

A “MORTE PROGRAMADA” NOS CUIDADOS INTENSIVOS: REALIDADE DA BÉLGICA

Patrícia Pampulim⁽¹⁾

Enfermeira, Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos
Instituto Português de Oncologia, FG EPE de Lisboa
[patricia_pampulim@hotmail.com]

A “morte programada” é uma realidade nos serviços de emergência, como são os de cuidados intensivos. A Bélgica, em 2002, foi o primeiro país europeu, e o segundo do Mundo, a despenalizar a eutanásia. Talvez por este motivo, as famílias, embora sofrendo, tomem rapidamente uma decisão relativamente a questões de suspensão de tratamentos/terapêuticas. A população belga parece estar assim mais desperta para estas problemáticas e confronto de decisões.

Em todo este processo o enfermeiro tem um papel preponderante na avaliação da evolução do estado de saúde do doente, na comunicação com os restantes membros da equipa e no apoio à família.

Tratar-se-á sempre de situações difíceis de decidir, tanto para a equipa como para a família do doente, e por isso estas situações requerem uma reflexão ética/moral constante, tendo sempre como primado o respeito e a dignidade do ser humano.

PALAVRAS-CHAVE: Morte; Eutanásia; Enfermeiro; Unidade de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT: The “programmed death” is a reality in intensive care units. Belgium, in 2002, was the first European country and the second on the World to accept the euthanasia.

The families, even suffering, quickly decide about questions of treatment/therapeutic suspension. Thus, the Belgian population seems to be more aware of this problematic and decisions confrontation.

According to this, nurses play an important role on the evaluation of the patient health state evolution, in the communication between the other team members and in the support of the patient family.

There always will be difficult decisions to be made, for the health care teams and for the patient family, requiring a constant ethical/moral reflection, having always in sight the respect and the dignity of the human being.

KEYWORDS: Death; Euthanasia; Nurse; Intensive Care Units.

⁽¹⁾ Experiência durante o ensino clínico da Unidade Soins Intensifs CHR de la Citadelle, Belgique. Artigo escrito sob orientação da Prof. Cândida Durão.

INTRODUÇÃO

A morte é um tema de extrema delicadeza. É uma palavra com uma conotação negativa, com muito peso psicológico e todos têm receio de dizer: Morreu alguém? Está às portas da morte? Faleceu? Perguntas que se fazem e para as quais não se quer obter respostas.

Mas, na Bélgica, este tema tem sido muito abordado pela sociedade! Hoje, a própria eutanásia está prevista na lei. Embora com alguma precaução, as pessoas abordam esta questão com mais facilidade e com maior consciência.

No artigo que aqui escrevo tento analisar esta questão, dentro da realidade que encontrei na experiência de um Serviço de Cuidados Intensivos de um hospital belga: a "morte programada" na realidade hospitalar belga e como os enfermeiros agem quando confrontados com esta problemática nos Serviços de Cuidados Intensivos.

O objectivo deste artigo é de dar a conhecer uma visão da realidade diferente relativamente a esta problemática. Pretende-se também promover a reflexão sobre esta temática, uma vez que quando se reflecte aprende-se, cresce-se e visualizam-se diversos pontos de vista.

A MORTE NOS CUIDADOS INTENSIVOS: A REALIDADE DA BÉLGICA

"Morte programada": (...) "atitude que consiste em pôr fim a uma terapia curativa, desde que não exista qualquer possibilidade real de obter uma melhoria do estado de doença e que simplesmente prolongue a vida" (BAUM, 1998). A grande questão em debate e em análise é como falar de respeito, dignidade e autonomia quando retratamos "a morte programada"?

Esta temática leva a inúmeras reflexões, a inúmeras condicionantes, ideais. Será que a autonomia dos doentes e das suas famílias aumenta?

Existe oposição à ideologia dos cuidados paliativos com a aceção da morte e da sua valorização espiritual?

Em conversa com o Director de Serviço dos Cuidados Intensivos do hospital (DAMAS, 2007), este referia-me que a eutanásia é uma

prática legal na Bélgica e na Holanda, os únicos países europeus que vivem esta realidade. Na Bélgica, a lei entrou em vigor a 23 de Setembro de 2002 e começou a ser praticada em Fevereiro de 2003 (DURIAUX, 2007).

Ser adulto, capaz, estar consciente e não sofrer de uma doença psíquica ou psicológica, constante e insuportável, que não sofra qualquer alteração com a terapêutica e que seja uma doença incurável são os requisitos para esta prática, neste País. Só é aplicada se o doente o solicitar, só este o pode fazer e o médico tem o dever de atender ao seu pedido.

Embora esta prática nos cuidados intensivos não se utilize, uma vez que os doentes estão impossibilitados de comunicar verbalmente, quando o tratamento não é justificado e já não faz sentido, a equipa poderá propor a suspensão dos tratamentos/terapêuticas.

O médico discute a situação do doente com a família e com a equipa que lhe presta cuidados (médicos e enfermeiros). O cônjuge e os filhos têm o poder da decisão (logo o pai e a mãe do doente, se vivos, não têm qualquer peso na decisão). Se um dos filhos não estiver de acordo não se pode suspender o tratamento.

"Mas, de uma forma geral, as famílias aceitam bem estas situações" (DAMAS, 2007). Quando as famílias não aceitam, aguarda-se. Vão-se prolongando os tratamentos para que deste modo as famílias consigam perceber/compreender a fragilidade das situações. "A equipa de saúde está para o doente e para a sua família sempre! Não somos os únicos a viver" (DAMAS, 2007).

Após 5 semanas de ensino clínico, poderei dizer que assisti a alguns destes procedimentos e que de entre estes só uma das famílias não esteve de acordo com a opinião da equipa de saúde.

Um doente, com cerca de 50 anos, fumador, deu entrada no Serviço de Urgência devido a um enfarte. Após ter sido submetido a uma reanimação muito difícil e transferido para os Cuidados Intensivos, os dados clínicos demonstraram o seu estado de coma. Não tinha qualquer oxigenação cerebral, a não ser com a ajuda do ventilador. Esteve cerca de 5 a 6 dias no Serviço. A família aceitou a opinião médica para desligar o ventilador e cerca das 9h30m do dia X a família compareceu no Serviço para acompanhar o final de vida do seu familiar (4 pessoas: a esposa, a filha e os pais). Permaneceram no



quarto os 30 minutos que o seu familiar demorou até falecer. Realizaram-se depois os cuidados *pós-mortem* necessários, após o que a família velou por breves momentos o seu familiar.

Uma doente, com 70 anos, pós-Acidente Vascular Cerebral, transferida de outro Serviço, não respirava sozinha e a sua situação, segundo os dados clínicos, era irreversível. Após dois dias de permanência no Serviço, os médicos dialogaram com a família e esta aceitou desligar o ventilador, cerca das 14 horas do dia Y. A família acompanhou durante 2 horas a sua morte.

Uma senhora, com cerca de 80 anos teve uma paragem cardíaca no Serviço. Realizou-se reanimação com massagem cardíaca e administrou-se adrenalina. Após esta situação, falou-se com a família para saber o que se fazia caso surgisse uma próxima paragem cardíaca. A nível respiratório a senhora estava bem e a nível renal tinha uma disfunção global. A família conversou com a equipa de saúde, referindo que esta decisão a assustava muito mas que os três irmãos tinham falado com a mãe antes de esta realizar a cirurgia cardíaca programada e que esta havia referido que não queria sofrer e que se algo corresse mal eles tinham permissão para terminar com o "processo".

Um jovem, com 30 anos, ex-toxicodependente, pós-overdose, em coma tóxico, foi transferido para o Serviço. A mãe não aceitava que se terminassem os tratamentos ao seu filho, após duas semanas de internamento e sem qualquer evolução no seu estado de saúde. Compreendeu-se esta situação, continuando-se os tratamentos e aguardando-se. Tratava-se de uma decisão complicada para uma mãe, no entanto, a situação era irreversível. Após mais duas semanas de tratamentos, o jovem foi encaminhado para uma casa de repouso.

"Desta unidade de cuidados intensivos nenhum doente tem alta para o domicílio, porque a maioria não está estável a nível respiratório. Muitos destes doentes ou têm alta para outros Serviços ou acabam por falecer" (dito por enfermeiro Michel, 2007).

DAMAS (2007) refere ainda que, quando se trata de uma situação difícil ou mesmo quando a equipa de saúde não está de acordo, recorre-se à Comissão de Ética do hospital em questão, embora esta prática não seja comum. A Comissão não dá directrizes ao médico

ou ao Serviço quanto ao que se deve fazer, mas recomendações gerais e conselhos. (Nota: Cada Comissão de Ética, de cada hospital, estabelece os seus critérios para terminar os tratamentos).

Estas decisões estão relacionadas com a falência de funções cardíacas, hepáticas, renais, com o número de dias de internamento no Serviço e com a terapêutica prescrita.

Existem famílias que aceitam melhor que outras (pois têm sempre a esperança que o estado de saúde do seu familiar se modifique). As famílias sabem que esta decisão é difícil de ser tomada e que irão sofrer com ela, mas ao mesmo tempo não querem fazer sofrer os seus entes queridos.

A equipa de enfermagem tem um papel fundamental em todo este processo. Além de ser o prestador principal dos cuidados, conhecendo deste modo o doente muito bem, ajuda no esclarecimento da restante equipa de saúde sobre a situação do doente, comunica diariamente com a família, conhecendo os seus receios, medos e também as suas vontades.

De acordo com a experiência vivida neste Serviço, no momento da morte o enfermeiro poderá ainda proporcionar um ambiente tranquilo, um ambiente em que a família possa estar reunida para acompanhar este momento difícil. Quando possível, o doente permanece sozinho no quarto e reúnem-se cadeiras para os seus familiares se sentarem e o acompanharem.

Após serem prestados os cuidados ao corpo, tenta-se ainda proporcionar que a família regresse novamente ao quarto para velar o seu familiar. Fala-se ainda um pouco com a família no sentido de a acompanhar no que for necessário.

Mas o enfermeiro não comunica as suas vivências com a morte. Há todo um silêncio à volta deste tema. Comigo, enquanto estagiária, também não se faziam comentários. Apenas se sentia um clima pesado nestes dias.

ANTUNES (2006) aborda este tema, em que os profissionais de saúde estão em permanente confronto com os seus próprios limites, causando-lhes choque e desconforto (o limite do biológico e do cultural). Queremos ou não olhar a morte de frente? É difícil aceitar a morte mas também é difícil adoptar atitudes perante

a morte e o processo de morrer. Não há diálogo sobre isso, vive-se a morte individualmente e isoladamente sem exteriorização de sentimentos.

O ignorar, o receio da morte, o horror, a dor, o sofrimento e a tristeza que se associam à morte são sentimentos partilhados pela generalidade das pessoas.

Apenas se fala o estritamente necessário, ou com os médicos e a restante equipa de enfermagem, ou com a família, em que não se restringe o diálogo sobre o tema. É um tema necessário neste Serviço e em que a família carece de saber pormenores.

As famílias dos doentes belgas e a comunidade em geral estão mais despertas para estes momentos de crise, assumindo de melhor forma as diferentes situações. O facto da eutanásia ser permitida neste País penso que seja um factor preponderante, fazendo com que haja uma visão mais ampla sobre estas questões e haja assim uma decisão mais rápida que tem em vista o doente e o seu bem-estar no fim de vida, pensando no seu sofrimento.

Relativamente à eutanásia, a população belga assume com muita preocupação e atenção a designada *declaração antecipada* (VERWILGHEN, Artº.4, 2002). Esta pode ser realizada por todos os doentes em maioridade, capazes, que não podendo satisfazer a sua vontade em algum momento, podem escrever uma declaração para que um médico pratique a eutanásia quando constate que exista uma afecção acidental ou patológica grave e incurável, em que o declarante esteja inconsciente e que essa situação seja irreversível segundo o estado actual da ciência.

Esta declaração pode designar uma ou mais pessoas de confiança, maiores, classificadas por ordem de preferência, que na altura necessária poderão colocar o médico ao corrente da vontade do doente. O médico que trata o doente, o médico consultado ou a equipa de cuidados não podem ser designados como pessoas de confiança para este fim (VERWILGHEN, 2002).

Esta declaração pode ser realizada a qualquer momento na vida de uma pessoa de maior idade, na presença de duas testemunhas maiores e deve ser datada e assinada pelo declarante. Se a pessoa que pretender realizar esta declaração antecipada estiver numa situação de incapacidade física permanente de redigir e de

assinar, a declaração pode ser escrita por uma outra pessoa da sua confiança desde que não tenha nenhum interesse material quanto ao declarante. Conjuntamente é necessário um atestado médico que certifique a incapacidade física permanente do doente. A sua validade é de cinco anos e pode ser retirada ou reformulada a qualquer momento.

Todos os casos que acima retratei confrontaram-me com uma realidade impressionante, não só pela situação das pessoas, que ainda reagem a estímulos de dor, como pela rapidez de todo o processo. Casos onde já não existe terapia e apenas se adia a morte inevitável. Umhas vezes a pedido antecipado (*declaração antecipada*) dos doentes para "pôr fim" à sua vida, outras vezes em consenso familiar e da equipa de saúde, são casos de extrema complexidade.

Muito embora "a conferência internacional das Ordens dos Médicos, em 1976, refira que a partir do momento que o estado de doença seja desesperante, é lícito terminar os tratamentos que não farão mais que prolongar a agonia ou um coma de um doente" (BAUM, 1998), para o próprio cuidador trata-se de decisões muito difíceis, começando por pensar no significado do cuidar: Cuidador é "aquele que duvida, que acompanha, que escuta e que faz o curativo." (HESBEEN, 2004) e "Cuidar significa a atenção especial que iremos dar a uma pessoa, vivendo uma determinada situação, tendo em vista prestar-lhe ajuda, contribuir para o seu bem-estar, promovendo a sua saúde" (HESBEEN, 2004). Não estaremos a cuidar de alguém e a proporcionar-lhe bem-estar quando pensamos no sofrimento do outro? Não seremos egoístas quando não queremos pensar na morte?

Por outro lado, estas "mortes planeadas" são de extrema dureza e, como tal, teremos também que reflectir muito bem nas questões éticas e morais?

Por um lado, o respeito pela pessoa e pelo seu estado biológico (que já não existe), por outro, uma atitude moralista de pensamento colectivo e de sentimentos de dor e de sofrimento. Questão ética porque tem a ver com o equilíbrio entre a protecção da vulnerabilidade do doente e a protecção da sua autonomia de decisão. O respeito da autonomia do doente, a responsabilidade médica e o consenso social.

”Desligar” ou suspender algumas terapêuticas, realiza-se em nome de uma prioridade que é a qualidade de vida, não estando relacionada com nada mais.

Penso que se tratará sempre de uma decisão muito difícil, embora se trate de uma realidade constante das famílias e da equipa de cuidados.

Afinal falamos do ”direito de morrer dentro da dignidade” porque ”esse é um direito que nos deve ser assistido”. PAULA da SILVA, Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2007), refere mesmo que o ideal seria cada um dos cidadãos belgas deslocar-se à conservatória para escrever uma declaração antecipada do que pretende para si. Não será?

CONCLUSÃO

Neste texto abordaram-se algumas temáticas subjacentes a um tema tão vasto como é o da ”morte programada”, tendo por base uma experiência realizada no âmbito do programa Sócrates/Erasmus de mobilidade de estudantes.

Questionou-se o contributo que pode ter sido a legalização da eutanásia na Bélgica quanto a uma visão mais ampla sobre a morte e na tomada de decisões tão difíceis como estas por parte da população em geral. Sabemos que a eutanásia, na maioria dos casos, não é praticada nos Serviços de Cuidados Intensivos dada a dificuldade de comunicação dos doentes internados.

Contudo, fazem-se por vezes declarações antecipadas (também previstas na lei) de modo a que o doente possa ter autonomia quanto ao seu fim de vida.

Retrataram-se ainda algumas experiências vividas em ensino clínico quanto à prática de suspensão de tratamentos/terapêuticas em cuidados intensivos, assim como da importância do enfermeiro em todo o processo, mas também do seu silêncio face a esta temática.

Questionei por último o ”Cuidar” e as questões éticas que se podem colocar em torno de todo este processo.

BIBLIOGRAFIA

- ANTUNES, Lina – Apontamentos das aulas de Sociologia, 3.º ano. Lisboa, 2005/2006.
- BAUM, Mylène (1998) – *Acharnement Therapeutique et Euthanasie* [Em linha], [Consult. 5 Fev. 2007]. Disponível em www.md.ucl.ac.be/ebim/scientif/Recherche/FinVie/MB_Euth1.htm.
- BONDT, Pr de (2005), *742 cas d'euthanasie en Belgique en deux ans* [Em linha], [Consult. 5 Fev. 2007]. Disponível em www.siznursing.be/index.php?action=article&numero=244.
- DAMAS (2007) – [Conversa com a 1 Fev. 2007]. Director de Serviço *Soins Intensifs Salle 39 au CHR de la Citadelle*.
- DURIAUX, Me Muriel (2007) – *Euthanasie : de la loi à la pratique* [Em linha], [Consult. 5 Fev. 2007]. Disponível em www.vivat.be/00-00.asp?articleID=601.
- Enfº MICHEL (2007) – [Conversa com a 30 Jan. 2007]. Enfermeiro-chefe *Soins Intensifs Salle 30 au CHR de la Citadelle*.
- HESBEEEN, Walter – *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-71-1.
- SANTANA, Catarina; HENRIQUES, Hugo – *Novas causas e depois do aborto*. "Focus". Barcarena. Nº 384 (2007) pp.120-125.
- VERWILGHEN, M (2002) – *Lei da eutanásia*. Artigo 78. *Bruxelles: Ministère de la Justice*, (28/05/02).

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

A SUA REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

ENVIE OS SEUS ARTIGOS PARA SECRETARIADO@AEOP.NET