

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**VALÉRIA BORBA DE MELO**

**CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA  
DO HOSPITAL PÚBLICO DE RECIFE (PE) SOBRE ORTOTANÁSIA COM  
PACIENTES ADULTOS TERMINAIS**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA  
DO HOSPITAL PÚBLICO DE RECIFE (PE) SOBRE ORTOTANÁSIA COM  
PACIENTES ADULTOS TERMINAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Orientadora: Profa. Dra. Renata Karina Reis**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL PÚBLICO DE RECIFE (PE) SOBRE ORTOTANÁSIA COM PACIENTES ADULTOS TERMINAIS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa.Dra. Renata Karina Reis**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos pacientes terminais e a todos aqueles que almejam uma morte digna, por terem sido os grandes motivadores da nossa pesquisa e de nos despertar o grande interesse em oferecer o melhor de nós como profissional de saúde, vencendo mais uma etapa com a graça de Deus.

## AGRADECIMENTOS

Á Deus,

Aos meus familiares e amigos.

A minha orientadora, Renata Karina Reis.

E também a todos aqueles que nos deram forças para enfrentar os desafios deste trabalho e de alguma forma contribuíram para que essa vitória fosse alcançada.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>
	<b>APÊNCIDE.....</b>	<b>21</b>

## RESUMO

A morte faz parte do cotidiano das unidades de emergência. Entretanto, os profissionais de enfermagem que atuam em unidades de emergência convivem, diariamente, com pacientes em condições de saúde instáveis, desenvolvem suas ações principalmente para a manutenção da vida. No cuidado ao paciente terminal nos serviços de emergências evidencia-se também o uso da tecnologia ou procedimentos que são muitas vezes fúteis ou dolorosos como forma de prolongar a morte. A unidade de emergência é um ambiente onde estão concentradas tecnologia e profissionais especializados para o tratamento do paciente agudamente enfermo, constatado que o paciente terminal também usufrui destes benefícios, porém sem resposta satisfatória. A ortotanásia tem como princípios a compreensão da morte com dignidade, na qual o paciente, assim como pôde escolher como viveria, pode também escolher como morrer. Os objetivos deste plano de ação são elaborar oficinas educativas abordando a ortotanásia visando oferecer subsídios para a assistência de enfermagem humanizada na unidade de emergência; ressaltar a necessidade do respeito à autonomia do paciente/família e abordar alguns aspectos relevantes do bio-direito sobre ortotanásia. O plano de ação será baseado em oficinas educativas abordando a Ortotanásia e Bioética. O público alvo do projeto serão os profissionais de enfermagem, que atuam na unidade de emergência de um hospital público de grande porte de Recife (PE). A previsão para o início das ações é que ocorra em julho 2014. Embora a prática da ortotanásia seja oficialmente legalizada, e pressupõe o respeito à autônoma do paciente, as pessoas envolvidas em situações de terminalidade da vida, ou seja, o próprio paciente, sua família e a equipe de enfermagem nem sempre estão preparados para oferecer sua assistência pelos princípios da ortotanásia. Neste sentido com a implementação deste plano de ação espera-se contribuir com a reflexão sobre as questões éticas e legais bem como sobre assistência de enfermagem pautada no respeito à autonomia do paciente/família visando melhorar a humanização à assistência durante o processo de morrer no serviço de emergência.

## 1. INTRODUÇÃO

A dignidade está acima de tudo, só o fato de ser humano já é ser digno. (BARCHIFONTAINE, 2001). Segundo Pessini (2004) a ética da sacralidade da vida, diz ser uma propriedade divina dada ao homem o livre arbítrio. Acrescenta Siqueira (2003) que qualquer sugestão de abreviação é sistematicamente rejeitada, pois a vida é muitas vezes encarada como obrigação. Nossa vida tem o mesmo valor da vida de outros e das pessoas que amamos, sendo essas insubstituíveis para nós.

A morte faz parte do cotidiano das unidades de emergência. Os profissionais que atuam em unidades de emergência convivem, diariamente, com pacientes em condições de saúde instáveis. Portanto, para sua atuação, é voltada principalmente para a manutenção da vida, o que pode gerar situações de estresse, principalmente quando o paciente morre. Os profissionais de enfermagem que atuam em serviços de emergência vivenciaram o processo de morte de pacientes, expressando sentimentos de fracasso, perda, impotência, tristeza e medo (SALOMÉ et al. 2009).

Partindo destas questões, surge a seguinte questão: Quando todos os recursos se esgotarem e o paciente, internado na sala de emergência, morrer, como é a conduta e as ações dos profissionais de enfermagem no serviço de emergência frente ao paciente em terminalidade e sua família?

Na formação acadêmica dos profissionais de saúde são enfocados o aprendizado sobre a tecnologia de ponta e quase nada sobre o significado da vida e da morte, despreparado para a questão, passa a vivenciar uma medicina que releva ao segundo plano o conforto do paciente muitas vezes impondo-lhe uma prolongada e sofrida sobrevida (SIQUEIRA, 2004).

Um estudo realizado por Santos et al. (2013) com estudantes concluintes dos cursos de medicina, enfermagem, psicologia de uma universidade do interior do estado de São Paulo identificou que há a necessidade de mudanças sobre o enfoque dado ao tema terminalidade nos cursos de graduação da área da saúde, visando preparar melhor os futuros profissionais.

O exercício da autonomia e autodeterminação deve ser favorecido. A pessoa deve ser respeitada e apoiada nas suas decisões sobre o que considera morrer bem. A equipe de saúde deve auxiliar com informações verdadeiras, compreensíveis e confiáveis que lhe proporcionem apoio

emocional e confiança. “A dignidade humana deve sobrepor como o maior direito de qualquer indivíduo, mesmo os que de alguma forma não possam expressar suas vontades...” (SILVA, 2006 p. 99).

A morte digna é um direito do ser humano, bem como o direito à vida. Manter a vida com dignidade e qualidade, mesmo com todos os percalços, é algo claro na mente dos profissionais. Porém, diante da morte, é uma tarefa quase impossível preservar esse paciente como ser completo, sendo um grande desafio para os profissionais da saúde.

O morrer com dignidade é um processo que envolve o direito e o respeito às opiniões do paciente como ser atuante e responsável por si mesmo, quando consciente. Também se deve ter como objetivo o alívio da dor e do sofrimento por meio de medidas terapêuticas e farmacológicas. Em suma, deve-se promover o bem-estar físico, emocional e espiritual, buscando, assim, uma melhor qualidade de vida ao paciente e seus familiares.

Esta pesquisa foi proposta a partir da reflexão sobre a importância que se deve dar aos doentes em estado terminal.

O conceito de terminalidade ainda é muito relativo, neste estudo utilizaremos o termo paciente terminal para todos aqueles que se encontram hospitalizados no serviço de emergência e que estão fora de possibilidade terapêutica, ou seja, pacientes portadores de doenças as quais ainda a medicina não encontrou a cura.

Diante do arsenal tecnológico disponível e mão de obra especializada é praticamente impossível morrer sem a assistência de saúde, diante deste fato se faz necessário mudar os paradigmas relativos ao tratamento dispensado na Emergência ao paciente terminal incluindo na terapêutica, a Ortotanásia, na tentativa de unir assistência com humanização e ainda como solução disponibilizando leitos para os pacientes com melhor probabilidade terapêutica.

O profissional despreparado para as questões éticas procede sem considerar o conforto, impondo-lhe uma longa e sofrida agonia. A real função da medicina deveria ser “Curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre” (HOLMES apud MOLINA, 2003 p. 29).

Respeitar a autonomia do paciente e seus familiares, informando-o com clareza e acatando seus consentimentos livres são questões que nem sempre são lembradas, mas para tornar o ambiente menos impessoal precisa-se sim: respeitar, informar e acatar além de ter a capacidade de ser frágil, poder chorar, sentir o outro, ser vulnerável e ao mesmo tempo ter vigor, lutar, resistir e poder traçar caminhos juntos para a evolução do processo de morrer dignamente.

Diante da falta de informações, humanização e a presença da medicina obsessiva; reflete-se sobre três questões:

1. Que ações são desenvolvidas pela Enfermagem diante das decisões éticas em relação ao paciente terminal?
2. Como a Ortotanásia influenciaria na humanização da assistência frente ao paciente em terminalidade?

A pesquisadora pretende com este trabalho informar aos enfermeiros e técnicos de enfermagem da emergência, por meio da educação permanente, a relação existente entre a importância de um tratamento mais digno e humanizado e a forma de contribuir significativamente para a melhoria dos serviços e da comunidade.

É necessário divulgar o problema encontrado no dia a dia do Enfermeiro da Emergência conforme se descreve a seguir:

- a) Como são gerenciadas as decisões éticas envolvendo pacientes terminais dentro do serviço de emergência?

Encontram-se relacionados a esta experiência os seguintes aspectos:

- a) Aumento da demanda de pacientes terminais e a superlotação do serviço de emergência;
- b) Conflitos entre profissionais, pacientes e familiares nas decisões éticas;
- c) A falta de qualidade de vida, do conforto, do ouvir, compreender, acolher, considerar e respeitar as opiniões, queixas e necessidades dos pacientes - famílias;
- d) A desinformação do Enfermeiro perante Ortotanásia.

Este trabalho tem como objetivo principal propor uma reflexão sobre os aspectos ético-legais e a humanização na assistência de enfermagem frente ao paciente em terminalidade para a equipe de enfermagem da unidade de emergência de um hospital de grande porte de Recife/PE frente à tomada de decisões com pacientes adultos terminais. Os objetivos deste plano de ação são elaborar oficinas educativas abordando a ortotanásia visando:

- Oferecer subsídios para a assistência de enfermagem humanizada na unidade de emergência;
- Ressaltar a necessidade do respeito à autonomia do paciente/família;
- Abordar alguns aspectos relevantes do Bio-Direito sobre ortotanásia.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Ortotanásia**

A ortotanásia é um termo utilizado para definir a morte sem interferência da ciência, a morte natural, permitindo ao paciente partir sem o prolongamento artificial do sofrimento possibilitando uma morte digna. A doença evolui sem o emprego de suporte da vida, sendo administrados apenas medicamentos para dor e desconfortos decorrentes do estado clínico. A persistência terapêutica em paciente irrecuperável pode estar associada à Distanásia, método pela qual se prolonga a vida do paciente que seu prognóstico indica que está fora de possibilidade terapêutica, induzindo sofrimento considerada morte com sofrimento (VIEIRA, 1999).

Hoje a morte acontece frequentemente nos hospitais onde é quase impossível morrer sem assistência, é utilizado alta tecnologia, no sentido de prolongamento da vida muitas vezes infligindo maior sofrimento aos pacientes sem levar em consideração o princípio de não maleficiência devido à formação hipocrática universitária. Criando-se problemas éticos por ser a morte muitas vezes rejeitada já que o profissional está treinado para manter a vida. Precisamos aprender a conviver com a morte, lei maior do universo (LUGARINHO, 2004).

No tocante a família, existe uma dualidade de sentimentos: o desejo de prolongamento da vida e por outro lado o sofrimento prolongado e constante pela iminência da perda do ente querido, além do ônus financeiro em prol de um objetivo inalcançável. A assistência à família merece grande importância, quando esses são bem esclarecidos quanto às intervenções podem opinar nas decisões éticas.

A morte é a única companheira fiel da vida, morrer é fato na história do ser humano, porém aceitar a morte ainda é um desafio. Na formação acadêmica dos cursos de saúde este tema raramente tem espaço, não preparando assim, o profissional para encarar com tranquilidade e ter um embasamento para tomadas de decisões envolvendo temas éticos sem alardes e sem sentimento de frustração (SALOMÈ, 2009).

De acordo com Santos et al. (2013) a incapacidade lidar com a morte intensificam a angústia e a dor dos profissionais da saúde, que além de enfrentarem a sua própria finitude, vivenciam as emoções experimentadas pelo paciente e seus familiares.

Concorda Lugarinho (2004) que os profissionais lidam e lutam pela vida deve rever sempre os conceitos acerca da morte e do doente terminal. Sendo necessário estabelecer protocolos para reconhecimento precoce do estado terminal, prevenindo e interrompendo a medicina fútil, além de usar medidas de conforto diminuindo o sofrimento, principalmente quando é apenas o que pode ser oferecido.

*“Discutir futilidade definitivamente não é inútil. Trazer questionamento sobre a morte encará-la de forma corajosa, observar as partes e os valores envolvidos quando ela se aproxima aprimorar os cuidados de conforto aos que não têm possibilidade terapêutica, enfim: humanizar os cuidados que cercam a vida e a morte” (LUGARINHO, 2004 p.61).*

É indiscutível o uso da alta tecnologia nas Emergências, nos levando a refletir sobre o sua aplicabilidade, implicando em questões éticas legais e econômicas.

*“Parece-nos imprescindível, então, que um dos aspectos a serem analisados em relação a implantação e ao uso de qualquer tecnologia, além de segurança, eficácia, impacto social e relação custo-benefício, é a questão ética” (SILVA, 2000 p. 8).*

A ortotanásia (do grego, orthós = correto e thánatos = morte) morte no seu tempo certo, esta sensível no processo de humanização da morte e alívio das dores e não ocorre em prolongamentos abusivos com a aplicação de meios desproporcionados que impoariam sofrimentos adicionais (PESSINI, 2004).

Conforme descreve Sanches e Seidl (2013) a ortotanásia é o não-investimento de ações obstinadas, e mesmo fúteis, que visam postergar a morte de um indivíduo cuja doença de base avança acarretando falência progressiva das funções vitais. Além disto, consideram que os

recursos terapêuticos não conseguem mais restaurar a saúde, as tentativas técnicas tornam-se fútil ao intensificar esforços para manter a vida.

A medicina deixa de cuidar da pessoa doente e passa a tratar a doença da pessoa, relegando muitas vezes o bem estar físico e emocional (SIQUEIRA, 2003). Pessine (2001) lança uma proposta, prestar uma assistência multidisciplinar fornecendo cuidados paliativos.

## **2.2 Superlotação do Setor de Emergência e Alocação de Recursos**

A baixa resolutividade da atenção básica e a precariedade da rede hospitalar são as causas mais evidentes para a superlotação das emergências (O'DWYER et al., 2007). A insuficiência da rede básica interfere diretamente na superlotação e com o perfil do paciente atendido.

Os serviços hospitalares e as unidades de pronto atendimento abertos 24 horas respondem por situações de sua estrita responsabilidade, bem como um volume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade. Essas situações podem ser identificadas na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil e têm interferido consideravelmente no processo de trabalho e na qualidade do cuidado prestado à população (GARLET, 2009).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) criado em 2008 pelo Ministério da Saúde (MS) oferece uma diretriz global que contempla os projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar, estimulando a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facultem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade (BRASIL, 2008).

As novas tecnologias utilizadas são de custos elevados, daí a necessidade de definição que pacientes realmente poderão de beneficiar desses recursos. Critérios deverão ser criados e utilizados usando a ética, porém muitas vezes não atende ao pluralismo moral da sociedade moderna a qual almeja objetividade nas decisões em saúde. Quando os recursos são inferiores as necessidades, são necessárias que se estabeleçam prioridades e decisões deverão acontecer (FORTES, 2006).

## **2.3 Autonomia**

A decisão é uma árdua tarefa no modelo hipocrático que devem ser tomada visando os princípios da beneficência, não maleficência assegurando a autonomia do paciente. Ainda ressalta que o princípio da não maleficência deve prevalecer sobre o da beneficência nas resoluções de conflitos. As decisões são influenciadas pela formação religiosa do profissional, afirma também que os Comitês de Bioética tem a função de posicionar diante de: conflito de conduta, conflito entre paciente-família-equipe, não reanimar, mau formação com interrupções, início ou suspensão de tratamento em pacientes crônicos, confidencialidade, HIV reagentes (SILVA, 2006).

Segundo Hudak (1997) as decisões devem ser tomadas em conjunto e devem refletir os desejos do paciente, a enfermagem deve garantir ambiente para valorização na tomada de decisões informada, a autonomia deve ser respeitada, mas para isso é necessário a informação completa e o livre consentimento.

Concorda Sanchez (2013) que afirma que a autonomia deve ser suscitada, protegida, reforçada e respeitada, devendo ser evitada qualquer pressão ou imposição sobre o paciente e familiares.

## **2.4 Bio-Direito**

Foi publicado no artigo 23 de 1984 do Código de Ética Médica e no artigo 60 de 1988, “a proibição de complicar a terapêutica” do paciente terminal, também está clara no Código de 1988 a obrigação do médico “utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance”. Não se tratam de rejeição a ciência e tecnologia, porém existe a proibição médica como constatamos no texto abaixo:

*“Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em pacientes com afecção incurável ou terminal, sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais” (Art. 130 do Código de Ética 1988).*

Os códigos de ética profissionais devem ser um meio para raciocínio e não usado como regras específicas e ditatoriais relata Hudak (1997). Acrescenta França (2008) que a obrigação do profissional de manter a vida do paciente dependeria da relação médico-paciente-família, obtendo a delegação dos responsáveis conquista a liberdade da decisão segundo sua consciência e moral.

Fazem necessárias mudanças no atual Código Penal, pois não reconhece todas as opções éticas possíveis para o tratamento do paciente terminal, como analisamos no texto a seguir:

*“§ 3. ° Se o autor do crime é cônjuge, companheiro, ascendente, descendente, irmão ou pessoa ligada por estreitos laços de afeição à vítima, e agiu por compaixão, a pedido desta, imputável e maior de dezoito anos, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave e em estado terminal, devidamente diagnosticados: Pena - reclusão, de dois a cinco anos.*

*§ 4. ° Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão“.*

Relata Terzi, Silveira (2004) que poderia ser considerado homicídio a retirada do suporte avançado de vida ou a omissão, pois o parágrafo 4º acima citado ainda não foi aprovado pelo Congresso Nacional, valendo o Código atual.

### **3. MÉTODO**

Este trabalho propõe uma reflexão a partir da revisão da literatura sobre uma nova Tecnologia de Conduta, embasado na Bioética com mudança de comportamento, levando a tomadas de decisões e quebra de paradigma com inclusão da ortotanásia como alternativa de uma assistência humanizada no serviço de emergência.

#### **3.1 Diagnóstico da realidade**

O Hospital Getúlio Vargas (HGV), localizado no bairro do Cordeiro em Recife/PE, é uma instituição de grande porte que atende a média e alta complexidade, credenciado como hospital de referência em traumatologia-ortopedia e neurocirurgia eletiva. A emergência geral é regulada pela Central de Leitos do Estado e atende as seguintes especialidades: traumatologia-ortopedia, clínica médica, cirurgia geral, cirurgia vascular, bucomaxilofacial.

Este serviço conta com capacidade instalada de 420 leitos sob gerência do Governo do Estado de Pernambuco. Caracteriza-se como Hospital Geral e de Ensino e Pesquisa, atende pacientes da região metropolitana do Recife e de municípios do interior do estado, com atendimento exclusivo do SUS. Realiza uma média mensal de 2100 atendimentos novos na emergência, atende aproximadamente 12.000 pacientes/ mês ambulatoriais e conta com uma média de 900 cirurgias/mês. Inserido no processo de Acreditação Hospitalar pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação – Joint Commission International (CBA- JCI) e incluído no Programa do SOS Emergências do Ministério da Saúde (MS). A missão do HGV é proporcionar assistência à saúde, com qualidade de forma articulada as atividades de ensino e pesquisa, buscando excelência técnica e controle social.

Conforme vimos no referencial teórico, vários fatores contribuem para o cenário atual de superlotação na emergência, entre eles, pode-se citar a carência no atendimento de rede básica, déficit na rede hospitalar nos municípios do interior do estado, recursos humanos insuficientes, número insuficiente de leitos de retaguarda e de convênio, entre outros. Conseqüentemente há uma assistência à saúde deficiente, dificuldade na condução dos processos de trabalho, gerando entraves para uma gestão eficaz, com resultados negativos e prejuízo no atendimento do paciente.

Os pacientes terminais e suas famílias seriam beneficiados com esta nova forma de alternativa terapêutica paliativa, já que existe um elevado número de atendimento desses no serviço de emergência, e que muitas vezes são submetidos à medicina abusiva, sem resposta

satisfatória. Este fato eleva a taxa de permanência e conseqüentemente impacta na oferta de tratamento de qualidade para o paciente agudo o qual se destina a emergência.

A escolha deste tema foi baseada na análise da situação atual da emergência do HGV na tentativa de intervir em um problema que traga impactos positivos assistência humanizada no serviço de emergência. A partir da identificação da situação situacional e dos problemas relacionados ao cuidado ao paciente terminal no serviço de emergências considerou-se que a ortotanásia pode contribuir para a humanização dos cuidados no final da vida no serviço de emergência.

Os dados obtidos foram levantados a partir da observação situacional, mantendo o sigilo e como não se trata de pesquisa não foi submetido à análise do Comitê de Ética (CEP). Por ser uma tecnologia do cuidado não foram utilizados dados relativos a sujeitos.

#### **4. PLANO DE AÇÃO**

O plano de ação será baseado em oficinas educativas abordando a Ortotanásia e Bioética. O público alvo do projeto serão os profissionais de enfermagem, abrangendo enfermeiros e técnicos. A previsão para o início das ações educativas é julho 2014.

Meta 1- Difundir e discutir as informações sobre ação educativa envolvendo a importância da Bioética e a inclusão da Ortotanásia como alternativa terapêutica:

##### **Ações a serem realizadas:**

- Realizar reunião com a Direção Médica e Gerência Médica e de Enfermagem da emergência, bem como a Educação Permanente para apresentação do projeto;
- Encaminhar solicitação de treinamento para o setor de Educação Permanente;
- Montar plano de aula;
- Elaboração do material de divulgação (cartazes) sobre a ação contendo data, local, público alvo, objetivos;
- Distribuir os cartazes.

Meta 2 – Implantar a ação educativa sobre Bioética e Ortotanásia para os profissionais de enfermagem da unidade de pronto atendimento.

**Ações a serem realizadas:**

- Elaborar material didático utilizando “PowerPoint” e dinâmica de grupos para realização das oficinas educativa que será didaticamente dividida em dois temas: Tema 1 – Ortotanásia e Autonomia; Tema 2- Bioética e Bio-direito;
- Executar a oficina educativa.

Haverá também treinamento durante o turno de trabalho dos profissionais.

Meta 3- Monitorar a ação educativa

**Ações a serem realizadas:**

- Aplicar instrumento pré-treinamento e pós-treinamento para avaliação dos conhecimentos adquiridos;
- Aplicar instrumento para avaliação da oficina.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a prática seja oficialmente legalizada, e que pressupõe o respeito à autonomia do paciente, as pessoas envolvidas em situações de terminalidade da vida, ou seja, o próprio paciente, sua família e a equipe de enfermagem nem sempre estão preparados para oferecer sua assistência pelos princípios da ortotanásia.

Os serviços de emergência constituem-se em espaço organizado para fazer viver e destinado a acontecer o morrer, dessa forma acredita-se que a ortotanásia contribuiria de forma significativa para a melhoria da humanização da assistência ao paciente em terminalidade e sua família. O atendimento a família colocaria em prática a autonomia respeitando o desejo do paciente e sua família prática ainda pouco realizada no contexto dos serviços de saúde no Brasil.

Neste sentido com a implementação deste plano de ação espera-se contribuir com a reflexão sobre as questões éticas e legais bem como sobre assistência de enfermagem pautada no respeito à autonomia do paciente/família visando melhorar a humanização à assistência durante o processo de morrer no serviço de emergência.

Diante de todos os fatos discutidos relacionadas à ética e ao paciente terminal dentro da Emergência, identifica-se a necessidade de:

- Incentivar a criação de consultas e participação ao Comitê de Bioética;
- Realizar educação permanente e propor discussões a respeito das questões éticas em serviço;
- Estimular os profissionais da equipe de saúde a realizar atualizações sobre a temática por meio da educação permanente;
- Determinar área para atendimento às famílias;
- Estimular as famílias para manter a permanência ao lado do ente querido;
- Oferecer informação clara a família e respeitar sua autonomia.

## 6. REFERÊNCIAS

BARCHFONTAINE, C. P.; PESSINI, L. **Bioética: Alguns Desafios**. São Paulo: Loyola, 2001. p. 261-333.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS** : documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, J. M. **Bioética e transplante de órgãos**. In: MOLINA, A.; ALBUQUERQUE, M. C.; DIAS, E. Bioética e Humanização: Reflexões e Vivências. Recife: EDUPE, 2003. p. 105 - 112.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: Resolução CFM 1246/1988. Brasília. 6. ed, 2003. Disponível em <[www.portalmédico.org.br](http://www.portalmédico.org.br)>. Acesso em: 18 Mar. 2014..

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA E PESQUISA: Resolução 196/96. Disponível em <[www.datasus.gov.br/conselho/comissoes/etica/conep](http://www.datasus.gov.br/conselho/comissoes/etica/conep)> Acesso em: 18 Mar. 2014.

FORTES, P. A. C., **Bioética: Alguns Desafios**. São Paulo: Loyola, 2001. p.163-200

FRANÇA, G. V., **Eutanásia: Um enfoque ético-político**. Paraíba, 1993. Disponível em<<http://www.medicinalegal.com.br>> Acesso em: 11 Abr. 2008.

GARLET, E.R., LIMA M., SANTOS J.L.G., MARQUES G.Q. **Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência**. Texto contexto enfermagem, 2009 abr-jun; 18(2).p. 266 - 272.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1997. 07-57p. 79-109p.

LUGARINHO, M. E., **Humanização em cuidados intensivos: Tratamento Futil**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p.59-64.

MOLINA, A.; DIAS, E. **Breve introdução ao humanismo**. In: MOLINA, A.; ALBUQUERQUE, M. C.; DIAS, E. Bioética e Humanização: Vivências e Reflexões. Recife: EDUPE, 2003. p. 29 – 34.

PESSINE, L., **Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira**. Bioética, Brasília, v.12, n.1, p. 39-54, 2004.

PESSINI, L. **Distanásia: Até quando investir sem agredir?**. Disponível em:<http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v4/distanasia.html>. Acesso em 19 Mar. 2014.

PESSINE, L., **Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar**. Bioética, Brasília, v.10, n.2, 2002. p. 51 – 72.

SALOMÉ, G. M.; CAVALI, A.; CUNHA, V. H. **Sala de Emergência**: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Rev Bras Enfermagem*, Brasília, v. 62, n.5, p.681-689, 2009.

SANCHEZ K.M.S; SEIDL, E.M.F. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.17, n.44, p.23-34, jan./mar. 2013.

SANTOS L. R. G; MENEZES M. P; GRADVOHL S. M. O. **Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre Ortotanásia**. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.18, n.9, p. 2645-265, 2013.

SIQUEIRA, J. E. **A ética e os pacientes terminais**. In: MOLINA, A.; ALBUQUERQUE, M. C.; DIAS, E. *Bioética e Humanização: Reflexões e Vivências*. Recife; EDUPE, 2003. p. 39 - 44.

SILVA, M. J.P., **Humanização em UTI**. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. *Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico*. São Paulo; Atheneu, 2000. 01-11p.

SILVA, J. J.; **Ética no Contexto Atual**. Recife; Universitária UFPE, 2006. 11-134p.

TERZI, R.G; SILVEIRA,O.C. , **Humanização em cuidados intensivos**: Questões de bioéticas e legais na limitação do esforço terapêutico em unidade de terapia intensiva. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.p.91-106.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999

## APÊNDICE

## PLANO DE CURSO

ANO: 2014

**Título: CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL PÚBLICO DE RECIFE (PE) SOBRE ORTOTANÁSIA COM PACIENTES ADULTOS TERMINAIS**

Responsável: Valéria Borba de Melo

SITUAÇÃO DETECTADA	AÇÕES PROPOSTAS	ESTRATÉGIAS DE SOLUÇÃO	PÚBLICO-ALVO	RESULTADOS ESPERADOS	CARGA HORÁRIA	ESTRATÉGIAS DE ENSINO
Falta de informações, humanização e a presença da medicina obsessiva	Propor uma postura ética para Enfermeiros de Emergência frente à tomada de decisões com pacientes adultos terminais. Inclusão da Ortotanásia como terapêutica	- Elaborar e implementar oficinas educativas abordando Ortotanásia e Bioética.	Enfermeiros e técnicos de enfermagem	Qualidade na assistência prestada e posturas éticas frente a tomada de decisões com paciente terminal	4 hs	Aula expositiva dialogada