapéutica se caracteriza por ser una problemática de la actualidad. Ese evento está muy presente en las unidades de terapia intensiva, donde los diversos instrumentos de alta tecnología son capaces de mantener la vida, inclusive en los casos de comprometimiento de órganos vitales y de otras estructuras.

La reflexión sobre los significados de las prácticas experimentadas y de los valores considerados en la evaluación para escoger terapéuticas que serán utilizadas es importante, en la medida en que posibilita introducir cambios en el tratamiento. No implementar tratamientos para curar no significa dejar al paciente morir; significa aceptar el proceso de muerte, que no tiene como ser evitado. Las enfermeras pueden contribuir para mantener la calidad de vida, realizando cuidados que posibiliten disminuir el dolor físico y el sufrimiento psíquico atendiendo a los deseos del paciente, así como favoreciendo una mayor aproximación con sus familiares.

Una relación ética y que respete la autonomía del paciente puede establecerse con pequeñas actitudes, como decidir con el paciente el momento más conveniente para tomar su baño de cama, aceptar su recusa en ingerir alguna medicina, dar prioridad a su privacidad al realizar procedimientos que expongan su cuerpo, llamarlo por su nombre, importarse sí algún procedimiento le causa dolor. Otras estrategias de enfrentamiento pueden ser discutidas por los propios equipos de salud que actúan en las UTIs, así como de otros estudios y discusiones.

El trabajo demuestra la necesidad y la importancia de asumir el gran desafío ético de evaluar las medidas terapéuticas que deben ser utilizadas en el tratamiento de pacientes en proceso de morir y de muerte, garantizando que vivan las fases finales de sus vidas con calidad, considerando que, cuando la cura no es más posible, es necesario cuidar, preocupándose con la persona enferma y respetando su integridad, recordando que el cuidado es la base del ejercicio profesional de la enfermería.

REFERENCIAS

1. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2001.
2. Costa Juliana Cardeal da, Lima Regina Aparecida Garcia de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2005 Abr [citado 2008 Dez 27]; 13(2):151-157 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200004&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692005000200004.
3. Poles Kátia, Bouso Regina Szylit. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2006 Abr [citado 2008 Dez 27]; 14(2): 207-213. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200009&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692006000200009.
4. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas Atuais de Bioética. 6a ed. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2002.
5. Pinheiro CTS. O paciente e seu Atendimento em Terapia Intensiva. In: Barreto SSM, Vieira SRR, Pinheiro CTS, organizadores. Rotinas em Terapia Intensiva. 3a ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001. p. 25-30.
6. Kipper D. O Problema das decisões médicas envolvendo o fim a vida e propostas para nossa realidade. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v7/simposio.htm>. , 2005.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (BR): O Conselho; 1996.
8. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5a ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1998.
9. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
10. Esslinger I. De quem é a vida afinal? São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
11. Braz E, Fernandes LM. Buscando maneiras para o ensino sobre finitude para graduandos de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2001 setembro-dezembro; 10(3):138-51.
12. Martin LM. A ética e a humanização hospitalar. In: Pessini L, Bertanchini L, organizadores. Humanização e Cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola; 2004. p. 31-49.
13. Pithan LH. Dignidade humana como fundamento jurídico das "ordens de não-ressuscitação" hospitalares. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004.
14. Santos M, Santos DV dos, Massarollo MCKB. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética. Rev. Latino-am Enfermagem 2004 setembro-outubro; 12(5):790-6.
15. Menezes RA. Em busca da boa morte antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: Fiocruz; 2004.
16. Neves MP. Contexto Cultural e consentimento: uma perspectiva antropológica. In: Pessini L, Garrafa V, organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 487-98.