

Dilemas de profissionais de unidade de terapia intensiva diante da terminalidade

Gisly Macêdo de Sousa¹, Marinalva de Araújo Lustosa², Valéria Sena Carvalho³

Resumo

O objetivo geral deste artigo é compreender como profissionais intensivistas vivenciam a terminalidade e seus impasses bioéticos. O estudo apresenta resultados de pesquisa de campo quali-quantitativa com 12 intensivistas de um hospital público estadual. Foram utilizados na coleta de dados questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada, gravada em áudio e transcrita posteriormente. Os dados foram processados com auxílio do *software* Iramuteq, que analisa textos estatisticamente. O estudo evidencia como os profissionais compreendem de forma superficial o fim da vida e os dilemas bioéticos decorrentes, faltando base para decisões terapêuticas. Pode-se perceber que a vivência dos profissionais é permeada por dificuldades e sentimentos diversos. Por fim, conclui-se que é necessário investir em educação continuada para trabalhar temas da bioética como a terminalidade.

Palavras-chave: Bioética. Unidades de terapia intensiva. Cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Resumen

Dilemas de los profesionales de una unidad de terapia intensiva frente a la terminalidad

El objetivo general de este artículo es comprender cómo los profesionales intensivistas vivencian la terminalidad y sus impases bioéticos. El estudio presenta resultados de un estudio de campo cuali-cuantitativo con 12 intensivistas de un hospital público estadual. Para la recolección de datos se utilizaron un cuestionario sociodemográfico y una entrevista semiestruturada, grabada en audio y transcripta posteriormente. Los datos fueron procesados con ayuda del *software* Iramuteq, que analiza textos estadísticamente. El estudio evidencia cómo los profesionales comprenden de forma superficial el fin de la vida y los dilemas bioéticos resultantes, careciendo de una base para las decisiones terapéuticas. Se puede percibir que la vivencia de los profesionales está permeada por dificultades y sentimientos diversos. Finalmente, se concluye que es necesario invertir en formación continua para trabajar temas de bioética como la terminalidad.

Palabras clave: Bioética. Unidades de cuidados intensivos. Cuidados paliativos al final de la vida.

Abstract

The dilemmas of the professionals of the intensive care unit in face of the terminality

The intensivists are in a context that involves terminality and its bioethical impasses. This article presents the results of a field study, with a quantitative and qualitative approach, carried out with 12 intensivists of a state public hospital. A sociodemographic questionnaire and a semi structured interview, recorded in audio and later transcribed, were used for the research. Content analysis was performed using the Iramuteq software to treat the collected data. The study shows that the professionals understand the end of life and the resulting ethical dilemmas in a superficial way, lacking the basis for the decisions about the best therapy for the patient. It was possible to perceive that the experiences of professionals are permeated by different difficulties and feelings. It is necessary that there be investment in continuing education to work on the themes of bioethics and terminality.

Keywords: Bioethics. Intensive care units. Hospice care.

Aprovação CEP-Uespi 2.153.848

1. **Especialista** gislymacedo@gmail.com – Universidade Estadual do Piauí (Uespi) 2. **Especialista** marylustosa@yahoo.com.br – Uespi
3. **Mestre** valeriasena.vip@hotmail.com – Uespi, Teresina/PI, Brasil.

Correspondência

Gisly Macêdo de Sousa – Rua Santa Filomena, 3.020, quadra 30, casa 20, Conjunto Renascença I, Renascença CEP 64082-290. Teresina/PI, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Por lidarem com situações em que não há possibilidade de cura, muitas vezes testemunhando a morte de pacientes, intensivistas têm contato direto com o processo de morrer^{1,2}. É na unidade de terapia intensiva (UTI) que se apresentam mais claramente as questões associadas à morte e suas implicações na relação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares^{2,3}. Decisões terapêuticas devem ser tomadas constantemente nesse ambiente, exigindo agilidade e assertividade dos profissionais para que a UTI cumpra sua finalidade: cuidar de vidas^{2,3}.

Diariamente, intensivistas enfrentam situações que requerem reflexão e retorno a princípios éticos que fundamentem suas condutas⁴. Trata-se de dilemas que levam a questões da bioética como distanásia, eutanásia, ortotanásia e cuidados paliativos, sobretudo no caso de pacientes para os quais não há mais possibilidade de cura^{4,5}. Nesse contexto, compreender a terminalidade e aceitar a finitude da vida é fundamental para os profissionais direcionarem suas ações^{1,6}.

Inúmeras discussões têm sido levantadas acerca do fim da vida e da terminologia utilizada para a temática. Este artigo adota o termo “paciente portador de enfermidade terminal” ou “paciente em condição terminal”, utilizado por Siqueira, Pessini e Siqueira³ para se referir a pessoas cuja doença de base não tem cura, tendo como desfecho o fim da vida. A irreversibilidade é definida por consenso da equipe de saúde, que utiliza dados objetivos (prontuários, condição clínica, exames)^{3,4,6}. Após estabelecer essa condição, o principal objetivo da assistência passa a ser os cuidados paliativos³⁻⁶.

Este estudo tem propósito geral de compreender como intensivistas vivenciam dilemas bioéticos relacionados à morte de enfermos. Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: identificar os dilemas enfrentados no cuidado ao paciente em condição terminal; investigar os valores subjacentes à conduta desses profissionais e definir as principais dificuldades e sentimentos vivenciados diante dos problemas colocados pela situação. As seguintes questões norteadoras foram estabelecidas: como intensivistas compreendem dilemas bioéticos e o fim da vida? Qual a base ética para a tomada de decisões? E como lidam com essas situações no tratamento de doentes portadores de enfermidade terminal?

Buscando contribuir para a reflexão bioética, o estudo se debruça sobre uma das questões que mais afetam a atenção à saúde na atualidade, evidenciando como profissionais, na era tecnocientífica, enfrentam impasses relacionados à terminalidade por meio de abordagem holística.

Método

Este estudo apresenta resultados de pesquisa de campo, exploratória, quali-quantitativa, realizada na UTI de um hospital público estadual de médio porte, considerado centro de referência em medicina tropical no país. Atendendo estados da região Norte e Nordeste, o hospital conta com 134 leitos, sendo sete destinados à UTI adulto, e equipe multidisciplinar: enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e técnicos de enfermagem, com apoio do pessoal da Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva do Adulto (Rimtia), composta por enfermeiro, psicólogo e fisioterapeuta.

A pesquisa foi realizada com um total de 12 intensivistas: médicos, enfermeiros e fisioterapeutas (as demais categorias, complementares ou técnicas, foram: excluídas por não estarem presentes em turno completo na UTI ou por não tomarem parte diretamente das tomadas de decisão). A seleção para amostragem foi aleatória e incluiu quatro profissionais de cada categoria. Os critérios de inclusão foram: fazer parte do quadro de funcionários do hospital; ter, no mínimo, dois anos de atuação em UTI; estar presente, no mínimo, em dois plantões por semana no período da pesquisa; e concordar em responder às questões mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa respeitou a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí e pela direção do hospital onde foi realizada. Para a coleta de dados, foram utilizados questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. Com duração média de 20 minutos, as falas dos entrevistados foram gravadas em áudio e transcritas a fim de facilitar a análise do conteúdo. As conversas ocorreram entre julho e dezembro de 2017, em sala reservada, para garantir privacidade e sigilo.

O *corpus* resultante das transcrições foi interpretado por meio da análise de conteúdo, conforme método proposto por Bardin⁷. Na análise quantitativa, foi identificada a frequência com que características (palavras) aparecem no texto; na qualitativa, considera-se o conjunto dessas características em determinado fragmento do *corpus*, possibilitando sua análise semântica.

Portanto, na primeira fase, de pré-análise, o material foi organizado e as gravações transcritas; na segunda fase, foi feita a descrição analítica, com estudo aprofundado do conteúdo por meio da codificação e categorização, tendo por base a análise

estatística do *software* Iramuteq, versão 0.7 alpha 2, desenvolvido por Pierre Ratinaud⁸. Por fim, a terceira etapa contemplou a interpretação inferencial do material, com reflexão e significação do que foi analisado.

Resultados e discussão

A análise dos dados sociodemográficos permite compreender o perfil dos intensivistas da UTI analisada. A amostra foi constituída por 12 profissionais (n=12) escolhidos aleatoriamente: quatro médicos, quatro enfermeiros e quatro fisioterapeutas. Dentre eles, 67% são do sexo feminino e 33% do masculino; 67% são católicos, 25% protestantes e 8% não professam crença; 50% têm idade entre 25 e 35 anos, e 50% mais de 36 anos; 17% têm tempo de formação menor que cinco anos, 25% entre cinco e dez anos, e 58% mais de 11 anos. A média de atuação em UTI é de 11 anos (25% entre 2 e 5 anos; 25% entre 6 e 10 anos, e 50% mais que 11 anos); 58% trabalham em uma única UTI, e 42% em duas.

Foram observadas 12.868 ocorrências (palavras, formas, vocabulário em geral) nas entrevistas dos participantes. O *corpus* foi dividido em 351 unidades de contexto elementares (UCE), entre as quais 307

(87,46%) foram equiparadas por classificações hierárquicas descendentes de segmentos de texto (ST) de diferentes tamanhos, indicando o grau de semelhança no vocabulário das seis classes resultantes e a significância de aproveitamento do conteúdo. Para melhor compreensão estatística, as classes resultantes da análise estão distribuídas no dendrograma da Figura 1 e na análise fatorial por correspondência (AFC) da Figura 2, unindo análise estatística e descrição das categorias que darão base às discussões.

As classes foram geradas a partir do teste qui-quadrado (x²); nelas, surgem evocações (palavras, formas, expressões) semelhantes entre si, sendo expressas as mais representativas para cada classe. Foi tomado como base x² maior que 3,80, pois corresponde a p<0,05. As falas mais significativas estão discriminadas conforme análise de significância, e serão apresentadas na discussão de cada categoria.

A AFC (Figura 2) permite associar texto com palavras e classes, considerando a frequência, representada em plano cartesiano. Nota-se que palavras de todas as classes se apresentam em segmento centralizado que se expande para pontos periféricos, demonstrando distância significativa entre 5 (terminalidade) e 4 (dificuldades), e 1 (dilemas bioéticos) e 2 (decisões).

Figura 1. Dendrograma de classificação hierárquica descendente com partições e conteúdo do *corpus*

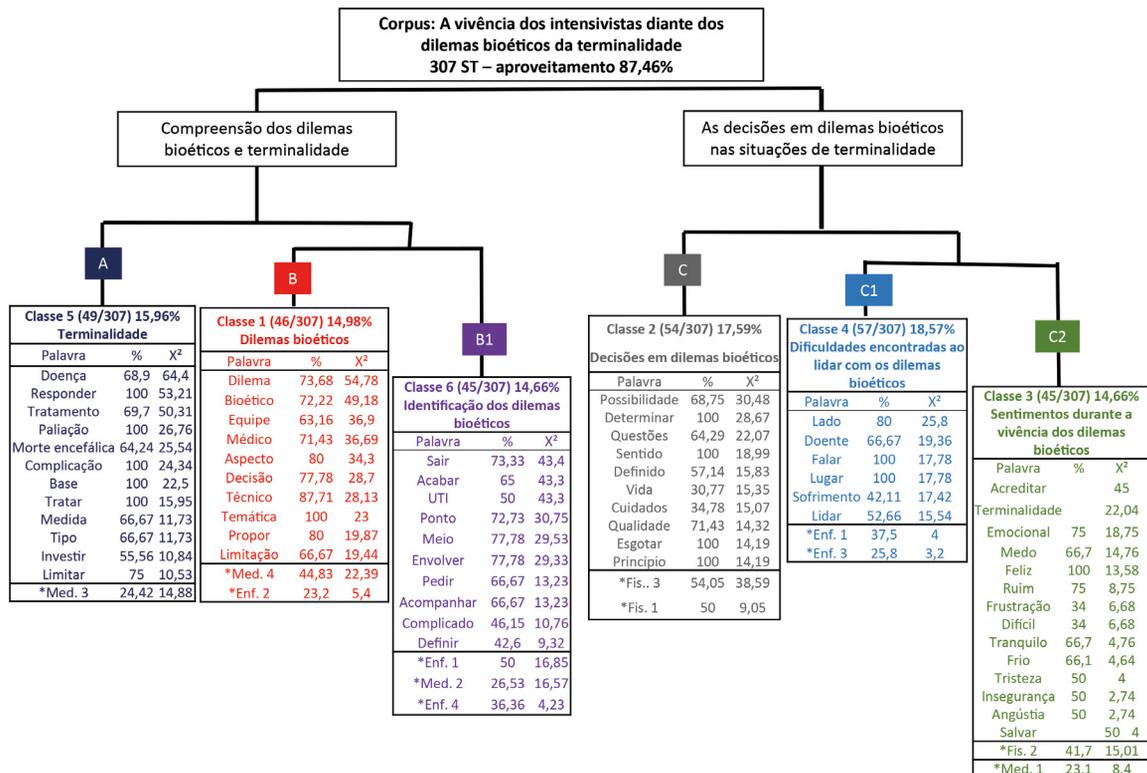
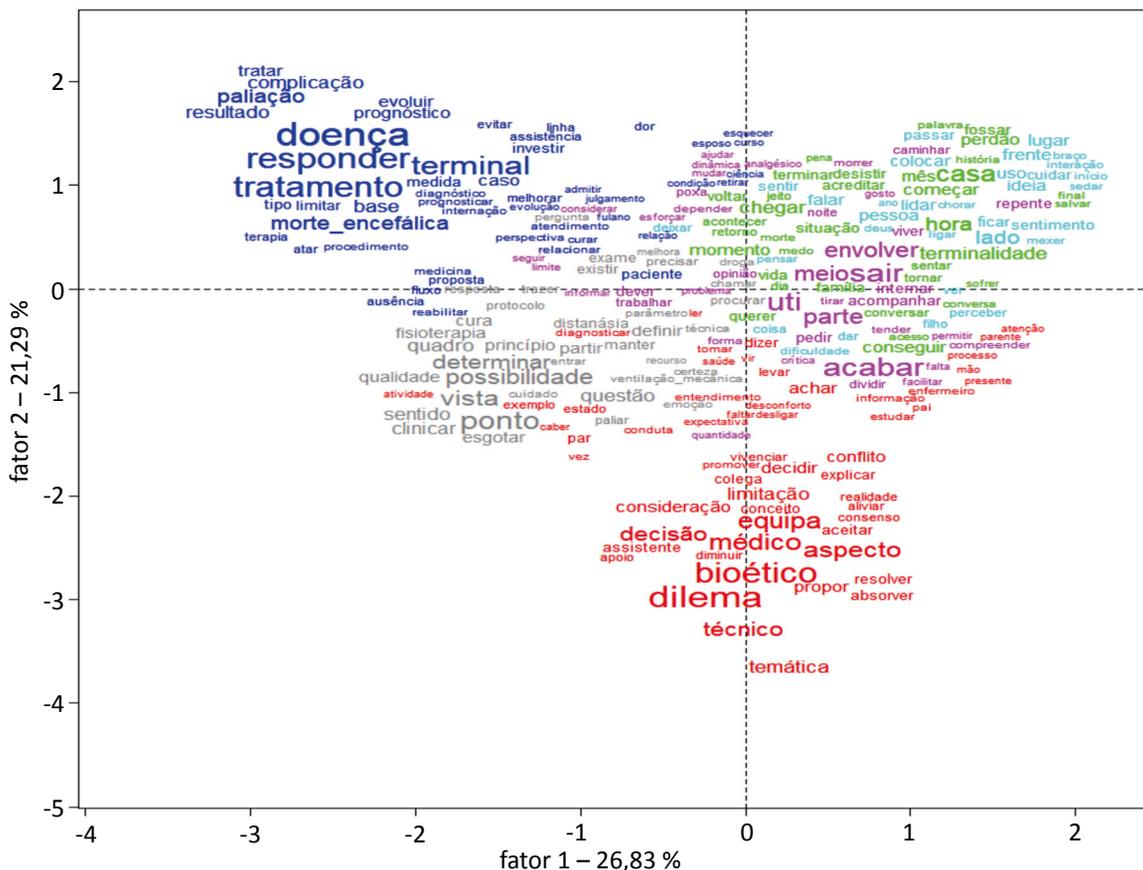


Figura 2. Análise fatorial de correspondência



Azul-escuro: Classe 5 (terminalidade); vermelho: Classe 1 (dilemas bioéticos); lilás: Classe 6 (identificação dos dilemas bioéticos); cinza: Classe 2 (decisões em dilemas bioéticos); azul-claro: Classe 4 (dificuldades encontradas ao lidar com dilemas bioéticos); verde: Classe 3 (sentimentos durante a vivência de dilemas bioéticos).

Compreensão dos dilemas bioéticos e terminalidade

A Categoria B, "dilemas bioéticos" (Classe 1), compreende 14,98% do *corpus* ($f=46$), sendo constituída por palavras e radicais no intervalo de $\chi^2=3,9$ ("entendimento") a $\chi^2=54,78$ ("conflito"). Compõem a categoria, além dos dois termos que estabelecem o intervalo, palavras como "bioético" ($\chi^2=49,18$), "equipe" ($\chi^2=36,9$), "médico" ($\chi^2=36,69$) e "decisão" ($\chi^2=28,7$).

A análise demonstra que a temática "bioética" foi identificada pelos participantes como difícil, complicada e complexa. De maneira geral, os entrevistados mencionaram impasses éticos relacionados ao cuidado do paciente, definindo-os como questões para as quais não se tem respostas imediatas, sendo necessário princípios e valores pessoais para respondê-las. Entre os princípios citados destacam-se o respeito à dignidade humana, a autonomia, a beneficência e a não maleficência; entre os valores, a religião e crenças pessoais. Foram abordadas ainda questões relacionadas à definição de vida e morte, como eutanásia, distanásia e cuidados paliativos:

"'Dilemas bioéticos' acho que é tudo que leva em consideração conceitos éticos e pessoais das situações na vida do paciente" (Médico 4);

"É complicado dizer, mas são dilemas relacionados a decisões acerca da vida do paciente. É muito difícil lidar com eles" (Enfermeiro 2);

"É algo bastante dificultoso, que vai te colocar perguntas que você não vai saber a resposta. Vai ser difícil responder. Você tem que recorrer a certos princípios para direcionar a forma como você vai agir" (Fisioterapeuta 2).

Pelos depoimentos, é possível perceber que os médicos entrevistados têm compreensão mais definida desses impasses. A análise qualitativa permite identificar que são principalmente os fisioterapeutas e enfermeiros que encontram mais problemas para compreender a temática, definindo-a como complicada e difícil de conceituar. Além disso, os resultados apontam que cerca de 30% dos profissionais de

fisioterapia e enfermagem entrevistados afirmaram não lembrar do tema e reconheceram a necessidade de estudá-lo.

Essas duas categorias profissionais afirmaram ainda que a tomada de decisão em relação a dilemas bioéticos é de responsabilidade médica. Os profissionais, portanto, demonstraram distanciamento da deliberação sobre temas relacionados à vida e à morte, como apontado na seguinte fala: *“as decisões em dilemas bioéticos são muito complicadas. Geralmente, quem decide essa parte é a equipe médica. Eles quem decidem. Eu só faço aquilo que eles dizem”* (Enfermeiro 3). Assim, os achados deste estudo corroboram o que aponta Machado⁴: apesar de a bioética ser interdisciplinar, na prática ainda há pouco envolvimento de outras categorias que não a médica em decisões éticas relacionadas à terminalidade, o que acaba por perpetuar o modelo biomédico.

A bioética pode ser compreendida como o estudo interdisciplinar de problemas gerados pelo progresso biomédico (em nível individual, institucional ou social), suas repercussões e seus sistemas de valores^{3,5,9,10}. O campo do conhecimento pretende evitar que a tecnologia se transforme em instrumento que prolongue o sofrimento e retarde o inevitável processo de morte a qualquer custo, submetendo o paciente a agonia por métodos artificiais^{3,6,10}.

Ao refletir sobre vida e morte, a bioética apresenta questões presentes no dia a dia dos profissionais de saúde, discutindo temas como prolongamento da vida, morrer com dignidade, eutanásia, suicídio assistido e cuidados paliativos^{3,5,11}. Reflete-se ainda sobre a manutenção ou retirada do suporte à vida e sobre o julgamento de quem deve prevalecer para tomar essa decisão: equipe, paciente ou família¹¹.

A Categoria A, “terminalidade” (Classe 5), corresponde a 15,96% do *corpus* (f=49 ST), compreendendo o intervalo entre $\chi^2=3,86$ (relacionar) e $\chi^2=64,4$ (doença). Além dessa última, as palavras com maior representação são: “responder” ($\chi^2=53,21$), “tratamento” ($\chi^2=50,31$), “terminal” ($\chi^2=43,21$) e “paliação” ($\chi^2=26,76$).

A partir desses dados e da análise dos relatos, é possível perceber que profissionais compreendem a terminalidade a partir da descrição encontrada na literatura científica, que a relaciona ao enfermo sem perspectivas de cura e aos cuidados paliativos, adotados neste contexto. Nesse sentido, o fim da vida é inevitável, principalmente quando a doença

de base não responde a tratamentos, o indivíduo fica comprometido e não há mais possibilidade de recuperação/reabilitação.

Os participantes relatam que, na situação em que a morte do paciente é iminente, o tratamento paliativo deve ser adotado, buscando conforto e aliviando a dor e o sofrimento, de modo a oferecer qualidade de vida e favorecer a morte digna. Os intensivistas falam na possibilidade de reabilitar o doente para que ele pelo menos viva mais tempo em sua casa; no entanto, não foi mencionada a importância de permitir a presença de familiares na UTI nos momentos finais da vida:

“Pacientes terminais são pacientes que têm um câncer terminal, [para o qual] não tem mais como fazer nenhuma espécie de terapia, ou uma doença que não está mais respondendo ao tratamento” (Médico 3);

“Paciente terminal é o paciente em que qualquer forma de tratamento terapêutico não vai melhorar o prognóstico ou fazer com que ele possa evoluir, tendo uma alta ou coisa do tipo, como protelar o inevitável, que no caso é a morte” (Enfermeiro 4).

Essa compreensão está de acordo com a visão da Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Sepcal)¹², que desenvolveu guia com elementos essenciais para os cuidados ao paciente terminal a partir dos seguintes critérios: presença de enfermidade avançada, progressiva e incurável; falta de possibilidades razoáveis de resposta a tratamento específico; diversos problemas ou sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais; grande impacto emocional para o paciente, a família e a equipe terapêutica, relacionado à iminência explícita ou não da morte; e prognóstico de vida inferior a seis meses. Neste contexto, é premissa fundamental não rotular o paciente potencialmente curável como terminal. A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰ destaca ainda que, para doentes terminais, o tratamento pode ser limitado, mas não deve ser interrompido, uma vez que cuidados curativos e paliativos devem andar lado a lado e existem os mais diversos recursos e ações para garantir a morte digna.

Corroborando os princípios dos cuidados paliativos, os participantes consideram que o esgotamento de recursos para cura e a aceitação de que a pessoa se encaminha para o fim não significam que não há mais o que fazer^{5,6,11}. Conforme Machado⁴ e Monteiro e colaboradores⁵, uma vez declarada a condição terminal, há ampla gama de ações paliativas a ser oferecida, tanto ao sujeito que necessita de cuidados quanto a seus familiares, visando não só

o alívio da dor e a diminuição do desconforto, mas sobretudo a possibilidade de enfrentar o fim da vida na companhia de pessoas que ofereçam escuta e suporte.

Na subcategoria “identificação dos dilemas bioéticos acerca da terminalidade” (Classe 6) foram avaliados 45 ST, que correspondem a 14,66% do *corpus*. A classe compreende o intervalo entre $x^2=3,01$ (morrer) e $x^2=43,4$ (sair). As palavras mais significativas foram: “acabar” ($x^2=43,34$), “UTI” ($x^2=43,34$), “envolver” ($x^2=29,33$), “acompanhar” ($x^2=13,23$), “complicado” ($x^2=10,76$) e “definir” ($x^2=9,32$).

Apesar da dificuldade da equipe em nomear e definir os dilemas bioéticos intrínsecos às situações de fim de vida, e do não envolvimento de algumas categorias na tomada de decisões, durante a entrevista os participantes descreveram alguns problemas enfrentados pela sua área de atuação.

Enfermeiros destacaram as seguintes dificuldades: revelar aos familiares o diagnóstico de aids de pacientes em coma; tentar curar ou ofertar conforto; investir ou não em estomias e curativos especiais; oferecer cuidados relacionados ao alimento e dar banho em doentes terminais; e até quando investir no tratamento a esses pacientes. Por sua vez, os fisioterapeutas citaram decisões quanto à utilização de oxigenoterapia (ventilação não invasiva ou ventilação mecânica), medidas relacionadas ao desmame do ventilador e análise da mobilização motora. Essas questões críticas foram analisadas com base no princípio da beneficência.

A equipe médica relatou dilemas decorrentes da aceitação de terapêuticas paliativas por familiares do enfermo. Entre elas, a decisão acerca da sedoanalgesia; a escolha, nos últimos minutos de vida, entre deixar o paciente confortável, mas sedado, ou completamente consciente; e reflexões sobre se a assistência prestada está gerando grande sofrimento ou não. Essas indagações levam ao problema da ausência de protocolos para cuidados paliativos e terminalidade em UTI.

O contexto da UTI traz aos intensivistas complexos dilemas bioéticos que permeiam as áreas da medicina, enfermagem, fisioterapia e psicologia. Esses pontos, relatados em diversos estudos, abrangem: estabelecer a intervenção mais adequada de acordo com o estado geral de saúde do paciente^{13,14}, nutrição/hidratação^{13,14}, comunicação de más notícias^{11,15}, participação dos familiares nas decisões^{16,17}, interação dos profissionais com os parentes do enfermo¹⁸ e decisões judiciais para admitir pacientes¹⁶, reanimação cardiopulmonar¹⁶, drogas

vasoativas¹⁶, ventilação mecânica^{16,17}, métodos dialíticos^{16,17}, antibióticos^{16,17}, transfusão de sangue e hemoderivados^{16,17}, dignidade no fim da vida¹⁵⁻¹⁷, respeito à autonomia do paciente¹³⁻¹⁷ e revelação do diagnóstico de aids aos familiares^{16,17}.

Decisões em dilemas bioéticos na terminalidade

A Categoria C, “decisões em dilemas bioéticos” (Classe 2), compreende a análise de 54 ST, correspondendo a 17,59% dos segmentos textuais analisados. Seu intervalo varia de $x^2=4,12$ (“bem”) a $x^2=43,1$ (“ponto”). As palavras que se destacam são: “possibilidade” ($x^2=30,48$), “determinar” ($x^2=28,67$), “questões” ($x^2=22,07$), “definido” ($x^2=15,83$), “vida” ($x^2=15,35$), “cuidados” ($x^2=15,07$), “qualidade” ($x^2=14,32$), “esgotar” ($x^2=14,19$) e “princípios” ($x^2=14,19$).

A análise dos relatos desta categoria permite identificar que decisões costumam ser tomadas de forma pessoal, pois a expressão de maior destaque foi “meu ponto de vista”, indicando que cada profissional age de acordo com suas próprias concepções. No entanto, diante de impasses, constata-se a influência de valores humanísticos, religiosos e tecnocientíficos, na busca por esgotar todas as possibilidades terapêuticas, respeitando os princípios bioéticos e proporcionando qualidade no cuidado. Além disso, os profissionais refletem se a decisão técnica é benéfica ou não, sendo importante nesse julgamento o viés subjetivo, a história que cada um carrega.

O fundamento humanístico das decisões tomadas pelos participantes envolve valores relacionados à vida e o respeito às decisões do enfermo quando este desiste de viver, além de “*feeling*” e percepção pessoal de cada caso: “*Eu uso muito do feeling e também os sentimentos que percebo na conversa com os familiares. Procuro perceber a interação da família com o paciente, e também uso os embasamentos técnicos, mas procuro seguir tentando recuperar o paciente quando tem uma coisa que me diz em especial que vai dar certo*” (Médico 2).

Conhecimentos tecnocientíficos embasam definições acerca da finitude e a ponderação se a doença do paciente é tratável ou não. Para isso, são analisadas todas as possibilidades de tratamento e o processo de recuperação. Contudo, quando não percebe evolução significativa do quadro clínico, a equipe tende a aceitar a terminalidade, e a assistência paliativa passa a ser a principal conduta. A fim de se chegar a um consenso do que seja o tratamento paliativo, são utilizados conhecimentos da bioética:

“Do ponto de vista técnico, para ser o mais racional possível, procuro analisar se esgotei todas as possibilidades científicas que havia para aquele paciente, para só então aceitar que não posso mais reabilitá-lo, e a única coisa que poderei fazer é possibilitar a morte sem desconforto respiratório, dentro de suas condições” (Fisioterapeuta 1).

Muitos profissionais mencionam crenças pessoais e religiosas como fundamento para suas decisões. Algumas ações são justificadas por fé, Deus, religião e valores pessoais:

“Eu acho que se eu minimizar os parâmetros de ventilação mecânica para facilitar a terminalidade do paciente, eu vou contra os meus princípios e valores morais. Eu me nego a ter que diminuir frequências respiratórias” (Fisioterapeuta 3).

Alguns profissionais utilizam mecanismos de defesa diante de decisões de vida ou morte, como distanciamento e atribuição da responsabilidade à categoria médica. Por outro lado, médicos relatam sobrecarga na tomada de decisões e dizem sentir necessidade de conversar sobre o tema com outros membros da equipe e com a família do paciente a fim de dividir responsabilidades:

“A parte terapêutica é a equipe médica. Com relação a resolver se tem ou não possibilidade ainda de reabilitar [o paciente], isso é uma coisa médica. Então acaba que não me envolvo muito. (...) [Há] equipes que até conversam entre si, mas é sempre muito complicado” (Enfermeiro 1);

“Definir a terminalidade de um paciente é uma responsabilidade muito grande, aí a gente chama a coordenação para ajudar, a equipe e a família” (Médico 2).

Além do mais, conforme a AFC, a Classe 2 (“decisões”) está presente nas falas relacionadas à compreensão dos dilemas bioéticos. É possível inferir que os profissionais se baseiam em princípios bioéticos para definir condutas:

“Os dilemas bioéticos são identificados no caso de definir se aquele paciente está em distanásia ou não, se estou fazendo mais malefício para aquele paciente, ou se minha decisão é paliar. Aquela situação vai trazer menos desconforto ou permito que ele fique acordado ao lado da família?” (Médico 1).

O comportamento dos intensivistas parece se basear em valores pessoais, não havendo certeza

sobre o limite de sua atuação, sobre quando adotar ações paliativas e com qual enfoque. Essas dúvidas também foram identificadas nos estudos de Motta e colaboradores¹⁸ e Moritz e colaboradores¹⁶. Observa-se que o medo da repreensão legal interfere na retirada de medidas fúteis, mesmo com a certeza de que evitar a distanásia é ação ética necessária¹⁶.

Apesar da tendência a se basear em valores pessoais e da falta de embasamento teórico para definir condutas diante de dilemas bioéticos, as resoluções tomadas pelos profissionais estão de acordo com o leque de princípios e regras do Relatório Belmont, que, conforme Durand¹⁹, é o guia que estabelece princípios (respeito às pessoas, beneficência e justiça) para abordar dilemas bioéticos, segundo a tradição norte-americana já proposta por William Frankena. Destacam-se os valores: vida, saúde, integridade, autonomia, intimidade, vida privada, corpo (não coisificação do corpo), singularidade, igualdade, sociabilidade, solidariedade, relação e convivência.

A Categoria D, “dificuldades encontradas ao lidar com dilemas” (Classe 4), representa 57 ST, ou seja, 18,57% do *corpus*. Trata-se da categoria mais extensa e mais difundida em outras, conforme a AFC, relacionando-se a sentimentos e ao relato dos dilemas. Sua frequência varia de $x^2=4$ (“entender”) a $x^2=25,8$ (“lado”). As palavras mais significativas são: “lado” ($x^2=25,8$), “doente” ($x^2=19,36$), “falar” ($x^2=17,78$), “lugar” ($x^2=17,78$), “sofrimento” ($x^2=17,42$) e “lidar” ($x^2=15,54$).

A dificuldade mais citada pelos intensivistas foi lidar com o sofrimento do paciente e do familiar, bem como falar sobre a morte com eles, conforme evidenciado por Staniscia e colaboradores²⁰. Esse problema também foi constatado por Kübler-Ross²¹, que descreveu como profissionais de saúde sofrem quando acompanham doentes terminais, demonstrando a dificuldade de falar sobre o assunto e buscar ajuda para lidar com seus sentimentos.

Houve consenso entre as categorias sobre a idade dos pacientes: quanto mais jovens, mais difícil de decidir, aceitar e lidar com a impossibilidade de cura: *“Quanto mais jovem, mais difícil de lidar. Tinha tanta vida pela frente... Vai deixar esposa, filhos pequenos. A gente fica se colocando no lugar e se perguntando: quem vai cuidar dos filhos? E a gente acaba sofrendo com eles”* (Enfermeiro 3).

Esse achado corrobora a pesquisa de Vicenzi²², a qual aponta que para cada profissional há situações mais ou menos dolorosas, dependentes de variáveis como idade ou algum traço do paciente

que lembre alguém muito próximo. No presente estudo, os participantes revelaram que os momentos nos quais mais sofrem é quando veem e sentem o sofrimento dos familiares no boletim médico, nas visitas e no recebimento da notícia de falecimento:

“Para mim o mais difícil é lidar com a família; é triste vê-los chorando. O parente está morrendo... Dar a informação do óbito e receber a família aqui é muito difícil pra mim” (Enfermeiro 1);

“Mas o mais difícil é ver a família sofrendo. Quando o paciente tá ali, tá sedado, sem dor, não se importa tanto com o sofrimento dele, já sei que pode morrer. Faço minha parte e procuro dar conforto pra morrer dignamente” (Fisioterapeuta 3).

A categoria médica relatou dificuldades em lidar com equipes que criticam o tratamento paliativo e demonstram pouco conhecimento teórico para entender decisões relacionadas à limitação terapêutica²³. Os médicos dizem se deparar com poucos recursos tecnológicos para definições mais precisas de distanásia e morte encefálica, bem como com a ausência de protocolos que auxiliem na solução de impasses bioéticos diante de enfermos terminais:

“Minha dificuldade maior é lidar com a equipe, que não compreende as decisões e faz críticas desnecessárias. É que alguns colegas não têm bem definidos os conceitos de eutanásia, distanásia, ortotanásia e cuidados paliativos, até que ponto se deve limitar os cuidados. Muitos até desconhecem o que é cuidado paliativo, por isso não lançam mão e não entendem que em um determinado momento você tem que promover mais analgesia, você tem que dar aquele conforto” (Médico 4).

Este estudo concorda com Machado⁴ quando discorre sobre a deficiência geral de conhecimento dos intensivistas sobre temas relacionados à terminalidade. O impacto dessa deficiência sobrecarrega principalmente os que atuam em UTI e presenciam o sofrimento e a morte em seu cotidiano, com pacientes sem possibilidades terapêuticas curativas⁵.

A Classe 3, subcategoria “sentimentos vivenciados diante dos dilemas bioéticos”, trata de aspectos emocionais da equipe ao lidar com dilemas do fim da vida. Correspondente a 14,66 % do UCE (f=45 ST), a classe cobre o intervalo de $\chi^2=2,74$ (“angústia”) a $\chi^2=18,75$ (“emocional”). As palavras mais significativas são: “acreditar” ($\chi^2=45$), “terminalidade” ($\chi^2=22,04$), “emocional” ($\chi^2=18,75$), “medo” ($\chi^2=14,76$), “feliz” ($\chi^2=13,58$), “ruim” ($\chi^2= 8,75$), “frustração” ($\chi^2= 6,68$) e “tristeza” ($\chi^2= 4$).

Ao vivenciar situações relacionadas à terminalidade, a equipe de saúde sente medo, angústia, frustração, tristeza e insegurança, ou mesmo felicidade e tranquilidade. Há momentos em que os profissionais “acreditam” (verbo que remete à fé e à esperança), tomando como base suas crenças pessoais e concepções de vida, morte e sofrimento, as quais interferem em aspectos emocionais ligados ao fim da existência humana. Como também evidenciado em relatos recolhidos por Vicensi²², alguns demonstram esperança na capacidade de o ser humano se recuperar e lidar com a própria finitude; outros experimentam medo, frustração e fracasso:

“Quando começa uma situação do paciente não responder mais aos tratamentos, e ele entra em situação de terminalidade, nos deparamos com a frustração de não poder fazer tudo, de ter limites. Aí dá medo, e a dúvida: será que estou fazendo tudo mesmo, será que o que estou fazendo é correto?” (Médico 2);

“É a sensação de fracasso, é o que passa também: ‘Nossa, que droga, não deu certo’. São vários sentimentos, medo de errar, medo de não atender as expectativas, porque todo mundo que interna um familiar quer levá-lo para casa bem” (Médico 1).

Os dados reforçam os achados de Monteiro e colaboradores⁵, Staniscia e colaboradores²⁰ e Kovács²³ ao evidenciar que a maior dificuldade dos profissionais da saúde está na relação com a família do paciente, tendo em vista que, na maioria das vezes, o doente terminal em UTI permanece sedado.

“Angústia maior quando você diz, principalmente para a família, que não tem o que fazer com aquele paciente, que não tem nenhum tratamento mirabolante, não tem nada. Então é um sofrimento também. Para mim, gera um extremo desconforto e drena as energias de uma forma que nenhuma atividade física é capaz” (Médico 2).

Os sentimentos de angústia, frustração e medo podem ser decorrentes da formação acadêmica em saúde, que enfatiza a figura do profissional como herói que deve salvar vidas e derrotar a morte a qualquer custo²⁴. No entanto, quando “vence”, a morte desperta nestes profissionais os piores sentimentos, resultando em desgaste e criação de mecanismos de defesa, negação e distanciamento. Consequentemente, aumenta também o sofrimento de pacientes e familiares²⁴.

Por outro lado, quando o desejo do paciente é respeitado e uma morte digna é favorecida, pode-se experimentar sentimentos de felicidade:

“Nos pacientes que já estão nessa situação de terminalidade, já há um desinvestimento próprio. Ele já está ali cansado de lutar, depois de idas e vindas para a UTI. Já está desistindo da vida e para ele a maior alegria é desistir, estar feliz e desistir, e pronto. Aí a gente se sente feliz, porque favoreceu a morte natural” (Fisioterapeuta 2).

A AFC (Figura 2) aponta que as classes 4 (“dificuldade”), 6 (“identificação dos dilemas”) e 3 (“sentimentos”) se misturam, revelando que lidar com dilemas bioéticos na terminalidade traz várias dificuldades e sentimentos, como mostra o depoimento de um dos entrevistados:

“Eu pedi para sair da tarde, eu não gosto de ver a família sofrendo, eu sofro junto também... Eu particularmente tento não me envolver muito e acabo não me envolvendo. Como eu trabalho pela manhã, não preciso ficar vendo os familiares, só quando tenho que informar algum óbito, o que é muito difícil pra mim” (Enfermeiro 3).

Uma vivência permeada de dificuldades

O contato contínuo com pacientes terminais proporciona à equipe de saúde a oportunidade de confrontar seu próprio processo de finitude. Esse enfrentamento, por conta da falta de preparo para lidar com a vida e a morte, pode causar dor e sofrimento, como aponta Klüber-Ross²¹. Os profissionais desenvolvem então mecanismos de defesa que os distanciam do paciente e seus familiares²⁰.

Os obstáculos para lidar com questões bioéticas estão relacionados principalmente à falta de atualização dos intensivistas. Entre os entrevistados, 58% se formaram há mais de 11 anos. Esses profissionais têm dificuldades para apreender os conceitos de bioética e terminalidade, o que repercute na atuação prática, como nas situações em que é necessário embasamento teórico atualizado para tomar decisões éticas com base em valores humanitários^{5,6}.

A falta de preparo para lidar com esses problemas que requerem tomadas de decisão está relacionada a lacunas na formação desses profissionais, que, em geral, seja na graduação ou na educação continuada, está voltada a gerar técnicos, heróis que salvarão vidas^{4,5,11}. No entanto, os intensivistas sentem falta de conhecimentos nessas situações, como demonstra a seguinte fala:

“Eu me sinto desconfortável ao lidar com a terminalidade, porque não estudei para lidar com a morte, estudei para tentar salvar vidas, sempre que

possível. Mas a gente só vê uma possibilidade, a de salvar” (Médico 4).

A falta de segurança nas decisões nesses momentos críticos leva os intensivistas a utilizarem mecanismos de defesa para se afastar do contato direto com pacientes e familiares, de modo a evitar a reflexão sobre a própria finitude^{21,23}. O resultado é a assistência desumanizada, que trata corpos e não pessoas²³.

Este estudo indica a necessidade de educação continuada para profissionais de UTI, a fim de que haja maior compreensão sobre a bioética e a terminalidade. Segundo Pessini e Drane¹³, diante de impasses, a pessoa deve ser o fundamento de toda reflexão, considerando-se a alteridade, isto é, a relação interpessoal. Para que esse entendimento se torne indissociável da prática cotidiana dos profissionais, é imprescindível refletir se o que importa realmente é a vida ou a qualidade de vida. Diante de questões relacionadas a postergar a morte inevitável e à manutenção da vida a todo custo, fica claro que é essencial buscar não somente a extensão da vida, mas sim a dignidade inerente à condição humana.

Considerações finais

O presente estudo buscou compreender como intensivistas vivenciam dilemas bioéticos acerca da terminalidade. As categorias detectadas nas falas dos entrevistados foram analisadas sob dois eixos temáticos e, por fim, os problemas enfrentados pelos profissionais foram discutidos. A compreensão das questões bioéticas é distinta do entendimento da terminalidade, das decisões e da identificação de tais dilemas. Contudo, foi possível perceber que as categorias profissionais têm dificuldade de falar sobre temas relacionados à bioética, revelando compreensão pouco aprofundada.

Os profissionais de enfermagem e fisioterapia têm mais problemas ainda para descrever e discernir dilemas bioéticos, evidenciando seu distanciamento da responsabilidade quanto às deliberações nesses casos. Verifica-se que, apesar de a bioética ser interdisciplinar, há pouco envolvimento dessas categorias, o que talvez decorra de deficiências na formação profissional.

Apesar da dificuldade em discutir e classificar as temáticas, todas as categorias conseguiram descrever os impasses vivenciados diante da terminalidade dos pacientes, conforme o que já havia sido identificado na literatura. Verificou-se que os

intensivistas compreendem a terminalidade ao associar o termo a doentes fora de possibilidades de cura, relatando condutas diversas que remetem à assistência paliativa. Contudo, o impasse está em definir se de fato não há mesmo perspectivas de cura.

Além da dificuldade de discernir exatamente o quadro clínico do paciente, a equipe vivencia outras questões, como a necessidade de lidar com o sofrimento do paciente e de seus familiares. Também foram evidenciados obstáculos relacionados à tecnologia indispensável para definir até quando vale a pena investir em terapêuticas curativas e à falta de preparo da equipe para lidar com diferentes opiniões e crenças acerca do tratamento.

Para enfrentar esses pontos críticos, os intensivistas se baseiam em valores humanísticos e religiosos, fundamentando-se mais em crenças pessoais do que em princípios teóricos, o que gera instabilidade emocional e insegurança em relação às condutas. Tais crenças e ideias levam os profissionais a vivenciar sentimentos diversos, como esperança, medo, frustração, angústia, insegurança, felicidade

e tristeza. Para esquivar desses sentimentos e sensações, que refletem em reações de afastamento e pouco envolvimento nas situações de terminalidade, os intensivistas evitam principalmente o contato com a família do paciente, que carece de acolhimento e tratamento humanizado.

Os problemas apresentados por todas as categorias apontam a necessidade da formação continuada, relacionada tanto ao conhecimento e utilização dos princípios éticos em situações do cotidiano quanto à capacidade dos profissionais que trabalham na UTI de refletir sobre esses temas e encarar a própria finitude. Portanto, o foco deve ser na reflexão bioética sobre a morte, pois este é o melhor caminho para atuar com mais eficiência e dignidade na área de saúde. É importante entender a morte como fenômeno natural, normal, parte da vida e conhecer os princípios bioéticos que orientam ações mais assertivas e minimizam o sofrimento. Isto aproxima a equipe dos familiares e pacientes, contribuindo para o que tanto almejamos: a humanização da assistência em saúde.

Referências

1. Pessini L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 11 maio 2016];24(1):54-63. DOI: 10.1590/1983-80422016241106
2. Araújo LZS, Neves WA Jr. A bioética e a fisioterapia nas unidades de terapia intensiva. *Rev. Fisioter Univ São Paulo* [Internet]. 2003 [acesso 3 maio 2016];10(2):52-60. Disponível: <https://bit.ly/2XWMMHF>
3. Siqueira JE, Pessini L, Siqueira CEM. Conflictos morales al final de la vida: aspectos médicos, filosóficos y jurídicos. *Rev Colomb Bioét* [Internet]. 2013 [acesso 10 maio 2016];8(2):116-28. Disponível: <https://bit.ly/2FhD2QA>
4. Machado KDG. O profissional de saúde na unidade de terapia intensiva frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticas: um olhar da bioética [dissertação] [Internet]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2007 [acesso 10 maio 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2XronfC>
5. Monteiro MC, Magalhães AS, Féres-Carneiro T, Machado RN. Terminalidade em UTI: dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. *Psicol Estud* [Internet]. 2016 [acesso 11 maio 2016];21(1):65-75. Disponível: <https://bit.ly/2Kriho>
6. Godinho AM, Leite SG, Dadalto L, coordenadores. *Tratado brasileiro sobre o direito fundamental à morte digna*. São Paulo: Almedina; 2017.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
8. Ratinaud, P. *Iramuteq: Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires* [software]. Version 0,7 alpha 2. França: Laboratório Lerass; 2009.
9. Schwartzman UP, Martins VCS, Ferreira LS, Garrafa V. Interdisciplinaridade: referencial indispensável ao processo de ensino-aprendizagem da bioética. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 11 maio 2016];25(3):536-43. DOI: 10.1590/1983-80422017253210
10. Connor SR, Bermedo MCS, editores. *Global atlas of palliative care at the end of life*. Londres: WPCA; 2014.
11. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicol USP* [Internet]. 2003 [acesso 11 maio 2016];14(2):115-67. Disponível: <https://bit.ly/2ISpFaf>
12. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Guía de cuidados paliativos* [Internet]. Madrid: Secpal; 2014 [acesso 11 maio 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2MYhJd7>
13. Pessini L, Drane J. *Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano*. São Paulo: Loyola; 2005.
14. Magalhães CBA, Vasconcelos TB, Ferreira SS, Alcântara Neto JM, Sales RP, Vasconcelos RS *et al.* Temas atuais sobre bioética em terapia intensiva: uma revisão narrativa integrativa. *Conexão Ci* [Internet]. 2013 [acesso 11 maio 2016];8(2):73-86. Disponível: <https://bit.ly/2WULgUN>

15. Torres WC. A bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. *Psicol Reflex Crit* [Internet]. 2003 [acesso 11 maio 2016];16(3):475-82. Disponível: <https://bit.ly/2x3yad9>
16. Moritz RD, Machado FO, Heerd M, Rosso B, Beduschi G. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2009 [acesso 11 maio 2016];21(2):141-7. Disponível: <https://bit.ly/2x5CJDK>
17. Gregório Neto J. Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros relativos a pacientes terminais [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010 [acesso 11 maio 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2MZySmx>
18. Motta LCS, Oliveira LN, Silva E, Siqueira-Batista R. Tomada de decisão em (bio)ética clínica: abordagens contemporâneas. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 11 maio 2016];24(2):304-14. DOI: 10.1590/1983-80422016242131
19. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2012.
20. Staniscia ACM, Pereira L, Guimarães CPA, Mekler PL, Rezende F. Dificuldades emocionais vivenciadas pelos médicos intensivistas da unidade de terapia adulto de um hospital geral privado. *Rev SBPH* [Internet]. 2011 [acesso 11 maio 2016];14(1):41-73. Disponível: <http://bit.ly/21OgBWz>
21. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
22. Vicensi CM. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 8 jan 2017];24(1):64-72. DOI: 10.1590/1983-80422016241107
23. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2010 [acesso 11 maio 2016];34(4):420-9. Disponível: <https://bit.ly/2ZtSAIk>
24. Silva, LCSP, Valença CN, Germano RM. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [acesso 11 maio 2016];63(5):770-4. Disponível: <https://bit.ly/2Y08fyl>

Participação dos autores

Gisly Macêdo de Sousa pesquisou e redigiu o manuscrito. Marinalva de Araújo Lustosa foi responsável pela revisão crítica com Valéria Sena Carvalho, que também orientou a pesquisa e aprovou a versão final.

Gisly Macêdo de Sousa

 0000-0003-2324-6807

Marinalva de Araújo Lustosa

 0000-0002-9112-0678

Valéria Sena Carvalho

 0000-0002-7487-2886



Anexo

1. Questionário socioeconômico

Idade: () Menos de 25 anos () entre 25 e 35 anos () mais de 35 anos

Gênero: M () F () Outros () _____

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Não tem () Outras _____

Estado Civil: () Casado () Viúvo () Separado () Solteiro () Outros _____

Formação Profissional: () Enfermeiro () Fisioterapeuta () Médico

Está presente na unidade de aplicação da pesquisa em quantos plantões por semana? _____

Trabalho em UTI a quanto tempo? _____

Trabalha em quantas UTI: () Somente em uma () Em duas () Em mais de duas UTI

Quanto tempo de formado: () Menos de 5 anos () Entre 5 e 10 anos () Mais de 10 anos

2. Entrevista semiestruturada

A) Como você compreende o conceito de pacientes fora de possibilidades terapêuticas curativas?

B) Quais os conflitos bioéticos vivenciados quando você tem que decidir acerca da melhor terapêutica para o paciente terminal?

C) O que você sente ao lidar com pacientes graves com risco de vida?

D) Como você soluciona os conflitos bioéticos vivenciados na UTI?

E) Quais as principais dificuldades enfrentadas no cuidado ao paciente com prognóstico reservado?