

Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica

Lucília Nunes

Resumo

O artigo apresenta os resultados da análise das questões éticas identificadas por enfermeiros perante usuários em situação crítica, de risco iminente de morte, e cuja sobrevivência depende de métodos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. As principais preocupações éticas dizem respeito à informação ao cliente, ao acompanhamento em fim de vida, à responsabilidade profissional em intervenções interdependentes; as temáticas reportam à decisão da pessoa (consentimento/recusa de proposta terapêutica), dilemas na informação, atuação nos processos de morrer e decisão de não tentar reanimar, respeito pelos direitos humanos em contextos desfavoráveis. Destacamos as dimensões do sentido de responsabilidade, da influência da consciência moral nas decisões, da deliberação de proteger o Outro em risco e da vivência de episódios profissionais de superação; finalmente, identificamos fatores mediadores na gestão das dificuldades éticas.

Palavras-chave: Bioética. Temas bioéticos. Assistência de enfermagem. Resolução de problemas. Pesquisa.

Resumen

Los problemas éticos identificados por enfermeros en relación a los pacientes en estado crítico

El artículo presenta los resultados de las cuestiones éticas identificadas por enfermeros ante usuarios en situación crítica, en una situación de riesgo inminente de muerte y cuya supervivencia depende de medios avanzados de vigilancia, monitoreo y tratamiento terapéutico. Las principales preocupaciones éticas se han expresado respecto a la información al cliente, el acompañamiento en el final de la vida, a la responsabilidad profesional en intervenciones interdependientes; las temáticas reportan la decisión de una persona (el consentimiento / rechazo de la propuesta terapéutica), dilemas en la información, actuación en los procesos de morir y de la decisión de no tratar de revivir, respeto de los derechos humanos en contextos desfavorables. Destacamos las dimensiones del sentido de la responsabilidad, la influencia de la conciencia moral en las decisiones, la deliberación para proteger el Otro en riesgo y la experiencia de episodios profesionales de superación. Por último, se identifican factores de mediación en la gestión de las dificultades éticas.

Palabras-clave: Bioética. Temas bioéticos. Atención de enfermería. Solución de problemas. Investigación.

Abstract

Ethical problems identified by nurses in relation to patients in critical condition

This article presents an identification and analysis of ethical issues identified by nurses in relation to patients in a critical condition, who are at imminent risk of death and whose survival depends on advanced means of surveillance, monitoring and therapy. The main ethical concerns are providing information to the client, end of life monitoring, professional liability in interdependent interventions; themes related to the decisions of the patient (consent to/refusal of therapeutic treatment), information dilemmas, action to be taken during the processes of dying and with regard to do not resuscitate orders, and respect for human rights in unfavorable situations. The present study considers the importance of a sense of responsibility and of protecting the individual at risk, the influence of moral conscience in decision-making, and professional experiences when overcoming challenges. Finally, mediating factors in the management of ethical difficulties are identified.

Keywords: Bioethics. Bioethical issues. Nursing care. Problem solving. Research.

Doutora lucilia.nunes@gmail.com – Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal.

Correspondência

Escola Superior de Saúde, Campus do Instituto Politécnico de Setúbal, Estefanilha. 2914-503 Setúbal, Portugal.

Declara não haver conflito de interesse.

A definição de *situação crítica* pode variar, reconhecendo-se que representa ambientes de prestação de cuidados que incluem circunstâncias de urgência e emergência, assim como pessoas submetidas a terapia intensiva. Na literatura, a tônica comum reside na ideia de situação de *risco iminente* de morte, e teoricamente define-se *doente crítico* como *aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, depende de meios avançados de monitorização e terapêutica para sua sobrevivência*¹. A *pessoa em situação crítica* encontra-se no centro da atenção dos profissionais, que demandam incessantemente a manutenção da vida, num contexto de incerteza e complexidade.

Assim, os cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica são altamente qualificados, *prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total*². Dentre os objetivos dos cuidados à pessoa, destaca-se o monitoramento contínuo de sua situação para poder prever e detectar precocemente qualquer complicação, possibilitando a intervenção precisa, eficiente e em tempo hábil.

A prestação de cuidados em situação crítica requer atuação segura, imediata e pautada pela consciência de seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa. Aspectos aparentemente tangenciais, como a formação dos profissionais ou o trabalho em equipe, assumem então proporções muito relevantes na atenção a situações graves, instáveis, potencialmente danosas, que afetam a sobrevivência. Tenha-se em conta que, muitas vezes, as preocupações dos profissionais são as prioridades terapêuticas, focadas na correção dos desequilíbrios homeostáticos, na estabilização hemodinâmica e das condições de ventilação, na restauração e conservação da volemia, bem como no reparo do desequilíbrio eletrolítico, das alterações metabólicas e no controle da dor. Em síntese, grande parte da atenção concentra-se no suporte aos sistemas.

A questão que orientou este estudo consiste em identificar os problemas éticos que emergem da prática clínica em situações críticas e complexas, na perspectiva dos enfermeiros. Como advertem Diego Gracia e Elma Zoboli, tais problemas *podem ser tomados como qualquer situação que ao menos uma pessoa considere como tal*³.

Método

O levantamento de dados foi feito em várias etapas por meio de duas técnicas de coleta: aplicação de questionário e grupo focal. O universo compunha-se de profissionais que cursavam pós-graduação em enfermagem médico-cirúrgica e que desenvolvem sua atividade profissional há pelo menos dois anos. Os estudantes de pós-graduação participaram do módulo “Questões éticas emergentes em cuidados complexos”, com os seguintes objetivos: (a) aprofundar as questões éticas decorrentes da prestação de cuidados em ambiente complexo; e (b) articular ética e deontologia e promover a reflexão sobre a situação em foco.

O total de 220 estudantes se inscreveu em seis cursos ministrados pela autora desta pesquisa: dois de pós-graduação, dois de pós-licenciatura de especialização e dois mestrados, todos em enfermagem médico-cirúrgica. Eram em sua maioria de hospitais centrais, da região de Lisboa e Vale do Tejo, e 75% participaram da coleta de dados. Trata-se, portanto, de amostra de conveniência – não probabilística e acidental.

Os dados levantados solicitavam resposta individual à questão aberta: *“identifique três questões éticas em cuidados complexos”*. Na etapa seguinte foi requisitada por escrito uma tarefa de três fases, repassada a pequenos grupos de três a cinco estudantes enfermeiros: (a) identificação das questões éticas emergentes em cuidados complexos, de acordo com a perspectiva teórica, clínica (experencial) e conceitual do grupo; (b) listagem das questões e escolha de um caso e; (c) exploração preliminar dos fundamentos para análise ética.

Há que se reiterar que a questão aberta é condizente com a finalidade do estudo, assim como a identificação, a escolha e a exploração dos fundamentos de um caso por um pequeno grupo focal de trabalho constituíram aprimoramento substancial de seu desenho metodológico.

As primeiras coletas foram realizadas em julho de 2007 (31 respondentes) e maio de 2009 (30 respondentes), e seus resultados, identificados como Grupo A. Os levantamentos relativos à reflexão em grupo ocorreram em outubro de 2011 (30 respondentes, seis grupos), fevereiro (18 respondentes, quatro grupos), maio de 2012 (25 respondentes, cinco grupos), julho de 2013 (22 respondentes, quatro grupos) e maio de 2014 (10 respondentes, dois grupos), sendo os resultados identificados como Grupo B.

Quadro 1. Síntese da coleta de dados, população, amostra e técnicas

Datas	População	Amostra	Técnica e coleta	
julho de 2007	39	31	Questionário individual Identificação de três questões éticas (176 declarações de problema)	A
maio de 2009	40	30		
outubro de 2011	32	30	Trabalho em pequenos grupos Identificação de questões éticas – escolha de casos (21 casos/situações-problema)	B
fevereiro de 2012	25	18		
maio de 2012	28	25		
julho de 2013	30	22		
maio de 2014	26	10		
Total	220	166		

Entre a população-alvo compreendida no universo inicial de estudo e os dados relativos aos participantes efetivos do estudo, observou-se a perda de cerca de 25% em relação ao total. Tal diminuição decorreu do longo período abarcado pelo estudo: sete anos. Apesar dessa redução na quantidade de participantes, entende-se que não há por que argumentar acerca da duração da pesquisa; se fosse outro assunto, poder-se-ia questionar tal hiato temporal, mas, em se tratando de identificação de questões éticas da prática profissional dos enfermeiros que proveem cuidados à pessoa em situação crítica, o cerne da discussão permanece inalterado. Além disso, considera-se que tal intervalo poderia ser ainda mais interessante, até pela comparação com estudo anterior, realizado em 2004⁴.

Resultados da primeira etapa

Na análise das respostas do Grupo A, foi usada *a priori* a matriz decorrente do trabalho anterior⁴, com doze categorias: “informação”; “acompanhamento de fim de vida”; “decisão do destinatário dos cuidados”, “respeito pela pessoa”; “sigilo profissional”; “responsabilidade profissional nas atividades interdependentes”; “responsabilidade institucional”; “distribuição de recursos”; “reflexão profissional”;

“desenvolvimento das tecnologias”; “proteção da saúde” e “início de vida”.

Neste estudo verificou-se nas questões propostas a presença de apenas sete dessas categorias – o que é compreensível diante da especificidade da situação crítica dos pacientes bem como do fato de os enfermeiros se encontrarem em contexto médico-cirúrgico: informação; acompanhamento de fim de vida; destinatário da informação; respeito pela pessoa; sigilo profissional; responsabilidade profissional nas atividades interdependentes; e distribuição de recursos.

Do Grupo A (61 respondentes), poderiam ser esperadas 183 declarações de questões éticas; todavia nem todos responderam três questões (alguns apenas duas), levando a um total de 176 declarações. Foi usada como técnica de tratamento de dados a análise de conteúdo segundo Bardin⁵.

Na categoria “Informação” a grande maioria dos depoimentos diz respeito a dilemas na comunicação com o paciente – quem deve dar a informação, a quem, em que situação; seguindo-se a informação relativa a “más notícias” e o parcelamento da informação diante do direito à verdade. Destacam-se as dificuldades em situação de urgência e perante a necessidade de transmitir informação diagnóstica difícil. Os enfermeiros participantes consideraram esse problema como de maior agudeza e frequência, especialmente quando há notícias de morte ou de diagnóstico fatal.

Quadro 2. Descritivo da categoria “Informação”

Categoria	Subcategorias	Unidades de registro	Unidades de enumeração (UE)
Informação	dilemas na informação	Transmissão de informação clínica a doentes e família (10)	27
		Transmissão de informação diagnóstica aos doentes (9)	
		Doente sem informação diagnóstica pergunta ao enfermeiro (4)	
		A família não quer que se informe o doente sobre seu diagnóstico (2)	
		O desejo da família de esconder os diagnósticos relacionados com doenças mal aceitas na sociedade atual (2)	

Categoria	Subcategorias	Unidades de registro	Unidades de enumeração (UE)
Informação	dilemas na informação	Decisão da equipe médica de informar a família, e não a pessoa, sobre seu estado de saúde (2)	5
		Informação telefônica solicitada pelos familiares (2)	
		Passagem de informação da equipe do Bloco Operatório para a UTI. Quem fornece a informação? Que informação partilhar? (1)	
	má notícia	Comunicação de más notícias (9)	10
		Informação correta transmitida ao doente sobre seu estado clínico (intoxicação por organofosforados, falência multiorgânica) (1)	
	problema da verdade	Comunicar a verdade toda ou em parte (5)	6
		Direito das pessoas à verdade (1)	
Total			48

Na categoria “acompanhamento em fim de vida”, questões dilemáticas emergiram diante dos processos de morrer, e as dificuldades decorrentes marcam-se também pelas interrogações sobre (eventual) obstinação terapêutica. Muitas unidades de registro reportam às questões da decisão de tentar ou não reanimar, indicadas verbalmente ou por registro, bem como à dificuldade de consenso ou

de estabelecer critérios para determinar o início e a suspensão das medidas de suporte à vida. Casos específicos apontados são os do paciente em condição de terminalidade e da pessoa que tentou suicídio. O questionamento quanto a distanásia ou obstinação terapêutica aparece associado tanto a pessoas em estado terminal como em situação crítica sem prognóstico de recuperação.

Quadro 3. Descritivo da categoria “Acompanhamento em fim de vida”

Categoria	Subcategorias	Unidades de registro	Unidades de enumeração (UE)
Acompanhamento em fim de vida	dilemas diante do morrer	Situação de doente crítico e indicação verbal de não reanimar (6)	28
		Reanimar, não reanimar – consenso difícil (5)	
		Critérios de início e de suspensão das medidas de suporte à vida (4)	
		Doentes em fim de vida, doença terminal – até onde devem ir os procedimentos invasivos? (3)	
		Reanimar e ventilar pessoas com tentativas repetidas de suicídio (2)	
		Manter suporte inotrópico em doente com indicação escrita de não reanimação (2)	
		Prolongar a vida <i>versus</i> qualidade de vida, quando a morte é inevitável (2)	
		Em UTI, cliente sob ventilação mecânica invasiva – crônico, sem possibilidade de fazer desmame do ventilador (2)	
		Chamar a família para assistir aos últimos minutos de vida de doente terminal (1)	
	Decisão da equipe médica em prestar “cuidados de conforto” (prescritos desta forma) concomitantes a terapêuticas invasivas (1)		
	obstinação terapêutica	Administração de terapêutica de reanimação em utentes em fim de vida e para prolongar a vida (4)	10
		Manutenção dos cuidados e terapêutica em clientes com mau prognóstico; prolongação sem sentido da vida (4)	
		Cliente em falência multiorgânica, em situação extrema, em que se continua a prolongar o tratamento sem fim e sem solução possível (1)	
Intervenção invasiva reiterada em doente crítico – situação reconhecida como complicada (1)			
Total			38

Na categoria “responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes (ou colaborativas)” destacam-se os problemas do trabalho e de comunicação em equipe. As questões da contenção física e da imobilização aparecem como predominantes, talvez porque também façam parte das discussões da *Circular Normativa da Direção Geral de Saúde* ⁶. Tais questões suscitam ainda desacordos quanto a prescrições ou modos de prescrever, especialmente sobre prescrição terapêutica realizada por telefone, sem a presença da pessoa.

Na categoria “decisão dos destinatários dos cuidados” estão, sobretudo, questões sobre consentimento e respeito pela decisão expressa do

usuário, quando essa vontade é conhecida. Considera-se importante salientar a especificidade do consentimento, a extensão dada ao consentimento presumido, a escassez de condições para consentir, bem como a burocratização do consentimento, no que diz respeito a “papel assinado”. Note-se que a situação de urgência ou emergência em que os pacientes estão poderia servir como fundamento para dispensar o consentimento, especialmente quando se considera que este levantamento foi realizado antes da legislação de 2012 e da regulamentação de 2014, referentes ao “testamento vital”, embora o assunto já fosse matéria de discussão pública ^{7,8} e estivesse determinado juridicamente ⁹⁻¹¹.

Quadro 4a. Descritivo da categoria “Responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes”

Categoria	Subcategorias	Unidades de registro	Unidades de enumeração (UE)
Responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes	trabalho em equipe multidisciplinar	Imobilização de doentes – no serviço de urgência, em cuidados intensivos (6)	12
		Doente agitado – quadro clínico em que não estão indicados sedação, risco elevado de queda e/ou acidente (2)	
		Contenção física dos doentes que recusam aderir à terapêutica de ventilação não invasiva (1)	
		Doente submetido a cirurgia abdominal, desorientado, exterioriza cateteres e tenta levantar-se. Pode ter os membros superiores imobilizados? (1)	
		Recusar a imobilização dos pacientes em situação de agitação psicomotora sem prescrição do clínico (1)	
		Demora do médico em aceitar falar com o doente e dificuldade em manter a assertividade e fazer “a ponte” (1)	
	na comunicação em equipe	Indicações médicas telefônicas (prescrições de terapêutica pelo telefone) (5)	10
		Desacordo entre médico internista e especialista. Prescrições e indicações médicas contraditórias (3)	
		Enfermeiro recusa efetuar picada de quatro acessos venosos ou outras indicações incorretas (de acordo com as <i>guidelines</i>) (1)	
		Cumprimento ou não de indicação médica para tratamento de feridas, quando se sabe não ser o mais adequado (1)	
Total			22

Quadro 4b. Descritivo da categoria “Decisão do destinatário dos cuidados”

Categoria	Subcategorias	Unidades de registro	Unidades de enumeração (UE)
Decisão do destinatário dos cuidados	consentimento	Em situação crítica, não se sabe da situação clínica, nem da vontade da pessoa (5)	10
		Consentimento informado para realização de procedimentos (traqueostomia, amputações etc.) em doentes sedo-analgésidos em cuidados intensivos (1)	
		Decisão multidisciplinar quando, no decorrer de cirurgia, se torna necessário efetuar procedimentos além dos que foram inicialmente consentidos pela pessoa (1)	
		Consentimento informado, assinado pelos familiares, para traqueostomia programada	
		Doentes sedados/ventilados, impossibilitados de manifestar sua vontade. Respeitar opinião/vontade expressa pelo convivente significativo? (1)	
		Consentimento informado – pacientes que se submetem a cirurgias ou exames sem saber realmente o que vão realizar, os riscos e as consequências (1)	
	respeito pela decisão expressa	Doente pede para não falar da doença à família – família quer saber (3)	10
		Entubar por via nasogástrica um doente que recusa alimentar-se, por haver comprometimento grave da nutrição (2)	
		Por que não respeitar o doente quando manifesta vontade de terminar qualquer tipo de tratamento proposto? (1)	
		A situação do doente que não quer ser reanimado e da família que implora para não o deixarem morrer (1)	
		Recusa de transfusão de sangue em doentes hemodinamicamente instáveis	
		Doente homossexual – a família não quer que o companheiro visite; o doente quer (1)	
		Cumprimento de prescrições médicas contra a vontade dos clientes (1)	
	Total		

Na categoria “distribuição de recursos”, encontram-se as subcategorias da alocação, especificamente em relação a prioridades e transportes de doentes, bem como as condições do exercício e, concretamente, a sobrecarga de trabalho (por referida escassez de recursos humanos).

Na categoria “respeito pela pessoa” colocam-se questões quanto às condições para o exercício dos direitos humanos e a humanização dos cuidados, especialmente no que toca à comunicação terapêutica. Os espaços físicos e a arquitetura das unidades de cuidados aparecem como condicionantes, bem como algumas rotinas estabelecidas (por exemplo, retirar a roupa e os pertences do doente em sua internação).

Na categoria “sigilo profissional”, verificam-se unidades de registro alusivas à partilha de informação diagnóstica difícil, bem como aos casos de violência. É nítida a dificuldade de proteger a informação pessoal nos contextos das práticas. Nota-se frequência maior de unidades de registro em serviços de urgência, em que é particularmente difícil proteger a informação e garantir a confidencialidade da informação clínica (principalmente devido às circunstâncias do espaço e à falta de privacidade física). As preocupações com dilemas entre guardar segredo e partilhar informação refletem situações que expõem de maneira contundente a ideia de *risco iminente* (para terceiros, como no caso do HIV, e para o próprio, como nos casos de violência doméstica).

Quadro 5. Descritivo das categorias “Distribuição de recursos”, “Respeito pela pessoa” e “Sigilo profissional”

Categoria	Subcategorias	Unidades de registro	Unidades de enumeração (UE)
Distribuição de recursos	alocação de recursos	Transporte de doente crítico apenas com enfermeiro (4) – condições para não obedecer?	10
		Gestão da mobilidade dos doentes (para exames ou transferências externas) (3)	
		Gestão das prioridades – realizar os registros de enfermagem ou realizar cuidados, como os posicionamentos em caso de risco de úlceras (1)	
		Ocupar vagas de UCI com doentes crônicos quando outro tipo de doente também necessita (1)	
		Recomendação de isolamento de contato – permanência em espaço físico reduzido, com doentes e pessoal circulando (1)	
	condições do exercício	Sobrecarga de trabalho do enfermeiro – urgência e UTI (7)	8
		Até que ponto o enfermeiro tem a obrigação de se manter informado e atualizado sobre novas técnicas cirúrgicas e terapêuticas, quando na sua prática lhe é imposta uma produtividade de cuidados excessiva? (1)	
Total			18
Respeito pela pessoa	respeito pelos direitos humanos	Gestão da privacidade do paciente em ambiente sem condições (5)	12
		Quem considerar como pessoa de referência do doente sedado/ inconsciente? (3)	
		Retirada das roupas e objetos pessoais como rotina do serviço (2)	
		Recomendação de isolamento de um doente – permanência em espaço físico reduzido, com doentes e pessoal em circulação (2)	
	humanização dos cuidados	Dificuldade de estabelecer comunicação verbal (e não verbal) com pacientes sujeitos a ventilação/suporte ventilatório invasivo; dificuldade de estabelecer relação terapêutica (5)	5
Total			17
Sigilo profissional	dilemas do segredo	Comunicada do diagnóstico de HIV, a pessoa verbaliza que não vai partilhar com o cônjuge (3)	5
		Idoso vítima de violência por parte da família – denunciar ou não, mesmo que o idoso esconda por medo da família e negue ser vítima (1)	
		Em caso de violência doméstica contra a mulher, o enfermeiro tem o dever ou o direito de, após tentar ajudar a pessoa a denunciar a situação, levar a denúncia a autoridades competentes? (1)	
	contextos das práticas	Em contexto de serviço de urgência, a dificuldade de proteger informação sobre as pessoas (6)	8
		Documentos/processo do doente passam pelas mais variadas pessoas – Como é possível garantir o sigilo? Enfermeiro e médico são os únicos responsáveis?	
Total			13

Apresenta-se a seguir, num único quadro, a sistemática global, com todas as categorias e subcategorias identificadas. A comparação permite

evidenciar que três delas apresentam frequência mais elevada, totalizando 61,4% das declarações dos participantes.

Quadro 6. Categorias e subcategorias de problemas identificados

Categoria	UE	Fi (%)	Subcategorias	UE
Informação	48	27,27	Dilemas na informação	32
			Má notícia	10
			O problema da verdade	6
Acompanhamento em fim de vida	38	21,59	Dilemas diante do morrer	28
			Obstinação terapêutica	10
Responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes	22	12,5	Trabalho em equipe multidisciplinar	12
			Comunicação em equipe	10
Decisão do destinatário dos cuidados	20	11,36	Consentimento	10
			Respeito pela decisão expressa	10
Distribuição de recursos	18	10,227	Alocação de recursos	10
			Condições do exercício	8
Respeito pela pessoa	17	9,66	Respeito pelos direitos humanos	12
			Humanização dos cuidados	5
Sigilo profissional	13	7,39	Dilemas do segredo	5
			Contextos das práticas	8

Primeiras conclusões

Observa-se que as categorias de problemas mais frequentes referem-se a “informação”, seguida de “acompanhamento em fim de vida” e “responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes”; as subcategorias com maior frequência de unidades são as de “dilemas na informação”, “dilemas diante do morrer” e, *ex aequo*, “trabalho em equipe multidisciplinar” e “respeito pelos direitos humanos”.

Quanto à categoria “informação”, a maioria dos depoimentos refere-se a dilemas na comunicação – especialmente quem deve informar, a quem e em que situação –, considerando particularmente a informação relativa a “más notícias” e o parcelamento da informação frente ao direito à verdade. No que tange às pessoas doentes, relevam-se dificuldades, em função da emergência ética, na urgência de transmitir informação diagnóstica difícil (que influencia o ciclo de vida). Do ponto de vista humano, a gestão daquilo que não se sabe bem como dizer torna especialmente complexa a tomada de decisão do enfermeiro.

A categoria “acompanhamento em fim de vida” aponta para aspectos problemáticos evidenciados nos processos de morrer e também para as dificuldades ante uma possível obstinação terapêutica. Os dados mostram que várias unidades de registro reportam à decisão de reanimar, indicada verbalmente ou por prontuário, bem como à necessidade de consenso para estabelecer critérios para o início e a suspensão das medidas de suporte à vida. Exemplificam esses problemas os casos dos pacientes em

condição de terminalidade, bem como os daqueles que tentaram suicídio. O questionamento quanto a distanásia ou obstinação terapêutica aparece associado tanto a pessoas em estado terminal como em situação crítica sem prognóstico de recuperação.

Quanto à categoria “decisão do destinatário dos cuidados”, são visíveis as dificuldades quando a vontade do usuário não é conhecida, quando entra em conflito com o que os profissionais consideram ser o melhor para a pessoa e, ainda, quando as vontades do paciente e de sua família divergem. Mais frequentemente destaca-se a inquietação quanto a desconhecer a vontade do usuário, avaliando-se que uma antecipação poderia permitir perguntar-lhe sua preferência, o que nem sempre as circunstâncias possibilitam.

Emergem evidências de confrontos de vontades – entre a pessoa cuidada e sua família, ou entre os profissionais e os doentes. Atribui-se a frequência de tais conflitos ao fato de a maior parte dos respondentes exercer atividade profissional em serviços de urgência, cuidados intensivos e área médico-cirúrgica, nas quais evidencia-se tendência a exarcebar os conflitos diante da sempre presente iminência da morte.

Na categoria “respeito pela pessoa”, as questões das condições para o exercício de direitos humanos e para a humanização dos cuidados focam nos espaços físicos e nas rotinas estabelecidas, sendo que a ideia fundamental que parece destacar-se é a necessidade de adequação na gestão do espaço e na aplicação das normas.

Na categoria “sigilo profissional” cruzam-se aspectos legais e a escolha entre guardar segredo e

partilhar informação. Aqui, o bem-estar de terceiros aparece como preocupação central dos profissionais, ampliando o sentido do cuidado, que se estende do usuário a seus conviventes significativos.

Na categoria “distribuição de recursos”, a escassez de pessoal e a sobrecarga da equipe salientam-se como constrangimentos no exercício dos cuidados, colocando problemas éticos.

Resultados da segunda etapa

Quanto ao Grupo B, os participantes identificaram as questões éticas a partir dos princípios e dos deveres e, em cada pequeno grupo, selecionaram um caso ou uma temática para se aprofundar.

Note-se que o *design* de investigação intrínseco à metodologia aplicada em estudos de caso, a partir de grupo focal, pode ser conduzido com paradigmas bem distintos, objetivando, em decorrência, propósitos muito diversos¹². Neste estudo, o recurso à natureza real do caso, bem como às vivências dos enfermeiros (por vezes difíceis e não resolvidas), visa responder à pretensão de compreender e debater uma situação concreta e, por desenvolvimento da competência reflexiva, melhorar a capacidade de resolução em casos futuros. Definido o assunto com os estudantes, cada grupo escolheu um caso representativo. Assim, procederam à seleção por considerarem aquele mais significativo para o grupo, materializando a complexidade de possibilidades no processo de escolha.

Os 21 casos escolhidos pelos grupos de enfermeiros foram, em sua maioria, relacionados à experiência clínica (17) e reportam situações de acompanhamento em fim de vida (5), consentimento e recusa da proposta terapêutica (3), decisão do destinatário dos cuidados (3), informação diagnóstica (3), respeito pela pessoa (2) e condições do exercício (1). Em alguns grupos, as escolhas foram para o que se entende como situação-problema, ou seja: a decisão por não reanimação; informação e consentimento; decisão do destinatário e respeito pela pessoa; e acompanhamento em fim de vida e cuidados paliativos. Nesses grupos, os participantes não narravam um caso, mas descreviam uma situação de caráter mais geral.

Ao sistematizar todos os dados colhidos, foi possível perceber que as principais preocupações éticas expressas pelos enfermeiros dizem respeito à informação à pessoa, ao acompanhamento em fim de vida e à responsabilidade profissional em intervenções interdependentes (aqui designadas como

“colaborativas”). As temáticas de maior frequência são decisão da pessoa (consentimento/recusa de proposta terapêutica), dilemas na informação, atuação diante dos processos de morrer, decisão de não reanimação e respeito pelos direitos humanos em contextos desfavoráveis.

Seguem alguns exemplos escolhidos, distinguindo situações-problema, com caráter mais geral.

Caso A

Homem, 53 anos de idade, deu entrada no serviço de urgência com náuseas, vômitos e emagrecimento de dez quilos no último mês. Sem antecedentes pessoais relevantes. É solteiro, sem filhos, vive sozinho, está consciente e orientado. Após a realização de exames complementares, foi diagnosticada neoplasia de esôfago, sendo transferido para o serviço de cirurgia. Já na enfermaria, é informado pelo médico que o tumor é inoperável, e são propostas terapêuticas com vistas a voltar a alimentar-se e, assim, melhorar sua qualidade de vida. Eis as sugestões: colocação de prótese esofágica ou de sonda naso-jejunal, ou jejunostomia, ambas recusadas pelo doente. Perante a decisão do paciente, o médico decide pela alta.

Caso B

Homem, 50 anos de idade, deu entrada no serviço de urgência, vítima de acidente automobilístico. Inconsciente, apresenta fratura exposta do fêmur esquerdo. Encontra-se hemodinamicamente instável, com necessidade de intervenção cirúrgica e provável necessidade de transfusão de sangue. A filha, vítima do mesmo acidente, deu entrada no serviço, mas consciente e sem lesões aparentes; informa que ambos são Testemunhas de Jeová e, de acordo com a religião, não poderá receber transfusão de sangue.

Caso C

Homem, 35 anos, com acidente vascular cerebral isquêmico há 3 anos. Apresenta vários déficits cognitivos e motores. Dependente em grau elevado em diversas atividades, como alimentação, evacuação, mobilidade, entre outras. Em decorrência de seus diversos déficits, não consegue expressar sua vontade. Costuma ser acompanhado pela esposa e pelos pais, que também não informam sobre a vontade do paciente. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dificuldade respiratória e vômito; fica internado por pneumonia secundária a aspiração de conteúdo gástrico. Não há representante legal designado pelo tribunal. Durante o turno da

noite, tem parada respiratória e a equipe precisa decidir se inicia manobras de reanimação.

Caso D

Doente inconsciente, em fase terminal. É prescrita perfusão de morfina. Os enfermeiros interrogam-se a respeito, pois a pessoa sempre manifestou recusa, ao longo da doença, a administração de opioides.

Situação A

Formulação de critérios para a decisão de não reanimação.

Situação B

Obstinação terapêutica. Situação-problema: pessoa sob cuidados paliativos, em fase terminal, com patologia aguda associada.

Situação C

Pessoas em estado de urgência, com especificidades culturais desconhecidas dos profissionais de saúde, seja em termos alimentares, seja em cuidados de saúde.

Discussão dos resultados

A tomada de decisão é complexa, quer pela análise necessária, quer porque as decisões têm de ser tomadas e realizadas segundo uma sequência de prioridades, geralmente identificadas de forma rápida. Reconheçamos que, em muitas situações de verdadeira emergência (leia-se de *life-saving*), não há propriamente uma sequência de fases nas tomadas de decisão, mesmo que estejam estabelecidos protocolos ou algoritmos, por exemplo.

Temos em conta que um algoritmo compreende um conjunto de etapas definidas para se chegar à resolução de um problema, pretendendo formular determinado número de alternativas perante os dados presentes para tomar a melhor decisão. Os algoritmos aumentam a brevidade da decisão e, se bem construídos, reduzem os riscos e aumentam as possibilidades de uma decisão adequada. Por *bem construídos* entende-se aqueles elaborados em consenso por peritos, baseados na evidência e nos melhores resultados obtidos, que tenham sido testados e assegurada sua validação.

A utilização de um algoritmo pressupõe a adoção de esquema decisório pré-determinado, o mais

adequado para certa situação. Constituem exemplos os algoritmos de Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Imediato de Vida (SIV), Suporte Avançado de Vida (SAV) e Advanced Trauma Life Support (ATLS). De forma análoga e, ao mesmo tempo, diferente, os protocolos, regulamentos ou rotinas instituídas, ainda que pretendendo ser organizadoras dos cuidados ou do serviço, podem colidir com o melhor interesse ou a vontade da pessoa em causa. Aqui, o apelo é para a ponderação que sustente a deliberação de realizar ou não, em situação específica, o que se encontra preconizado de maneira geral.

Um dos elementos relevantes a ter em conta decorre do tempo de que se dispõe; ou melhor, da *duração*, pois não se trata apenas do tempo cronológico. Há muitas situações em que não se pode demorar a tomar decisão, e a própria demora revela-se irreversível no que diz respeito às possibilidades de tomada de decisão quanto aos rumos de ação. O tempo em situação crítica ou paliativa é fator determinante, embora faça bastante diferença se a equipe e os enfermeiros discutem e analisam o que aconteceu, de modo a constituir recurso interno para a tomada de decisão em caso similar que ocorra em momento posterior.

Parece evidente que as problemáticas éticas, não obstante diferenças nas unidades de registro, têm foco predominante na *informação* (categoria que mais aparece nos resultados de 2004 e nos dois grupos do estudo que apresentamos aqui). Este é um território de problemáticas éticas nos cuidados de saúde, ligadas à decisão e à autodeterminação do usuário – pois a informação constitui recurso para a deliberação e a decisão, pelo que a encontramos estreitamente articulada com o consentimento. Os estudos¹³ e relatórios nacionais¹⁴ e internacionais reiteram esse entendimento e essa preocupação essenciais.

A questão do acompanhamento em fim de vida coloca-se como outra problemática significativa nas preocupações expressas, bem como na decisão do destinatário dos cuidados. Alguns estudos recentes, como o de Sandra Pereira¹⁵ e o de Ana Paula Sapeta¹⁶, centram-se nos cuidados paliativos, tendo relevância aqueles na formação da consciência bioética no cuidar, como formulam as pesquisas de Ana Paula França¹⁷ e de Susana Pacheco¹⁸, os de reflexão bioética com referencial antropológico, como o de Ferreira da Silva¹⁹, e a abordagem das capacidades que permitem conhecer, regular, atingir e gerir fenômenos emocionais de modo a construir e manter relações interpessoais em ambiente afetivo, como se vê no trabalho de Sandra Xavier²⁰.

Entendemos que os aspectos relacionados à distribuição de recursos humanos se têm colocado de forma mais aguda nesses últimos anos. Isso põe em foco as questões da justiça em saúde e dos cuidados de saúde e ancora a reflexão e a discussão quanto à distribuição de recursos numa perspectiva de justiça social e equidade. Numerosos estudos²¹ sustentam a teoria de que desigualdade está fortemente associada a mortalidade, esperança média de vida e variação de outros indicadores, sendo que todos reconhecem que os modos de organização dos sistemas e a distribuição dos recursos afetam o acesso de modo significativo.

Há que se considerar, ademais, que alguns documentos de perspectiva bioética²² concentram-se nessa problemática, com particular enfoque no acesso aos cuidados de saúde e nas dimensões associadas (disponibilidade, proximidade, custos, qualidade e aceitação). Destaca-se, em especial, dentre estes aspectos a disponibilidade, considerada como a oferta adequada de serviços que possibilita a oportunidade de utilizar os cuidados de saúde. Parece evidente que, para uma estratégia de redução das desigualdades ser exequível, é necessário que a afetação dos recursos humanos e financeiros seja efetuada de acordo com a necessidade das populações, com racionalização dos recursos.

Algumas dimensões sobressaíram nos discursos, em todos os debates e análises realizados, e se considera relevante apresentá-las de maneira sistematizada a seguir:

- a) O sentido (expresso) de responsabilidade, acurado perante situações críticas, de urgência, emergência e cuidado intensivo, que exigem (do enfermeiro) decisões em curto tempo e cuidados de elevada complexidade, o que leva os aspectos relacionais, culturais e humanos a ser deixados em *segundo plano*, priorizando-se os aspectos técnicos com vista ao restabelecimento e ao aumento da qualidade de vida da pessoa doente. A ideia de *segundo plano* representa o estabelecimento de prioridades, o que confere primazia à preservação da vida; por isso, nem sempre as questões éticas aparecem em primeiro plano, ainda que, em alguns casos, sejam elas que se impõem para a decisão diante do risco real ou iminente, especialmente considerando a vontade expressa do usuário.
- b) Verifica-se com alguma frequência que é a consciência moral que influencia de maneira determinante a tomada de decisão, que arbitra em contextos dilemáticos e move a ação, tendo como base os conhecimentos, as habilidades

e a experiência profissional. Salienta-se nessa constatação que a perícia requer conhecimento e experiência refletida e que, em presença de dilemas éticos, o enfermeiro escolhe com base na deontologia profissional, identificando a arbitragem de sua própria consciência moral.

- c) Além disso, podem-se verificar a constância e a firmeza da deliberação de ajudar e proteger o *outro em risco de vida*, a qual se faz de tal forma presente, que induz sentimentos, emoções e conflitos na equipe multidisciplinar. Tais conflitos se materializam nas narrativas profissionais de compaixão, gratidão, tristeza, ansiedade, júbilo, alívio; parece que, quanto mais intensa é a percepção da gravidade do estado clínico da pessoa e mais bem ajuizada é a resolução (que inclui sentir que se acompanhou devidamente quem morreu), mais congruente parece ser o *sentido de si* profissional.

A análise dos questionamentos apresentados mostra também a emergência de fatores, considerados *mediadores*, que promovem a tomada de decisão sentida pelos participantes do estudo como *mais justa, mais correta ou mais eficaz*: (a) o suporte da liderança de equipe; (b) o diálogo entre os diferentes profissionais na equipe; (c) a adequação física e técnica dos locais de prestação de cuidados; (d) o conhecimento do histórico da pessoa; e (e) a autoconfiança e autoestima profissionais. Desses mediadores devem-se destacar a questão do conhecimento da pessoa e as interrogações que se pode fazer sobre os cuidados prestados a desconhecidos, por exemplo em situação de urgência, acabados de chegar às mãos dos profissionais.

Algumas situações, sistematizadas pelos participantes dentre episódios que vivenciaram em larga escala, são narrados como *eventos de superação* – é o caso de transportes de doentes críticos, de evacuações, de salvamentos em sala de reanimação ou em situação pré-hospitalar. Tais eventos tornam-se significativos por demandarem perícia técnica e científica e, também, habilidade relacional, capacidade ética e sensibilidade humana, congregando um rol de atributos que tendem a se desenvolver com o tempo e à medida que se exercita a boa prática profissional.

Como conclusão, depreende-se que, perante as complexidades da situação crítica, o foco central da ação do enfermeiro é o *outro em risco*, seja em risco de morte, seja quanto às suas escolhas e decisões, seja em uma forma de morrer dignamente. Ocasionalmente, o *outro* agride, insulta, ofende – e o sentido profissional julga o risco na gestão da decisão, que pode, no limite, chegar à recusa de

cuidados. Mesmo nesses casos a preocupação primordial é o melhor para a pessoa.

Considerações finais

A caracterização da situação de *risco* assume contornos relevantes em ambientes de prestação de cuidados complexos à pessoa em situação de *risco iminente para a vida* e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Analisamos as questões éticas identificadas por enfermeiros de pós-graduação em enfermagem médico-cirúrgica e procedemos à análise categorial temática das declarações e dos casos. As categorias identificadas foram: informação, acompanhamento em fim de vida, responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes, decisão do destinatário dos cuidados, distribuição de recursos, respeito pela pessoa e sigilo profissional.

Concluimos que as principais preocupações éticas expressas dizem respeito à informação ao cliente, ao acompanhamento em fim de vida e à responsabilidade profissional em intervenções interdependentes. As temáticas de maior frequência são as da decisão da pessoa (consentimento/recusa de proposta terapêutica), dilemas na informação,

atuação diante dos processos de morrer e decisão de não reanimação e respeito pelos direitos humanos em contextos desfavoráveis.

Relevamos as dimensões do sentido de responsabilidade, da influência da consciência moral nas decisões, da deliberação de proteger o *outro em risco* e a vivência de episódios profissionais de superação. Identificamos fatores mediadores na gestão das dificuldades éticas, como o suporte de liderança da equipe, o diálogo entre os diferentes profissionais na equipe, a adequação física e técnica dos locais de prestação de cuidados, o conhecimento do histórico da pessoa, a autoconfiança e a autoestima profissionais.

A partir dos resultados identificados, podemos configurar dois tempos de ação futura: (a) a curto prazo, disseminar e discutir esses resultados na formação pós-graduada e na reflexão ético-profissional promovendo o debate ético e envolvendo os profissionais das equipes; (b) a consciência dos mediadores da decisão, a partilha de casos e a narrativa de eventos de superação podem ser estratégias a desenvolver em momentos de reflexão sobre as práticas e de desenvolvimento do conhecimento experiencial. Consideramos que será importante estudar o impacto dessas intervenções, assim como a relação entre a consciência de si, as capacidades emocionais e as competências éticas.

Referências

1. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Transporte de doentes críticos – recomendações. Lisboa: Comissão da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos; 2008. p. 9.
2. Ordem dos Enfermeiros (Portugal). Preâmbulo do Regulamento nº 124/2011. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, 2ª Série, nº 35, 18 fev. 2011, p. 8.656-7.
3. Zobili EP, Lima AC, Morales DA, Sartório NA. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. *Cogitare Enferm.* abr./jun. 2009;14(2):294-303. p. 295
4. Nunes L. Justiça, poder e responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de enfermagem. Loures: Lusociência; 2005. p. 221-34.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2007.
6. Direção Geral de Saúde (Portugal). Circular normativa: Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes. [Internet]. 2007 [acesso 25 ago 2014]. Disponível: <http://www.dgs.pt/?cr=11390>
7. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (Portugal). Parecer 59/CNECV/2010. Parecer sobre os projectos de lei relativos às declarações antecipadas de vontade. Nunes L, Renaud M, Silva MO, Almeida R, relatores. [Internet]. Lisboa, dez 2010. [acesso 25 ago 2014]. Disponível: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273053812_P057_CNECV.pdf
8. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Portugal). Memorando sobre os projectos de lei relativos às declarações antecipadas de vontade. [Internet]. dez 2010. [acesso 25 ago 2014]. Disponível: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1293115784_Memorando%20Parecer%2059%20CNECV_DAV.pdf
9. Conselho da Europa. Convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina, aberta à assinatura dos Estados-membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de abril de 1997. [Internet]. 2001. [acesso 8 mar 2015]. Disponível: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>

10. Ordem dos Enfermeiros. (Portugal). Código Deontológico do Enfermeiro. [Internet]. 2009. [acesso 24 ago 2014]. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
11. Ordem dos Médicos. (Portugal). Código Deontológico dos Médicos. [Internet]. 1994. [acesso 24 ago 2014]. Disponível: https://www.ordemosmedicos.pt/send_file.php?tid=ZmljaGVpcm9z&did=c06d06da9666a219db15cf575aff2824
12. Willis JW. Foundations of qualitative research. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2007.
13. Almeida OMO. O consentimento informado na prática do cuidar em enfermagem. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2007. (dissertação). [acesso 24 ago 2014]. Disponível: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>
14. Entidade Reguladora da Saúde. (Portugal). Consentimento informado – relatório final. Porto: Entidade Reguladora da Saúde; maio 2009. [acesso 25 ago 2014]. Disponível: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf
15. Pereira S. Cuidados paliativos: confrontar a morte. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2011.
16. Sapeta AP. Cuidar em fim de vida. O processo de interação enfermeiro-doente. Loures: Lusodidacta; 2012.
17. França AP. A consciência bioética e o cuidar. Coimbra: Formasau; 2012.
18. Pacheco S. Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem – uma teoria explicativa. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2011. [acesso 25 ago 2014]. Disponível: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/7947>
19. Ferreira da Silva JN. A morte e o morrer entre o deslugar e o lugar. Precedência da antropologia para uma ética da hospitalidade e cuidados paliativos. Porto: Afrontamento; 2012.
20. Xavier da Silva SM. Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida. [Internet]. 2014. [acesso 24 ago 2014]. Disponível: <http://hdl.handle.net/10451/10565>
21. Furtado C, Pereira J. Equidade e acesso aos cuidados de saúde bem como o estudo do acesso aos cuidados primários do SNS. Relatório (com revisão sistemática). Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde; 2009.
22. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Securing access to health care: a report on the ethical implications of differences in the availability of health services. Volume One: Report. [Internet]. mar 1983. [acesso 24 ago 2014]. Disponível: http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/past_commissions/securing_access.pdf

