

O “NÃO” À MORTE OFERECE O “SIM” À OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA?
DOES THE “NO” TO DEATH OFFER THE “YES” TO THERAPEUTIC OBSTINATION?
EL “NO” A LA MUERTE OFRECE EL “SÍ” A LA OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA?

Karla Cristiane Oliveira Silva¹
Elisabeta Albertina Nietsche²
Stefanie Griebeler Oliveira³
Alberto Manuel Quintana⁴
Silomar Ilha⁵

RESUMO: **Objetivo:** este artigo busca discutir a negação à morte e a prática da obstinação terapêutica. **Método:** foram desenvolvidas duas categorias reflexivas, sendo a primeira a cultura de negação à morte, e a segunda, a tecnologia no “afastamento” da morte. **Resultados:** na primeira foram descritos aspectos psicossocioculturais que abarcam os significados da finitude humana e possíveis ações que poderiam esconder o fim da vida do cotidiano das pessoas. A segunda discorre sobre definições da obstinação terapêutica, questões bioéticas sobre o tema e as formas de profissionais e familiares conduzirem esta prática. **Considerações finais:** o “não” à morte pode favorecer a obstinação terapêutica e, enquanto permanecer a cultura de negação à morte e a utilização abusiva da tecnologia para estender a vida, o desafio de consolidar ações mais humanitárias nas práticas de saúde será ainda maior.

Descritores: Futilidade médica; Tanatologia; Bioética; Profissional de saúde.

ABSTRACT: **Objective:** this article aims at discussing the denial of death and the therapeutic obstination practice. **Methods:** two reflexive categories were developed. The first one was the culture of denial of death, and the second one was the technology to “put death away”. **Results:** in the first category, psycho-socio-cultural aspects were described, approaching the meanings of the human finitude, and possible actions that could occult the end of life from the routine of people. The second one concerns definitions of therapeutic obstination, bioethical questions that approach such matter, and professional and family interventions for the development of such practice. **Conclusion:** the “no” to death may favor therapeutic obstination, and, while the culture of denying death and the abusive use

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Assistente do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (GEPES)/UFSM e do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas em Educação e Saúde (GIPES)/UNIFRA. E-mail: k.karla@live.com

²Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Associada da UFSM. Pesquisadora do CNPQ e FAPERGS. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Faz parte do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior -SINAES do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Coordenadora do GEPES. E-mail: enitsche@terra.com.br

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro dos Grupos de Pesquisa: Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde (NEIS/UFSM), Cuidado, Saúde e Enfermagem (UFSM); e, Grupo de Estudos Culturais na Educação em Saúde e Enfermagem (UFRGS). Bolsista Capes. E-mail: stefaniegriebeler@yahoo.com.br

⁴Psicólogo. Doutor em Ciências Sociais (Antropologia Clínica) pela PUC - São Paulo. Professor Associado III do Departamento de Psicologia da UFSM. Docente dos Mestrados em Enfermagem e em Psicologia da UFSM. Coordenador do NEIS. E-mail: albertom.quintana@gmail.com

⁵Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do GEPES/UFSM e do Grupo de Estudo em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPES)/UNIFRA. E-mail: silo_sm@hotmail.com



of technology regarding extending life remain, the challenge to pursue more humanitarian actions considering health practices will be even greater.

Descriptors: *Medical futility; Thanatology; Bioethics; Health professional.*

RESUMEN: *Objetivo: este artículo busca discutir la negación a la muerte e la práctica de la obstinación terapéutica. Método: fueron desarrolladas dos categorías reflexivas, siendo la primera la cultura de negación a la muerte y la segunda, la tecnología en el “alejamiento” de la muerte. Resultados: en la primera fueron descritos aspectos psicosocioculturales que abarcan los significados de la finitud humana y posibles acciones que podrían esconder el fin de la vida del cotidiano de las personas. La segunda discurre sobre definiciones de la obstinación terapéutica, cuestiones bioéticas sobre el tema y las formas de profesionales y familiares conducir esa práctica. Consideraciones finales: el “no” a la muerte puede favorecer la obstinación terapéutica y mientras permanezca la cultura de la negación a la muerte y la utilización abusiva de la tecnología para extender la vida, el desafío de consolidar acciones más humanitarias en las prácticas de salud será todavía mayor.*

Descritores: *Inutilidad médica; Tanatología; Bioética; Profesional de salud.*

INTRODUÇÃO

A morte, desde os primórdios da existência humana, sucessivamente, constituiu-se em um evento complexo que causa medo, especialmente do desconhecido, uma vez que é manifestada não pela minha, mas pela morte alheia. Em outras palavras, a consciência da morte é a da morte do outro.¹

Na sociedade contemporânea, ante uma cultura de negação à morte, as consequências frágeis dos avanços tecnológicos, muitas vezes desumanas e focadas em salvar a vida do doente, proporcionaram uma equívoca fantasia de onipotência sobre a morte. Assim sendo, faz-se necessária a discussão acerca dessa negação, a qual, acredita-se, pode aumentar a prática distanásica.²⁻³ Conceitualmente, a distanásia é definida como sendo a morte prolongada, sofrida, causada por tentativas infundadas de curar a morte, quando o profissional de saúde lança mão de toda a tecnologia disponível em seu meio.⁴ Os pacientes que correm mais riscos de serem submetidos a essa prática encontram-se internados nos grandes centros hospitalares que dispõem dessas tecnologias⁵, nos quais os profissionais da saúde vivenciam intensos conflitos éticos relacionados ao crescente uso de tecnologias ambíguas no tratamento de pacientes terminais, com o consequente prolongamento do processo de morrer e morte.⁶⁻⁷

Nesse sentido, partindo de discussões realizadas no Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde e na disciplina de Tanatologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, ambos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), questiona-se se a prática da obstinação terapêutica encontra-se relacionada à cultura de negação à morte. Com base nesse ponto de tensão, este artigo tem o propósito de discutir questões referentes à negação à morte e à prática da obstinação terapêutica, ou distanásia, como uma das formas de concretização do ato de recusa à finitude do homem. Para isso, foram desenvolvidas duas categorias reflexivas: cultura da negação à morte; e a tecnologia no “afastamento” da morte.

Cultura da negação à morte

Apesar do passar dos tempos e das diferenças histórico-culturais, sociais e religiosas observadas entre os distintos povos, as quais ora naturalizaram a morte, ora tornaram-na terrivelmente repugnante, o medo permanece. Segundo o senso comum, a

esperança (de não morrer) é a última que morre, seja no dito dos antigos ou no desejo dos jovens. Por outro lado, na atualidade, em se tratando de serviços que prestam cuidados paliativos, diz-se que a esperança é, justamente, a única que não morre.⁸

Nesse contexto, há a necessidade do homem se manter vivo, ainda que seja depois da morte. Ouve-se, popularmente, que, antes de morrer, o homem deve “escrever um livro, conceber um filho e plantar uma árvore”. Parece que, depois de atingir tais metas, pode-se morrer em paz, uma vez que a posteridade já foi planejada: o livro pode durar uma eternidade; o filho permanecerá no mundo dos vivos para dar continuidade aos genes de seus pais, pelos traços físicos e sobrenomes que carrega, além de criar seus próprios filhos, e assim sucessivamente; e a árvore pode viver séculos depois do falecimento de quem a cultivou. No entanto, o desejo de imortalidade implica não no fato de se ignorar a morte, mas, inversamente, no reconhecimento de sua prometida chegada.⁹ Nega-se a morte como extermínio da existência humana mas, ao mesmo tempo, concebe-se esse evento como algo real.

Mas, e quando são os profissionais da saúde que negam ou isolam a morte de suas vidas e de seu trabalho? Esses profissionais, ao se depararem na linha de frente, na batalha contra a morte, manifestam preocupações subjetivas e afetivas, sentem-se confusos e sozinhos perante a ausência de uma referência para elaborar suas questões e (re)formular respostas para conviver com suas dificuldades.¹⁰ Uma delas, e talvez a principal, é a de não poderem expor seus sentimentos para os colegas de profissão, pois existe o medo de não serem compreendidos, de sofrerem represália ou julgamento ou, ainda, de serem ridicularizados ou criticados no ambiente formal de trabalho.¹¹⁻¹² Dessa forma, como falar sobre as dificuldades e limitações?

Desde a formação acadêmica, são apresentadas aos futuros profissionais de saúde a frieza e a imparcialidade diante da morte. No primeiro contato com ela, por meio dos cadáveres, ou das “peças” das aulas de anatomia ou patologia, os graduandos que se sentem mal ao ver uma necropsia, por exemplo, são encarados como inaptos à profissão, já que não “aguentam ver sangue” ou “são frouxos”. O aluno, assim, se vê desafiado ao sentir seus brios de futuro profissional de saúde e de indivíduo revirados em meio a piadas e escárnio de colegas ou de professores.¹³

Nesse sentido, a prática profissional, outrora com o objetivo de promover, preservar e recuperar a saúde, atualmente tem outro fim: ser adversária inflexível da morte.¹³ Sente-se revolta quando um jovem morre, visto que a aceitação da finitude humana torna-se mais difícil no início da vida, situação que potencializa sentimentos negativos de impotência e frustração por parte da equipe.¹⁴

Incessantemente, rejeita-se a morte, mas, de forma paradoxal, como não se pode recusar a existência desse evento, tenta-se, no mínimo, dominá-lo.¹¹ Nesse contexto, “o pavor de perder a salvação eterna foi substituído progressivamente pela esperança de viver mais, de postergar a morte, de ser surpreendido por uma descoberta científica capaz de cancelá-la”.^{14:2} Como consequência, controlar a morte transformou-se em finalidade científica, sobretudo em decorrência dos avanços técnico-científicos observados nas últimas décadas (e muito desejados para as próximas).

Na incansável luta pelo domínio da morte em seu eterno, porém inútil, desafio, o homem recorre a eufemismos a fim de proteger-se de sofrimentos desencadeados pela sua própria finitude, previamente concretizada no corpo cadavérico de uma pessoa querida ou mesmo de um desconhecido. No imaginário relacionado ao corpo morto, em decomposição, “conscientemente ou não, a putrefação opõe-se à construção psicológica do corpo sadio, ideal. Culturalmente, o homem não foi provido de defesas psicológicas para aceitar a inexorabilidade dos vermes. Daí a negação e o medo da morte”.^{1:104} Assim, diversas práticas, desde a Pré-História, tais como o endocanibalismo, embalsamento, cremação e afastamento dos mortos para fora da cidade objetivam a proteção contra a finitude humana.⁹

A tecnologia no “afastamento” da morte

A evolução das ciências médicas originou importantes avanços no tratamento e cura de patologias graves que, anteriormente, eram sinônimo de fatalidade. Essas perspectivas fascinaram o homem determinando uma consciência de onipotência para todos os problemas, inclusive para a morte. Contudo, os avanços tecnológicos também desencadearam diversas atitudes de dúvida interpretação e de caráter bioético impreciso, especialmente em se tratando da terminalidade da vida.²

A morte, na atualidade, é silenciada, fria, asséptica, solitária. É determinada nas salas de emergência e nas Unidades de Tratamento Intensivos (UTIs), na companhia (ou não) de funcionários que, ocasionalmente, apenas cumprem sua rotina laboral. São pessoas estranhas ao moribundo, sem envolvimento sensível ou preparo para lidar com o processo de morrer. A partir desse despreparo, as atitudes dos profissionais de saúde, como seres humanos que são, podem culminar na negação à morte, especialmente porque a maioria dos pacientes é anônima às suas vidas externas ao ambiente de trabalho.¹⁵ É nesse sentido que a tecnologia hospitalar, por si só, não garante a qualidade e conforto necessários para uma recuperação que envolva aspectos psicossociais do paciente. A tecnologia é de suma importância, porém é dependente de como e com qual fim ela é empregada, pois, na verdade, os pacientes desejam uma tecnologia que melhore sua condição, mas também aspiram uma assistência verdadeiramente mais humanizada.²

Em decorrência da desumanização do cuidado observado nas últimas décadas e aos avanços da medicina, há muitos doentes “jogados” em hospitais sem quaisquer perspectivas de melhora do seu sofrimento.¹⁶ Comumente, os doentes que estão no limite entre a vida e a morte dependem de uma “parafernália tecnológica”, a qual pode não aliviar nem a dor, nem o sofrer, nem trazer a certeza do aumento do tempo de vida. Assim, a medicina gera um culto idólatra pela vida, estabelecendo a fase terminal como uma luta infatigável contra a morte.

Os hospitais, com o objetivo estampado de “salvar vidas”, e aplicando tecnologia de ponta e a mais sofisticada, podem, porventura, não se importar com o quanto ela pode ser agressiva, dolorosa e desconfortável para o paciente. Nesses casos, o que realmente importa é que a instituição possui essa tecnologia, e, por conseguinte, detém o poder de oferecê-la em relação às instituições que não a possuem.²

As equipes de saúde recorrem a procedimentos e terapias inúteis, desencadeando um tratamento desproporcional, fútil, o qual apenas posterga a morte do paciente terminal.¹⁷ Esse paciente é considerado fora das possibilidades terapêuticas, encontrando-se em estado grave e irreversível, independentemente de receber tratamento médico ou não. A probabilidade de morrer é alta, sendo a morte esperada em um período relativamente curto, porém variável, de tempo.¹⁸ Contudo, sem perspectivas de melhora, os pacientes podem ser levados a um sofrido processo de morrer, pois os médicos os submetem a procedimentos e tratamentos excessivos, muito além do que eles próprios optariam para si.¹⁹ Não obstante, os profissionais de saúde consideram a morte do paciente como um ato falho de sua ciência, e, frustrados, se encerram sentimentos de culpa por não conseguirem evitá-la.

São feitas inúmeras críticas às profissões da área da saúde, pelo fato de não aceitarem as limitações diante da morte, uma vez que os profissionais terminam por manter os pacientes vivos a qualquer preço, não levando em consideração sua qualidade de vida após inúmeros procedimentos fúteis para a manutenção exaustiva da vida. Ao mesmo tempo, apesar das críticas, a graduação ainda ensina (quando ensina), erroneamente, seus alunos sobre o modo de lidar com a morte: “não se envolva com o paciente”, “se ele morrer, você vai se sentir culpado”.¹

Assim sendo, deseja-se lutar infatigavelmente pela vida, visto que o profissional não quer carregar a culpa ou a responsabilidade pela morte do paciente. Este esforço em lutar pela vida promove o tratamento agressivo e inútil do ponto de vista curativo. As pessoas são “cada vez mais ‘mantidas vivas’, tanto com máquinas que substituem órgãos vitais, como com computadores que as controlam periodicamente para ver se alguma função fisiológica merece ser substituída por equipamento eletrônico”^{11:20}, demonstrando a grande tecnicidade e medicalização da morte no contexto médico-hospitalar hodierno.

Definir distanásia, obstinação terapêutica, tratamento fútil, encarniçamento terapêutico, ou outros sinônimos, é extremamente complexo, pois os médicos recorrem a diferentes métodos qualitativos e quantitativos para determinar o prolongamento do processo de morrer do paciente.²⁰ A distanásia pode ser entendida como sendo a morte vagarosa, ansiosa e sofrida, decorrente de tratamentos inúteis ou fúteis para manter o paciente vivo, por meio de medidas extraordinárias, geralmente caras, invasivas e tecnologicamente complexas.¹⁸

Os doentes e/ou seus familiares, apesar de ordenarem que seja empregada a obstinação terapêutica, não desejam que, com esses esforços, seja culminada a “destruição” do paciente.²¹ O tratamento conduzido em pacientes sem possibilidades terapêuticas busca, interminavelmente, a cura ou o avanço da ciência a fim de descobrir algo milagroso que ainda não existe. Aqui há uma dupla negação à morte: do paciente, que exige a obstinação terapêutica, e do médico, que acata o pedido (que muitas vezes é encarado como ordem) e o realiza.

Há certa crença de que o progresso científico “poderia dominar o mundo natural [...] e alcançar um estado de saúde, bem-estar e felicidade totais, cujo mentor seria o médico”.^{13:99} Todavia, existe a consciência de que é humanamente impossível um completo estado de bem-estar, especialmente durante o processo de morrer, com a utilização de técnicas e equipamentos hospitalares ultramodernos.²

Um documento, em utilização desde 1987, nos Estados Unidos, denominado *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying* (Orientações sobre a Terminalidade de Vida e o Tratamento de Suporte no Cuidado para o Morrer), preconiza que, no caso de um paciente, ou seu responsável, requerer um tratamento que o profissional avalia como fútil, o profissional não tem o comprometimento de ministrar tal terapêutica.²²

Recorda-se que a tradição hipocrática recomenda aos médicos que não se esforcem em curar pacientes absoluta e irreversivelmente doentes.¹⁶ Levando em conta que não se deve prolongar o sofrimento humano no processo de morrer, que a morte é um evento inevitável e que a qualidade de vida é importante mesmo no seu fim. Apesar disso, permanece a dúvida: por que investir incessantemente no paciente terminal? Por que submetê-lo a tamanho sofrimento?

Os profissionais de saúde devem zelar pela dignidade humana, pois se crê que o ser humano é um ser livre, e não um ser que deve depender de medicamentos e aparelhos tecnológicos que mantenham seus sinais vitais. Nesse sentido, é responsabilidade ética do profissional de saúde, (re)ver suas ações frente ao tratamento aplicado quanto à sua forma e seus resultados e consequências ao paciente, que é um ser humano como o profissional de saúde.²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa reflexão, pode-se concluir que a obstinação terapêutica é uma das formas mais desumanas de negação da morte, por meio da exacerbação do sofrimento e da angústia nos momentos derradeiros do ser humano. Considera-se que o “não” à morte,



presente na sociedade atual e, principalmente, no ambiente hospitalar é um forte estímulo a um “sim” à obstinação terapêutica.

Entretanto, enquanto permanecerem as tendências de valorização excessiva da tecnologia, a cultura de negação à morte e a utilização abusiva da ciência tecnicista no prolongamento da vida do indivíduo em terminalidade, o desafio de solidificar as considerações humanísticas no cotidiano profissional, sobretudo no que se refere à autonomia do paciente e sua dignidade, bem como o cuidado englobando os aspectos psicossociais ficarão ainda mais intrincados. Porque a morte é uma das poucas certezas do ser humano. Contudo, simultânea e paradoxalmente a esse conhecimento, também há uma grande dificuldade na sua aceitação. Mas todos morrem. Isso é fato. Porém um fato de complicada assimilação.

REFERÊNCIAS

1. Chiavenato JJ. A morte: uma abordagem sociocultural. São Paulo: Moderna;1998.
2. Ibáñez ML, Calvo RG. Humanización y tecnología sanitaria: ante el proceso final de la vida. *Index Enfermer*. [internet] Granada, 2004 [acesso em 2009 jun 12];13(46). Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300004&lng=pt&nrm=isso.
3. Oliveira AC, Sá L, Silva MJ. O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. *Rev bras enferm*. 2007 maio-jun;60(3):286-90.
4. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad. saúde pública*. Rio de Janeiro, 2005 jan-fev;21(1):111-9.
5. Kovács MJ. Bioética nas questões de vida e da morte. *Psicol. USP*. 2003;14(2):115-67.
6. Toffoletto MC, Zanei SSV, Hora EC. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. *Acta paul. enferm*. 2005 jul-set;18(3).
7. Carvalho KK, Lunardi VL. Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidades de terapia intensiva. *Rev latinoam enferm*. Ribeirão Preto,SP. 2009 maio-jun;17(3):21-7.
8. Maciel G, Mota G, Pimentel S. Tempo de amor: a essência da vida na proximidade da morte. São Caetano do Sul (SP): Difusão; 2007.
9. Morin E. O homem e a morte. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
10. Bertolino KCO. Representações sociais de médicos e enfermeiros sobre distanásia em UTI. Dissertação [Mestrado] Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2010. 221 f.
11. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 9ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2008.
12. Hennezel M. A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Petrópolis: Vozes; 1999.
13. Zaidhaft S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
14. Bertolino KCO. Paciente terminal: a bioética e a atuação dos enfermeiros nesse último processo da vida. Monografia [Graduação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2008. 88 f.
15. Nascimento CAD, Silva AB, Silva MC, Pereira MHM. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. *Rev RENE*. 2006;7(1):52-60.



16. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? Rev bioét. 1996;4(1).
17. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2007.
18. Kipper DJ. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e proposta para a nossa realidade. Rev bioét. Brasília, 1999;7(1):59-70.
19. Hamel MB, Phillips RS, Teno JM, Lynn J, Galanos AN, Davis RB. Seriously ill hospitalized adults: do we spend less on older patients? support investigators. Study to understand prognosis and preference for outcomes and risks of treatment. J Am Geriatr Soc. 1996;44:1043-8.
20. Cantor MD, Braddock CH 3rd, Derse AR, Edwards DM, Logue GL, Nelson W, et al. Do-Not-Resuscitate orders and medical futility. Archives of internal medicine. Washington, 2003;163(22):2689-94.
21. Meyer P. A irresponsabilidade médica. São Paulo: UNESP, 2002.
22. Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying. Hastings Center. Briarcliff, NY; 1987.159 p.

Data de recebimento: 17/06/2011

Data de aceite: 01/03/2011

Contato com autor responsável: Karla Cristiane Oliveira Silva
Endereço: Rua Maria Noal, 8, Bairro Patronato - Santa Maria/RS.
Cep: 97020-510
E-mail: k.karla@live.com