



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

OSWALDO JESUS RODRIGUES DA MOTTA

**REFLEXÕES E CRITÉRIOS ÉTICOS DO ENFERMEIRO NA TOMADA DE
DECISÃO SOBRE QUESTÕES QUE ANTECEDEM A MORTE DO PACIENTE EM
UM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO**

Rio de Janeiro

2016

OSWALDO JESUS RODRIGUES DA MOTTA

**REFLEXÕES E CRITÉRIOS ÉTICOS DO ENFERMEIRO NA TOMADA DE
DECISÃO SOBRE QUESTÕES QUE ANTECEDEM A MORTE DO PACIENTE
EM UM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva em associação das IES UFRJ, FIOCRUZ, UERJ E UFF, pelo acadêmico Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta, sob orientação da professora Dra. Marisa Palácios e coorientação da professora Dra. Suely Marinho, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Rio de Janeiro

2016

M921 Motta, Oswaldo Jesus Rodrigues da.

Reflexões e critérios éticos do enfermeiro na tomada de decisão sobre questões que antecedem a morte do paciente em um Centro de Tratamento Intensivo / Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta. – Rio de Janeiro: UFRJ : UFF : UERJ: FIOCRUZ, 2016. 122 f.; 30 cm.

Orientadora : Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego

Dissertação (Mestrado) – UFRJ/ UFF/ UERJ/ FIOCRUZ. Programa de Pós Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2016.

Referências: f. 100-108.

1. Enfermagem. 2. Tomada de decisões. 3. Morte. 4. Bioética. I. Rego, Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Universidade Federal Fluminense. IV. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. V. Fundação Oswaldo Cruz. VI. Título.

CDD 362.175

OSWALDO JESUS RODRIGUES DA MOTTA

REFLEXÕES E CRITÉRIOS ÉTICOS DO ENFERMEIRO NA TOMADA
DE DECISÃO SOBRE QUESTÕES QUE ANTECEDEM A MORTE DO
PACIENTE EM UM
CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Bioética, Ética Aplicada e Saúde
Coletiva, em Associação UFRJ-
FIOCRUZ-UERJ-UFF, como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre
em Bioética, Ética Aplicada e Saúde
Coletiva.

Aprovada em 24 de Agosto de 2016.

Profa. Dra. Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego – UFRJ
(orientadora)

Profa. Dra. Suely Oliveira Marinho – UFRJ
(Co-orientadora)

Profa. Dra. Sandra Maria Becker Tavares – UFRJ

Prof. Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro – UFF

DEDICATÓRIA

À minha família.

A todos os Enfermeiros verdadeiramente comprometidos com o cuidar.

Aos meus mestres.

AGRADECIMENTO

Por convicção pessoal começo agradecendo a Deus, responsável maior pela realização deste sonho, que só tem proporcionado alegrias e realizações.

Aos meus familiares, especialmente ao meu pai Oswaldo Cezar, a minha tia e madrinha Cleuza Maria e minha esposa Michele de Melo pelo apoio em todos os momentos. Essa conquista também é de vocês.

A Prof^a Dra. Marisa Palácios, sempre atenciosa e dedicada, a quem tive enorme sorte de ser orientando e fazer parte da sua equipe de pesquisa.

A Prof^a Dra. Suely Marinho que muito além de minha coorientadora, proporcionou oportunidades de desenvolvimento, principalmente pelo exemplo de pessoa e profissional. Sem você, certamente não estaria aqui agora.

Aos colegas e amigos do mestrado do PPGBIOS, pelas angústias e alegrias compartilhadas, em especial aos amigos Arthur Santana e Lumaira Nascimento pelas ajudas oferecidas em diversas oportunidades ao longo destes dois anos.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, em especial a Leila Tocci Toures, fundamental em cada etapa do mestrado, desde a matrícula até o presente.

Aos entrevistados, pela disponibilidade, atenção, presteza e valiosa contribuição para a realização do trabalho, em especial ao diretor e rotinas por terem tornado possível e simples o meu acesso aos participantes da pesquisa.

E, finalmente, mas de forma alguma menos importante, a todos os meus amigos ao longo dessa caminhada.

MUITO OBRIGADO!

“Veja o mundo num grão de areia, veja o céu em um campo florido, guarde o infinito na palma da sua mão, e a eternidade em uma hora da vida. ”

William Blake (1757-1827)

RESUMO

MOTTA, O. J. R. **Reflexões e critérios éticos do enfermeiro na tomada de decisão sobre questões que antecedem a morte do paciente em um Centro de Tratamento Intensivo**. Dissertação. (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense). Rio de Janeiro, 2016.

Neste trabalho pretendeu-se analisar como se dá a tomada de decisão do enfermeiro em situações que antecedem o óbito do paciente em um CTI, enfatizando especialmente os argumentos utilizados para esta decisão. Justifica-se a importância da temática em virtude, principalmente, do avanço tecnológico para manutenção e prolongamento da vida, o que requer que as decisões sejam ponderadas e discutidas entre todos os envolvidos, buscando-se compreender quais argumentos éticos são utilizados no cuidado em um setor restrito como o CTI, discussão ainda pouco explorada pelos profissionais e que se torna essencial no contexto de fim de vida. Para sustentar o tema foi elaborado um estudo teórico-conceitual com revisão não sistemática da literatura e estudo empírico, através de entrevista a partir da realidade do *campo* onde observou-se a interação dos profissionais no CTI de um Hospital Universitário situado no Rio de Janeiro. Foi utilizada como abordagem técnica de coleta de dados a *entrevista*, um dos procedimentos mais utilizados da pesquisa qualitativa. Para o tratamento dos dados utilizou-se a *Análise de Conteúdo*, buscando-se descobrir a presença ou a frequência dos temas e dos “núcleos de sentido” que sejam significativos para os objetivos do estudo, tais como argumentos morais e critérios éticos que justificam as decisões dos profissionais nos momentos que antecedem a morte no CTI, de modo realizar o processo de inferência e a interpretação dos dados sob o enfoque do principialismo de Beauchamp e Childress, utilitarismo e da ética do cuidar. Com efeito, conclui-se que embora o enfermeiro considere que a tomada de decisão formalmente é médica, também considera que ele deva participar dessas decisões, ancorando-se na prerrogativa de que é ele, enfermeiro, quem exerce o papel de cuidar e está mais próximo do paciente. Dessa forma muitas vezes toma decisão de forma não pactuada com a equipe multiprofissional, dada a necessidade de uma intercorrência, baseando-se em sua experiência profissional, a partir da ideia de autonomia. Embora neste ambiente os argumentos para a tomada de decisão em questões morais sejam rudimentares, com situações em que não há nenhuma discussão prévia, alguns desses argumentos se baseiem no principialismo e utilitarismo. Já a ética do cuidar, embora presente nos argumentos com base na ideia de cuidado, tem sido de difícil realização e implementação no setor.

Palavras chave: Tomada de decisão. Enfermagem. Terapia intensiva. Bioética.

ABSTRACT

MOTTA, O. J. R . **Reflexões e critérios éticos do enfermeiro na tomada de decisão sobre questões que antecedem a morte do paciente em um Centro de Tratamento Intensivo**. Dissertação. (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense). Rio de Janeiro, 2016.

This research aimed to analyze how is taking nurse's decision in situations prior to the patient's death in an ICU, especially emphasizing the arguments used for this decision. Justifies the importance of the subject due mainly to technological advances for maintenance and life extension, which requires that decisions are considered and discussed among all stakeholders, is seeking to understand what ethical arguments are used in care in a restricted sector as ICU, little explored discussion by professionals and it is therefore essential in the context of end of life. To support the theme was elaborated a theoretical and conceptual study with no systematic review of the literature and empirical study through interviews from the reality of the field where there was interaction of professionals in the ICU of a university hospital located in Rio de Janeiro. It was used as a technical approach to the interview data collection, one of the most used procedures of qualitative research. For the treatment of the data was used the content analysis, seeking to discover the presence or frequency of themes and "of meaning" that are meaningful to the study objectives, such as moral arguments and ethical criteria justifying the professionals' decisions in the moments prior to death in the ICU, so carry out the process of inference and interpretation of data in the principlism of Beauchamp and Childress, utilitarianism and the ethics of care. Indeed, it is concluded that although nurses consider that formally is medical decision making, also believes that it should participate in these decisions, anchoring the prerogative that is it, nurse, who plays the role of care and is more near the patient. Thus, often takes decision in a manner not agreed with the multidisciplinary team, given the need for intercurrent, based on his professional experience, from the idea of autonomy. Although this environment the arguments for decision making in moral matters are rudimentary, with situations where there is no prior discussion, some of these arguments are based on principlism and utilitarianism. The ethic of care, although present in the arguments based on careful thought, it has been difficult to perform and implementation in the sector.

Keywords: Decision making. Nursing. Intensive care. Bioethics.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – Distribuição, por idade, de enfermeiros do CTI adulto de um Hospital Universitário do RJ..... | 55 |
| Gráfico 2 – Distribuição por tempo de atuação em anos no CTI adulto..... | 56 |
| Gráfico 3 – Distribuição por tempo de atuação em anos do CTI adulto de um Hospital Universitário do RJ..... | 56 |
| Gráfico 4 – Distribuição por qualificação acadêmica de enfermeiros do CTI adulto de um Hospital Universitário do RJ..... | 57 |
| Gráfico 5 – Avaliação dos Enfermeiros quanto a opinião dos envolvidos na não-ressuscitação pós parada cardiorrespiratória..... | 68 |
| Gráfico 6 – Avaliação dos Enfermeiros quanto a opinião dos envolvidos na interrupção de manobras de ressuscitação..... | 69 |
| Gráfico 7 – Avaliação dos Enfermeiros quanto a opinião dos envolvidos na remoção de medidas de suporte de vida ou sua restrição..... | 69 |
| Gráfico 8 – Avaliação dos Enfermeiros quanto a opinião dos envolvidos na situação de morte cerebral..... | 70 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Quantidade de enfermeiros que responderam quanto a não-ressuscitação pós parada cardiorrespiratória..... | 61 |
| Quadro 2 – Quantidade de enfermeiros que responderam quanto interrupção de manobras de ressuscitação..... | 61 |
| Quadro 3 – Quantidade de enfermeiros que responderam quanto a restrição de medidas de suporte de vida..... | 62 |
| Quadro 4 – Quantidade de enfermeiros que responderam quanto a remoção de medidas de suporte de vida..... | 62 |
| Quadro 5 – Respostas dos Enfermeiros quanto a comunicação com a família se houve interrupção de manobras de ressuscitação..... | 73 |
| Quadro 6 – Respostas dos Enfermeiros quanto a comunicação com a família se houve ordem para não ressuscitar..... | 73 |
| Quadro 7 – Respostas dos Enfermeiros quanto a comunicação com a família se houve remoção de medidas de suporte de vida..... | 73 |
| Quadro 8 – Respostas dos Enfermeiros quanto a comunicação com a família se houve restrição de medidas de suporte de vida..... | 73 |
| Quadro 9 – Respostas dos Enfermeiros quanto a comunicação com a família se houve morte cerebral..... | 73 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|----------------|--|
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| CRFB/88 | Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. |
| CTI | Centro de Terapia Intensiva |
| EUA | Estados Unidos da América do Norte |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| WMA | World Medical Association |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 OBJETIVOS | 16 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 16 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 16 |
| 3 MÉTODO | 17 |
| 3.1 Local do estudo..... | 19 |
| 3.2 Participantes do estudo..... | 21 |
| 3.3 A entrevista com os enfermeiros..... | 22 |
| 3.4 Análise dos dados..... | 23 |
| 3.5 Considerações éticas..... | 24 |
| 4 COMPREENDENDO A BIOÉTICA | 25 |
| 4.1 Princípioalismo..... | 29 |
| 4.2 Utilitarismo..... | 35 |
| 4.3 Ética do cuidar..... | 36 |
| 4.4 Revisão de literatura..... | 38 |
| 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO | 55 |
| 5.1 Caracterização dos participantes..... | 55 |
| 5.2 A formação acadêmica..... | 56 |
| 5.3 Analisando as respostas..... | 57 |
| 5.4 Temas emergentes: Distanásia e Eutanásia..... | 81 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 94 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 98 |

| | |
|--|-----|
| APÊNDICES | 106 |
| Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 107 |
| Apêndice B – Roteiro de entrevista..... | 109 |
| ANEXOS | 119 |
| Anexo B – Fluxograma – Quadro de avaliação dos artigos..... | 120 |

1 INTRODUÇÃO

O anseio de estudar o processo de tomada de decisão do enfermeiro diante do paciente sem possibilidade terapêutica de cura no Centro de Terapia Intensivo (CTI) teve origem na vivência teórico-prática durante a graduação em Enfermagem. Ao longo da faculdade e depois na prática profissional os conflitos entre familiares e profissionais de saúde no CTI e os argumentos utilizados por ambas as partes diante de situações clínicas graves tornaram-se um desafio de compreensão. Principalmente em razão das dificuldades para se chegar a uma solução que pudesse contemplar todos os envolvidos (equipe de saúde, paciente e familiares). A vivência profissional do autor como enfermeiro em hospitais públicos e privados, atuando na prática assistencial diária, bem como em atividades acadêmicas, merece destaque dentro deste contexto.

Ao buscar um curso que proporcionasse uma linha de estudo e ferramentas para aprofundar a temática, optou-se pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS). Os objetivos do presente trabalho encontram-se contemplados em uma das suas linhas de pesquisa, Bioética Clínica, que busca a observação, análise e solução de problemas morais que podem surgir quando estamos cuidando de um paciente em unidades de saúde. Portanto, quando surgem esses conflitos necessitamos avaliar os caminhos a percorrer para chegarmos a uma decisão que seja a mais adequada ao caso. O objetivo segundo Morrein (1986, p.47-63), não é apenas encontrarmos um ideal moral, mas tentarmos encontrar a melhor solução para aquele caso.

Foram nas mais diversas experiências práticas que observei dilemas éticos envolvendo os pacientes, familiares e, é claro, os profissionais de saúde de um modo geral, especialmente quando inseridos no contexto do CTI que, de acordo com o Ministério da Saúde (1998), “é unidade hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas”, acrescentando que devem possuir “equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica”.

Por conseguinte, nesse ambiente tecnológico, onde é possível prolongar a vida do paciente por meios artificiais, por tempo indeterminado, interessa refletir sobre como o enfermeiro toma decisões em situações que antecedem o óbito, se durante a graduação ele foi formado para trabalhar em prol do prolongamento da vida do paciente. A pesquisa objeto dessa dissertação faz parte do projeto geral intitulado “Percepções, reflexões e critérios éticos da equipe de saúde de um Centro de Tratamento Intensivo sobre o óbito dos pacientes”, realizado pelo Laboratório de Bioética Clínica - BioClin - grupo de pesquisa em Bioética Clínica que desenvolve estudos que objetivam identificar e analisar as questões éticas relacionadas ao desenvolvimento do processo de tomada de decisão na saúde.

O propósito deste estudo, portanto, é investigar o processo de tomada de decisão do enfermeiro, nas situações que antecedem o óbito do paciente internado em CTI, buscando compreender seus argumentos a partir das correntes teóricas da ética do cuidar (Manning, 2009), do princípalismo de Beauchamp e Childress (2012) e utilitarismo (Hare, 2010). A escolha dessas correntes se justifica em razão de serem vertentes amplamente discutidas ao longo do curso e que possivelmente – como hipótese deste estudo - surgiriam através das falas dos enfermeiros relacionadas a tomada de decisão.

São diversos os questionamentos éticos envolvidos na assistência, principalmente quando estamos na esfera da tomada de decisão dos profissionais em relação ao fim de vida do paciente, incontáveis no CTI. Muitos são os problemas éticos que surgem ao longo da assistência ao paciente em final de vida. Para o enfermeiro, questões como prolongamento da vida e eutanásia são dilemas.

Embora saibamos da importância do cuidado durante a vida, os profissionais de saúde sentem-se despreparados e incapacitados para ofertar esse cuidado diante da finitude da vida. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Verifica-se, assim, que esses profissionais não foram treinados para lidar com a morte e o morrer, fato que normalmente é acompanhado de dor, sofrimento, demandando maiores reflexões sobre o processo de cuidar.

O enfermeiro como profissional capacitado para o cuidar, necessita lidar com a tomada de decisão em um momento crítico. As decisões necessárias no âmbito moral são complexas e necessitam de análises que contemplem não apenas profissional de saúde, mas principalmente o próprio paciente e a família. O embasamento na ética do cuidar diante de uma tomada de decisão é esperado para alguém que se formou para o cuidado. Mas a ética do cuidar estaria realmente refletida nas decisões dos enfermeiros em um ambiente crítico e fechado como o CTI ou verificaremos outras correntes bioéticas como o princípalismo e o utilitarismo apoiando os argumentos utilizados pelos enfermeiros?

Ademais, qual é a participação do enfermeiro no processo decisório diante do paciente em fim de vida? Esta pesquisa poderá cooperar no entendimento da tomada de decisão do enfermeiro. Refletir sobre o tema busca o enfrentamento de desafios sobre a terminalidade e o viver, podendo orientar novas pesquisas que propiciem o melhoramento na assistência à saúde.

Analisando-se as informações supramencionadas, elencamos a seguinte questão norteadora: como se dá a tomada de decisão do enfermeiro diante do paciente em fim de vida? Alicerçada por esta questão, a presente investigação apresentou, como objetivo geral: investigar o processo de tomada de decisão do enfermeiro em um Centro de Tratamento Intensivo (CTI) de um hospital universitário do Rio de Janeiro em situações que antecedem a morte do paciente.

A dissertação está organizada da seguinte maneira: realizada a introdução no capítulo 1 e descritos os objetivos no capítulo 2, abordaremos no capítulo 3 o método de estudo, em que situaremos o local onde foi realizada a pesquisa, participantes do estudo, a entrevista com os enfermeiros, análise dos dados e considerações éticas. No capítulo 4 será feita abordagem sobre a bioética e as correntes princípalista, utilitarista, da ética do cuidar, a relação com o cuidar em enfermagem e revisão da literatura. No capítulo 5 teremos a apresentação dos resultados com análise, discussão e interpretação, citando os temas emergentes. No capítulo 6 estão as considerações finais e por fim as referências bibliográficas utilizadas, seguindo apêndices e anexos.

2 OBJETIVOS

2.1. Geral:

- Investigar o processo de tomada de decisão do enfermeiro em um Centro de Tratamento Intensivo (CTI) de um hospital universitário do Rio de Janeiro em situações que antecedem a morte do paciente: morte após tentativa de ressuscitação - ressuscitação sem sucesso; determinação ou ordem para não ressuscitar; remoção de medidas de suporte de vida ou sua restrição e morte cerebral.

2.2. Específicos:

- Identificar e discutir o papel de pacientes, família e equipe na tomada de decisão nas situações que antecedem a morte, na visão dos enfermeiros.
- Identificar e discutir a comunicação entre equipe e família sobre as razões para a tomada de decisões nas situações que antecedem a morte.
- Identificar como se dá a tomada de decisão relacionada com o fim de vida no CTI e qual é a participação do enfermeiro;
- Avaliar os argumentos utilizados pelos enfermeiros na tomada de decisão diante do fim de vida nas situações que antecedem a morte, a partir dos referenciais da bioética, em especial da ética do cuidar.

3 MÉTODO

Esta dissertação foi desenvolvida em duas etapas, uma revisão da bibliografia e uma pesquisa de campo que serão descritas a seguir.

A primeira etapa pode ser compreendida como de aspecto teórico e conceitual, através de uma revisão não sistemática da literatura sobre os argumentos que fundamentam posições e opiniões sobre a tomada de decisão do profissional enfermeiro em um CTI e o impacto desses fundamentos sobre as condutas realizadas em face do paciente em fim de vida. Primeiramente foi realizada pesquisa bibliográfica através de material publicado em livros, artigos de periódicos, dissertações, teses, sobre a produção acadêmica em diferentes esferas do conhecimento no intuito de avaliar as dimensões que vêm sendo destacadas em relação a assistência do Enfermeiro e suas condutas em relação ao paciente em fim de vida, bem como analisado aspectos Bioéticos relativos ao tema do estudo.

Foram utilizadas as seguintes palavras-chave, nos idiomas português, inglês e espanhol: Palavras-chave: “Tomada de decisão”, “Enfermagem”, “Terapia Intensiva” e “Bioética”; Key words: “Decision-making”, “nursing”, “Intensive Care” e “bioethic” e Palabra-clave: “Toma de decisiones”, “Enfermería”, “Cuidados Intensivos” e “Bioética”. Desta forma, a pesquisa foi realizada na íntegra e com cruzamento dos descritores “Tomada de decisão, Enfermagem, Terapia Intensiva e Bioética”, em inglês, português e espanhol.

Os critérios utilizados para que fossem incluídos os artigos foram além de considerarmos o idioma já descrito anteriormente, como o objeto foi abordado, os objetivos do estudo, se foi observada a revisão por pares, textos completos e com referência às condutas do enfermeiro ao paciente em fim de vida, no período compreendido entre 2000-2016. Em contrapartida, os critérios de exclusão foram os idiomas diferentes do português, espanhol e inglês, cartas, resenhas e texto completo não disponível.

Para a realização da pesquisa utilizou-se o acesso ao Portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) do Ministério da Educação (Brasil), através da Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ (Brasil). Trata-se de reconhecido portal de acesso facilitado para a maioria dos investigadores brasileiros e de vasto conteúdo em sua biblioteca virtual, que disponibiliza o que há de melhor em produção científica em nível mundial. Foram realizadas a partir de então pesquisas nas três bases a seguir para estudo sobre o tema: *SciELO. ORG – Scientific Electronic Library Online*, biblioteca eletrônica que possui publicações em diversos países da América do Sul, Central e alguns países da Europa; *MEDLINE/PubMed*: referência em ciências biomédicas e ciências da vida e *LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde*.

Posteriormente foi realizada busca por assunto utilizando os descritores nos idiomas nas bases acima. Foram localizados inicialmente 33 artigos que continham os descritores Tomada de Decisão, Enfermagem, Terapia Intensiva e Bioética. Deste grupo foram excluídas 13 ocorrências por não possuírem similaridades com o propósito do estudo (após análise dos pares). Os artigos foram excluídos por não se referirem às condutas do Enfermeiro ao paciente em fim de vida, fugindo, portanto, do objetivo do estudo. Desse total de 20 artigos, foram excluídos 2 artigos após o critério de idiomas, restando 18. Desses, 2 textos foram excluídos por não terem tópicos relacionados ao objetivo, restando 16 artigos. Um artigo não estava com o texto completo disponível, restando 15 artigos completos para serem utilizados no estudo.

Após a leitura minuciosa dos artigos, obteve-se a perspectiva geral das publicações científicas que abordavam o tema do estudo. Em um segundo momento foi realizada análise com o objetivo de identificar a tomada de decisão do Enfermeiro diante das condutas ao paciente em fim de vida. A análise buscou identificar argumentos para esta tomada de decisão, utilizando como referencial teórico as correntes principialista de Beachamp e Childress, utilitarista e da ética do cuidar.

A segunda etapa da pesquisa, considerada exploratória, visou a produção de um conhecimento empírico a partir da realidade do *campo*, dos dados que provém da pesquisa “Percepções, reflexões e critérios éticos da equipe de saúde de um Centro de Tratamento Intensivo sobre o óbito dos pacientes” (pesquisador responsável pela equipe Prof. Dr. Alexandre da Silva Costa, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva), da qual sou parte da equipe, sendo autorizado o uso dos resultados das entrevistas com enfermeiros para essa dissertação, em que se considera além do recorte espacial, a *dinâmica de interação social* das pessoas ou grupos nesse espaço (NETO, 2010).

Definido o campo - o CTI de um hospital universitário, terciário, do sistema público de saúde, localizado no Rio de Janeiro – a primeira providência foi criar uma estratégia de aproximação a fim de apresentar à comunidade a natureza do estudo, com seus objetivos e metodologias. Nesse sentido, foi idealizada uma reunião com o Chefe do CTI. Para o estudo foi utilizada como técnica de coleta de dados a *entrevista*, um dos procedimentos mais utilizados da pesquisa qualitativa.

3.1 Local do Estudo

O CTI é o local de amplo aparato tecnológico que tem papel fundamental para o prolongamento da vida. Para tal, a evolução biotecnológica tem grande importância para a saúde humana, principalmente em um ambiente de terapia intensiva. É importante destacar que historicamente este setor surge através de estudos da enfermeira britânica Florence Nightingale durante a Guerra da Crimeia (1853–1856), quando efetivou a separação de uma área para cuidados de pacientes gravemente feridos, o que levou a redução de mortalidade, conforme refere a *Society Critical Care and Medicine* (SCCM, 2016). Esse conceito até então de separação pela gravidade do paciente deu origem ao que hoje conhecemos como Centro de Tratamento Intensivo (CTI), concebido no ano de 1926 pelo médico neurocirurgião Walter E. Dandy que estabeleceu uma unidade de três leitos para pacientes em pós-operatório no *Johns Hopkins Hospital*, EUA.

Com o objetivo de oferecer suporte avançado para a manutenção da vida de pacientes severamente debilitados e com chances de sobreviver, o CTI possui também como foco a internação de pacientes instáveis clinicamente. É um ambiente de alta complexidade (utilização de recursos tecnológicos e profissionais altamente qualificados trabalhando ininterruptamente), reservado e único no hospital, já que se propõe estabelecer monitorização completa e vigilância durante vinte e quatro horas por uma equipe multidisciplinar de profissionais.

No Brasil, estabelece a RDC nº. 7 de 24 de fevereiro de 2010 (MS, 2010) que a Unidade de Terapia Intensiva Adulto assistirá pacientes com idade igual ou superior a dezoito anos, mas é possível a admissão de pacientes que possuam entre quinze e dezessete anos, desde que estabelecido em normas institucionais. Embora UTI e CTI sejam nomenclaturas que signifiquem setor para tratamento de pacientes em condições graves e/ou instáveis, conceitualmente o CTI é o agrupamento de mais de uma UTI em uma mesma área física.

O cenário de investigação do estudo foi o CTI adulto (clínico e cirúrgico) de um hospital universitário localizado no município do Rio de Janeiro. Esse local foi escolhido por ser um centro de alta complexidade e referência no Brasil em pesquisa científica, ensino e assistência à toda comunidade. O Hospital em que está situado o CTI possui vínculo com o Ministério da Educação e o SUS (Sistema Único de Saúde) e atende exclusivamente a partir do encaminhamento realizado através da Central de Regulação¹, após agendamento antecipado nos postos de saúde.

¹ As Centrais de Regulação funcionam como estruturas físicas administrativas que têm o objetivo de organizar a assistência à saúde em estados e municípios. Elas podem ser de gestão estadual ou municipal e são implantadas sem a necessidade de autorização do Ministério da Saúde. Além de ordenar e organizar as listas de espera por procedimentos no SUS, as Centrais têm a finalidade de controlar as demandas da rede pública e dar mais transparência ao acesso da população aos serviços especializados de saúde. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/central-unificada-de-regulacao-e-inaugurada-no-rio-de-janeiro>> Acesso em: 26 set 2016.

Uma vez encaminhados, os pacientes são submetidos à Central de Triagem e direcionados ao tratamento através do Serviço de Ambulatório. Destaca-se que o hospital é referência na formação de profissionais especialistas e no desenvolvimento de pesquisa. No Centro de Tratamento Intensivo estão disponibilizados dez leitos, divididos em duas Unidades. A primeira denominada coorte com cinco leitos e a segunda unidade chamada de clínica com outros cinco leitos.

Apesar do atendimento a um público semelhante e da proximidade entre ambas, as duas unidades contam com equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, além dos profissionais de manutenção, de limpeza e do setor administrativo. A autorização para a realização das entrevistas com os enfermeiros do CTI deste Hospital Universitário foi obtida junto à chefia imediata do serviço e os resultados da pesquisa serão apresentados aos profissionais posteriormente.

O local de realização para a coleta dos dados foi escolhido de forma a possibilitar privacidade para o sujeito de pesquisa. As entrevistas foram realizadas nos meses de março e abril de 2016 de acordo com a disponibilidade do entrevistado e duraram em média 45 minutos.

3.2 Participantes do estudo

O grupo pesquisado foi composto de profissionais de saúde de nível superior de enfermagem, independente do regime de contrato, lotados no Centro de Tratamento de Terapia Intensiva. Os critérios de exclusão consideraram profissionais que não são lotados no CTI, que sejam de outras clínicas que estivessem apenas frequentando o CTI.

A escolha de enfermeiros teve o intuito de conhecer a percepção destes em relação ao tema em estudo. Devido à falta de proximidade com o local de estudo, para conhecer a amostra de enfermeiros que contemplava os critérios de inclusão propostos, a chefia de enfermagem, gentilmente, elaborou uma lista com os nomes dos profissionais que se encaixavam nos critérios de inclusão, contribuindo assim para a concretização da pesquisa.

O convite para participação dos profissionais foi conduzido pessoalmente, sendo explicitados os objetivos da pesquisa e, após o aceite, foram realizadas as entrevistas ou agendado um horário para realização das entrevistas no CTI de acordo com a disponibilidade do profissional. Os objetivos, métodos, benefícios e risco da pesquisa foram explicados a cada participante, assegurando a não utilização dos dados caso o entrevistado decidisse abandonar a pesquisa. Logo em seguida, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo IV) e as entrevistas foram iniciadas após autorização prévia dos sujeitos para que fossem registradas/gravadas para posterior transcrição (análise).

3.3 A entrevista com os Enfermeiros

Conforme Minayo (1992) a *entrevista* é o nome genérico de diferentes abordagens que podem ser categorizadas como: *entrevista aberta*, *entrevista estruturada*, *entrevista semi-estruturada*, *entrevista através de grupos focais* e *histórias de vida*. Contudo, elas podem ser resumidas em *estruturadas* e *não-estruturadas*, conforme são mais ou menos dirigidas. Configurada como *entrevista aberta ou não-estruturada*, o tema proposto é abordado livremente. Já a *estruturada* exige perguntas previamente formuladas. A *entrevista semiestruturada*, que foi utilizada no presente estudo, articula as duas modalidades acima descritas, isto é, combina perguntas fechadas ou estruturadas e abertas.

Com o procedimento, podemos acessar tanto dados objetivos, que poderiam ser obtidos por outras fontes (censo, estatísticas, por exemplo), como dados subjetivos. Estes apontam para valores, atitudes e opiniões dos sujeitos sobre o tema focalizado, sendo que esses só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos (MINAYO, 1992; NETO, 2010; BARDIN, 2011). Tal proposta vai ao encontro dos objetivos da pesquisa de apreender as *percepções, reflexões e critérios éticos* que justificam as tomadas de decisão dos enfermeiros frente aos modos de morrer dos pacientes em um *Centro de Tratamento Intensivo*.

A entrevista (APÊNDICE B) foi aplicada a todos os enfermeiros do CTI (plantonistas e rotina), por ser esses, junto com os médicos, os mais diretamente envolvidos com os processos de tomada de decisão referentes a tratamentos e condutas que antecedem a morte do paciente no ambiente do CTI. A parte estruturada da entrevista refere-se a dados demográficos e de trabalho, formação, além de alguns dados objetivos relacionados a concepções sobre o morrer para que nos seja possível cotejar com a literatura científica.

As questões abertas referem-se basicamente a como os entrevistados justificam as respostas. Assim, são estimulados a discorrer sobre os argumentos morais que sustentam suas posições sobre como proceder no momento de determinar a morte do paciente. As entrevistas foram gravadas, posteriormente transcritas na íntegra. O sigilo dos entrevistados foi mantido utilizando-se códigos numéricos (Enfermeiro 1, Enfermeiro 2 etc.)

3.4. Análise dos dados

Para o tratamento dos dados foi utilizada a *Análise de Conteúdo* que, segundo Bardin (2011, p. 229) é um “conjunto de técnicas de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Muitas são as técnicas da *Análise de Conteúdo*, a qual busca atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, como a Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise da Enunciação.

No presente estudo foi utilizada a *Análise Temática*, que se refere a um quadro categorial que privilegia a repetição da frequência dos temas e permite acessar o nível mais manifesto das entrevistas. Nela buscou-se descobrir os “núcleos de sentido” de uma comunicação, em que a presença ou a frequência dos temas e desses núcleos de sentido sejam significativos para os objetivos do estudo, neste caso, os argumentos morais e os critérios éticos que justificam a tomada de decisão dos enfermeiros nos momentos que antecedem a morte no CTI.

3.5 Considerações éticas

A pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de dezembro de 2012 (CNS/2012), que regula os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, tendo sido submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) e do HU. Foram entrevistados aqueles que concordaram em participar da pesquisa após os devidos esclarecimentos, fornecidos pelo pesquisador, consolidando sua participação pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme propõe a norma adotada no País, Resolução CNS 466/12.

Todas as pesquisas que envolvem seres humanos devem se preocupar com as implicações éticas que decorrem do processo de investigação dos sujeitos de pesquisa, a fim de protegê-los de possíveis desvantagens resultantes da relação entre sujeitos e pesquisadores. Os riscos relacionados aos sujeitos participantes da pesquisa se relacionam somente ao fato de que eles, ao refletirem e falarem sobre o tema, venham a se sentir desconfortáveis.

Nesse caso, eles poderiam, se assim desejassem, retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Como garantia de confidencialidade dos dados, não serão divulgados os nomes de quem aceitou participar das entrevistas, ou seja, nenhuma resposta dada ao entrevistador será identificada. As transcrições das entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador/entrevistador e as informações obtidas através dessa pesquisa serão armazenadas somente pelo grupo de pesquisa.

Os dados adquiridos só serão utilizados para publicações científicas com a confidencialidade assegurada. Os critérios para suspender ou encerrar a pesquisa foram relacionados à não participação dos profissionais para responder às entrevistas, porém nenhum dos entrevistados solicitou a interrupção da entrevista.

4 COMPREENDENDO A BIOÉTICA

Contextualizar historicamente a bioética facilitará o entendimento desse campo não apenas teórico, mas acadêmico e das *práxis*, como ensinam Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009, p.13). Dessa forma, em consonância com esses autores, dois eventos são fundamentais para o surgimento da bioética:

O primeiro seria a reflexão do oncologista estadunidense Van Ressenlaer Potter, que em 1970 propôs o nome e a concebeu como a “ponte” entre a ciência da natureza e as humanidades, enfatizando a união entre os componentes que ele considerava como os mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, o conhecimento biológico e os valores humanos; o segundo, a fundação, pelo ginecologista e obstetra holandês radicado nos Estados Unidos André Hellegers, do Kennedy Institute of Ethics, vinculado à Georgetown University, na cidade de Washington nos Estados Unidos, no mesmo ano (REGO, PALÁCIOS E SIQUEIRA-BATISTA 2009, p. 14-15)

Esses marcos não podem ser compreendidos sem que analisemos os fatores histórico-sociais que os precedem, uma vez que as reflexões que antecedem o nascimento da bioética têm origem nas pesquisas que envolvem seres humanos “nas quais a associação entre epidemiologia e clínica ocupa lugar de destaque tanto em frequência como em relevância” (REGO, PALÁCIOS E SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p. 15). Essas preocupações estavam centradas a princípio nas intenções do agente, embora já observassem o “link” que se instauraria entre saúde pública, cuidado da saúde e bioética.

Por conseguinte, as tensões nas pesquisas científicas e as tensões na prática clínica são pilares importantes para um melhor entendimento do nascimento da bioética. Verificaremos, portanto, alguns fatos marcantes ocorridos nesse campo, já que o desenvolvimento das ciências biomédicas se sustentou em experimentos científicos utilizando-se seres humanos sem preocupação ética, como os fatos ocorridos durante a Segunda Guerra Mundial.

Um dos fatos marcantes na história de “cobaias humanas” em prol do desenvolvimento da ciência foi o ocorrido na cidade de “Tuskegee”. Refere-se a um estudo realizado no Condado de Macon, Alabama, Estados Unidos da América, entre 1932 e 1972 sobre sífilis não tratada em homens negros, em que foram envolvidos seiscentos seres humanos, dos quais 399 possuíam sífilis e um grupo controle com 201 homens que não possuíam esta patologia. Assim, afirma Bonfim (2010):

A intenção da experiência era observar a evolução da sífilis, livre de tratamento. Todos os sífilíticos estavam com a doença em estado avançado quando o estudo começou. No decorrer dos longos anos do estudo, os participantes não foram informados que tinham sífilis, nem sobre o que a doença poderia causar (BONFIM, 2010, p.4-5).

Muitos artigos científicos foram publicados após essa pesquisa e o estudo teve acompanhamento das autoridades sanitárias nos “National Institutes of Medicine”, embora na década de 1940 a penicilina já existisse e fosse indicada para o tratamento dessa patologia. Ainda assim, as pesquisas continuaram com a mesma metodologia. Durante o estudo não foram testadas novas drogas nem foram realizados estudos sobre tratamentos já utilizados. Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009) afirmam que:

Embora as pesquisas realizadas durante a Segunda Guerra Mundial pelos principais países envolvidos no conflito (incluindo EUA e Inglaterra) tenham tido grande repercussão global – especialmente no âmbito da discussão sobre o que se poderia e o que não se poderia fazer com seres humanos -, o fato é que não foram suficientes para efetivamente mudar a forma como cientistas em geral viam a questão (REGO, PALÁCIOS E SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p.18).

Após o final da Segunda Guerra mundial foi instituído o Tribunal de Nuremberg para que os nazistas fossem julgados. Este Tribunal julgou, em 9 de dezembro de 1946, “vinte e três pessoas - vinte das quais, médicos - que foram consideradas criminosas de guerra, pelos brutais experimentos realizados em seres humanos”, dando origem a dez normas que deveriam nortear as pesquisas com seres humanos, sendo o consentimento informado peça fundamental. Trata-se do Código de Nuremberg, considerado o primeiro documento internacional para a regulação da ética em pesquisa. O primeiro item do documento, remete-se ao consentimento informado:

1. O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento; essas pessoas devem exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição posterior; devem ter conhecimento suficiente do assunto em estudo para tomarem uma decisão. Esse último aspecto exige que sejam explicados às pessoas a natureza, a duração e o propósito do experimento; os métodos segundo os quais será conduzido; as inconveniências e os riscos esperados; os efeitos sobre a saúde ou sobre a pessoa do participante, que eventualmente possam ocorrer, devido à sua participação no experimento. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento repousam sobre o pesquisador que inicia ou dirige um experimento ou se compromete nele. São deveres e responsabilidades pessoais que não podem ser delegados a outrem impunemente [...] (CREMESP, 2015).

Isto posto, o consentimento informado passou a ser fundamental para a realização de pesquisas com seres humanos, a fim de que sejam evitadas arbitrariedades através do uso da “força, fraude, mentira e coação”. Quando falamos em tensões na prática clínica, precisamos compreender o importante papel do avanço científico durante o século XX. A assistência à saúde ficou mais complexa “sendo, inclusive, rediscutida e recomposta em termos de cuidados da saúde -, e passou a demandar respostas morais adequadas à nova realidade.” (REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p.20).

Podemos destacar como fato histórico de extrema importância o primeiro transplante de coração, ocorrido em 3 de dezembro de 1967, na África do Sul, realizado pelo médico Christian Bernard, que surpreendeu o mundo ocasionando novas reflexões sobre quando se dá a morte.

O coração é considerado, pelo senso comum, como a sede dos sentimentos e da memória, e transplantá-lo era visto quase como equivalente a criar uma quimera, ou seja, um monstro composto por partes de diferentes tipos de animais! Ademais, diretamente associado a esse evento houve a redefinição do próprio conceito de morte, posto que para se transplantar o coração era preciso que ele estivesse em atividade (REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p. 23)

A partir desse importante marco uma comissão de especialistas reuniu-se na escola médica de Harvard (Estados Unidos da América) para elaborar um novo conceito: a morte encefálica, que ocorre antes da parada cardíaca.

Após quatro anos do transplante cardíaco, no ano de 1971, o professor e oncologista norte-americano Van Ressenlaer Potter publica a obra *Bioethics: bridge to the future* em que compreende a bioética como uma ligação ou ponte para o futuro, correlacionando as ciências humanas e da natureza. Nesse sentido, o surgimento da bioética surge da necessidade de refletir sobre essas importantes transformações que começam a ocorrer nas práticas de saúde a partir da incorporação da tecnologia na medicina, como ilustra o primeiro transplante cardíaco. “Bioética, antes de tudo, refere-se a direitos e conquistas, não a imposições ou restrições em nome de valores considerados éticos e moralmente bons para alguns”. (DINIZ; GUILHEM, 2006, p. 69).

Em especial, foram as tensões na ética em pesquisa, com os relatos de estudos anti-éticos e a mobilização de opinião pública, que levaram o Governo americano a instalar a “National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research” (NCPHSBBR) em 12 de julho de 1974, cujo objetivo era definir os princípios que deveriam regular a ética em pesquisa. Anos mais tarde, em 1978, a Comissão Nacional finaliza o documento que ficou conhecido como Relatório Belmont (1978), que dentre suas propostas estavam a abordagem de pequenos grupos considerados vulneráveis ou situações peculiares de pesquisa, num documento abrangente e doutrinário. Pela primeira vez, através deste relatório, foram nominados os princípios que deveriam servir de base para a avaliação da pesquisa científica: “respeito às pessoas”, “beneficência” e “justiça”.

Fundamental na história da Bioética foi a publicação em 1979 do livro *Principles of Biomedical Ethics* escrito por Beauchamp e Childress, apresentando a teoria principialista da Bioética, especialmente voltada para a ética na área da saúde. Esta obra também pode ser considerada alicerce em que se baseia a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, atualizada pela Resolução 466/12, que regulamenta a ética em pesquisa no Brasil. Importante destacar que a proposição do termo “bioética” teve como um dos marcos o artigo *Bioethics, science of survival* do Potter, datado de 1970 (neologismo *Bioethics*).

4.1 Princípioalismo

A bioética pode ser analisada sob vários modelos ou correntes de análise teórica, cada uma delas com suas vantagens e desvantagens. A corrente principialista da Bioética se aproxima do Relatório Belmont publicado em 1978 que estabeleceu como princípios basilares da ética na pesquisa científica a beneficência, respeito pelas pessoas e justiça.

Tom L. Beauchamp era um dos participantes da Comissão Nacional para Proteção de Sujeitos Humanos em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais e se associou a James F. Childress (teólogo e filósofo) para lançarem em 1979 o livro “Princípios de Ética Biomédica”. Nessa obra os autores trabalham com os quatro princípios gerais e fundamentais para orientar as decisões morais em questões biomédicas.

Os princípios são: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. É necessário destacar que os princípios propostos não são absolutos nem há hierarquia entre os mesmos, portanto, recebem a denominação de “prima-facie”, o que significa que são consideradas obrigações morais, mas, às vezes, quando aplicados a uma dada situação podem entrar em conflito, havendo a necessidade de realizar uma ponderação entre eles para encontrar o princípio que prevalece ou que tenha mais força na situação dada. Nesse processo de ponderação, a argumentação tanto para a escolha de um princípio preponderante quanto para o abandono de um princípio deve estar claramente apresentada.

Ademais, é necessário realizar a especificação desses princípios, isto é, definir qualitativamente as normas gerais aos casos através de especificações tais como “as circunstâncias”, “quem”, “o quê” e “quando”? Ou seja, especificar o significado, alcance e escopo das normas gerais (conteúdo), de um lado, e seu peso e força, de outro (CHILDRESS, 2009, p. 69). Através desse expediente metodológico, impossibilita-se que um princípio se sobreponha ao outro sem que haja fundamentação com alicerce seguro.

Quanto aos princípios, segundo Beauchamp e Childress (2002), a beneficência é compreendida pela obrigação moral de agir em benefício do outro, princípio este que nos remete ao juramento hipocrático; ou seja, fazer o bem. No juramento em questão, feito pelo médico, não havia compromisso com os anseios do paciente na tomada de decisões, mas no dever a ser cumprido pelo médico, uma postura de proteção ao paciente.

No modelo proposto pelos autores, a beneficência implica em fazer o bem e analisarmos a efetividade e os benefícios desta atitude. Este princípio pode ser considerado como sendo a obrigação moral de agir auxiliando os demais de acordo com seus interesses e proporcionando o bem-estar deste.

Todavia, devemos destacar a existência de uma linha tênue entre os princípios da beneficência e da não-maleficência, uma vez que o primeiro exige além da conduta não danosa, o dever de agir positivamente, em algo benéfico para o paciente contrariamente à apenas não causar dano, no caso da não-maleficência.

Neste aspecto devemos lembrar o famoso Juramento de Hipócrates (CRM/SP-2015):

Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: [...]Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam[...]

Dessa forma, observamos o compromisso com a promoção do bem-estar dos pacientes firmado pelos médicos neste compromisso que fundamenta e justifica a medicina, diferentemente da não-maleficência, que tem como prerrogativa evitar ações prejudiciais. A não-maleficência é entendida pelo dever de não causar intencionalmente dano ao indivíduo, máxima também atribuída a Hipócrates. Podemos interpretar, desta forma, que não é admitido prejudicar os interesses de alguém.

Tal princípio está intimamente relacionado às discussões sobre o processo de fim de vida, quanto à distinção entre matar e deixar morrer e a relevância moral dessa distinção (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002; REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009). Dentre as discussões sobre a não-maleficência, temos aquela relacionada à abstenção e a retirada de tratamento de suporte de vida. Assim, como interpretar ou balancear esses princípios diante de uma situação em que teremos o conflito entre continuar investindo ou não em suporte tecnológico de vida para um paciente em fase terminal da doença?

Como são muitos os possíveis danos causados, o princípio de não maleficência abriga muitas regras morais, tais como “não causar dor ou sofrimento, não causar incapacitação a outros, não causar ofensa a outros e não matar, não despojar outros dos prazeres da vida” (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p.214). São diversos os debates que tratam o princípio da não-maleficência quando discute a abstenção (não dar início) do suporte de vida e a interrupção dos tratamentos:

Muitos profissionais e membros de famílias pensaram estar justificados ao rejeitar tratamentos aos quais nunca deram início, mas não em interromper tratamentos já iniciados. Eles julgaram que as decisões de interromper tratamentos são mais importantes e mais graves que as decisões de não os iniciar. Suspender um respirador, por exemplo, parece causar a morte de uma pessoa, enquanto não colocar um respirador parece uma decisão médica prudente. Contudo, seriam tais crenças justificáveis? (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p. 214)

Os autores afirmam que o desconforto dos profissionais de saúde com a interrupção dos tratamentos de suporte de vida parece refletir a ideia de que essas ações os tornam responsáveis – e, portanto, culpáveis – pela morte do paciente, enquanto não são responsáveis se não derem início ao tratamento. (BEAUCHAMP E CHILDRESS 2002, p. 218). Outra questão refere-se ao fato de que, quando se inicia um tratamento, cria-se expectativa em relação a família e ao paciente, gerando desconforto aos profissionais de saúde que criam para o paciente e familiares expectativas de melhora do quadro clínico ou cura, o que nem sempre ocorre.

Na concepção dos autores, “interromper um tratamento particular, incluindo o de suporte de vida, não envolve necessariamente o abandono do paciente. A interrupção deve seguir diretrizes do paciente e ser acompanhada e seguida de outras formas de cuidado, conforme Beauchamp e Childress (2002):

A distinção entre a abstenção e a interrupção do tratamento também pode, em alguns casos, levar a um prolongamento excessivo do tratamento, ou seja, a um prolongamento excessivo do tratamento que não é mais benéfico ou desejável para o paciente (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p. 219).

Concluem que a distinção entre não iniciar ou interromper o tratamento é moralmente irrelevante já que um tratamento que possa ser omitido, poderá também ser interrompido. Beauchamp e Childress (2002) argumentam que tanto no discurso filosófico ou em tradições religiosas muitos parâmetros desenvolveram-se para a não-maleficência na assistência à saúde. Especialmente quando estamos no âmbito da decisão por determinado tratamento ou pela decisão pelo não-tratamento:

Vários parâmetros tradicionais baseiam-se fortemente nas seguintes distinções:

1. Entre a rejeição e a interrupção de um tratamento de suporte de vida;
2. Entre um tratamento comum e um tratamento extraordinário (ou heroico);
3. Entre alimentação artificial e tecnologias médicas de suporte de vida;
4. Entre efeitos pretendidos e efeitos meramente previstos (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p.217).

Beauchamp e Childress (2002) defendem que todas essas distinções não podem ser sustentáveis pois “não há diferença relevante e devem ser substituídas pela distinção entre formas de tratamento obrigatórias e opcionais por uma concepção da relação custo-benefício”. (p.217). Essa relação custo-benefício refere-se ao custo social, prolongamento do sofrimento do paciente para um benefício questionado. Será realmente benéfico prolongar a dor do paciente?

Ao estudarmos o princípio da autonomia (de origem grega cujo significado é “autogovernar”), verifica-se a necessidade de reconhecer o direito do indivíduo de agir com base em suas crenças e valores pessoais, de forma que o indivíduo faça suas escolhas de acordo com o que acreditar ser o mais adequado para seus anseios.

Assim é necessário que os indivíduos decidam por si mesmos com argumentos sólidos, após reflexão e entendimento sobre o que está decidindo (REGO; PALÁCIOS E SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p.110). Este princípio nos remete à autodeterminação da pessoa em tomar decisões acerca da sua vida, decisões relacionadas a sua saúde e a sua integridade física-psíquica, bem como em suas relações pessoais.

Certamente pressupõe liberdade de escolha, de agir conforme o que acredita ser o melhor para si. Como afirma Kant em seu imperativo categórico: “o ser humano é um fim em si mesmo”. Ser autônomo não significa “individualismo”, uma vez que os limites da autonomia estão estabelecidos no respeito ao outro e ao coletivo (TORRES, 2007).

Importante destacarmos que a manifestação do princípio da autonomia é o “consentimento livre e esclarecido”, como por exemplo nos casos em que o indivíduo pode recusar uma proposta de tratamento que possa afetar sua integridade física-psíquica e deve ser dado livremente quando o indivíduo é esclarecido e entende as razões pelas quais deve tomar uma decisão (TORRES, 2007, p.1).

Finalmente, o princípio da Justiça diz respeito “a um tratamento equitativo, justo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas e regulando as relações do Estado com os cidadãos” (PESSALACIA, 2011). Essas normas distribuem benefícios de forma equilibrada e justa e tem base aristotélica em que devemos tratar os iguais de forma igual enquanto os não iguais de maneira não igual.

Por fim, devemos compreender que a vertente principialista, embora mais discutida, não é a única e os demais modelos existentes ou outros que possam surgir devem ser somados e debatidos aos já existentes de forma a enriquecer o estudo e auxiliar na solução de conflitos bioéticos. Muitas críticas existem em relação a aplicabilidade de princípios, como por exemplo, a necessidade de universalização ou generalização para todos os casos. Nesse sentido, alguns filósofos afirmam que é incompatível apreciar um caso que seja similar a um outro que já foi “julgado moralmente” porque são situações diversas.

Defensores de normas morais gerais sublinham frequentemente, contra os casuístas, que as normas são importantes na identificação de semelhanças e diferenças entre casos relevantes (CHILDRESS, 2009, p.74)

Desse modo, os casuístas se opõem a esse tipo de análise uma vez que, em seu entendimento, esses princípios são aplicados a todos os casos e não por análise particular de cada caso. No entanto, Childress (2009) afirma ser possível que:

Uma abordagem que vê ambos os julgamentos de casos particulares e normas morais gerais é tão importante no raciocínio moral que eles estão dialeticamente ou dialogicamente relacionados - cada um pode, potencialmente, modificar e corrigir o outro em um esforço para alcançar uma maior coerência. Finalmente, as abordagens baseadas em princípios podem reconhecer a importância de casos solucionados, os chamados casos paradigmáticos sobre os quais existe um forte consenso moral (CHILDRESS, 2009, p. 73-74).

Outra crítica afirma que essa vertente bioética serve apenas para análise de dilemas morais. No entanto, Childress (2009) defende que:

As abordagens baseadas em princípios reconhecem que muito, ainda mais, da vida moral é uma questão de fazer o que se reconhece ser o certo, obrigatório ou bom, sem qualquer perplexidade sobre o que se deve fazer e sem apelo direto aos princípios. No entanto, quando surgem conflitos ou situações novas [...] os princípios são importantes (CHILDRESS, 2009, p.74).

Uma crítica também relacionada ao principialismo de Beauchamp e Childress alega que eles se concentram em “o que vamos fazer” ao invés da questão “o que deve ser feito”. Esses críticos direcionam suas afirmações ao questionamento de virtude e caráter. “Os defensores do primado da virtude e caráter costumam considerar que um profissional virtuoso pode discernir o curso de direito de ação na situação sem dependência de princípios” (CHILDRESS, 2009. p. 75).

Portanto uma pessoa virtuosa fará o que é certo. Para Childress (2009, p. 75), aqueles que defendem o principialismo, ao contrário, vão justificar que: “não há garantia de que as pessoas boas vão discernir o que é certo [...] Além disso, as pessoas que são geralmente boas podem nem sempre desejar fazer o que é certo”.

Ademais, afirma o autor, esses princípios morais podem guiar a conduta quando acompanhados de sanções e também podem ajudar a determinar as virtudes que devem ser desenvolvidas, já que muitas virtudes se correlacionam com princípios e regras - por exemplo, a benevolência com beneficência.

Assim essas críticas sugerem desafios a serem enfrentados pelo principialismo de Beauchamp e Childress, embora os proponentes considerem que possam “acomodar as críticas mais importantes e convincentes, sem abandonar os princípios”. (CHILDRESS, 2009, p. 75)

4.2 Utilitarismo

O utilitarismo tem sua origem etimológica do latim *utilis* que significa útil. O filósofo Jeremy Bentham, que viveu na Inglaterra entre 1748 e 1832, utilizou o termo “utilitarista” pela primeira vez em 1781 ao cunhar a respectiva palavra a partir da noção de “utilidade” elaborada por Hume. No utilitarismo uma ação que seja moralmente correta promoverá a felicidade e se condenável tenderá a produzir a infelicidade, em que os sujeitos a se considerar não se restringem apenas ao agente da ação, mas todos aqueles que são de alguma forma afetados por esta.

Conforme Hare (2010), os principais constituintes de qualquer teoria utilitarista são consequencialismo, bem-estar e agregacionismo. Consequencialismo pode ser definido como a visão de que as consequências de um ato são o que o tornam certo ou errado. O segundo componente do utilitarismo é o bem-estar. Os utilitaristas afirmam que as consequências são fundamentais para a moralidade e podem aumentar ou reduzir o bem-estar das pessoas envolvidas em uma situação.

Hare define bem-estar como: “a obtenção para um grau elevado ou, pelo menos, de uma razoável qualidade de vida, que no seu conjunto uma pessoa quer”. Dessa forma o bem-estar é a visão de que as consequências que nós temos que observar é aquela que conduzirá ao bem-estar das pessoas envolvidas.

O componente restante, ou seja, o agregacionismo é entendido por Hare (2009):

Uma visão sobre a distribuição desse bem-estar. É a visão de que habitualmente nós temos uma escolha entre o bem-estar de um grande número de pessoas e o bem-estar de outro grupo...devemos escolher a ação que maximiza o bem-estar [...]. Podemos chamar isso de agregacionismo constituinte. Agregacionismo implica que devemos maximizar a soma do bem-estar (HARE, 2009, p.85).

Bentham (*apud* DIAS, 2015, p. 154) define o princípio da utilidade como sendo o princípio que:

Aprova ou desaprova qualquer ação, segundo a tendência que tem a aumentar ou a diminuir a felicidade da pessoa cujo interesse está em jogo, ou, o que é a mesma coisa em outros termos, segundo a tendência a promover ou a comprometer a referida felicidade. Digo qualquer ação, com o que tenciono dizer que isto vale não somente para qualquer ação de um indivíduo particular, mas também de qualquer ato ou medida de governo [...]. Ou, em outros termos, o princípio da utilidade é explicado da seguinte forma; [...] O princípio que estabelece a maior felicidade de todos aqueles cujo interesse está em jogo, como sendo a justa e adequada finalidade da ação humana, e até a única finalidade justa, adequada e universalmente desejável; da ação humana, digo, em qualquer situação ou estado de vida[...]

Para essa corrente, o número de pessoas afetadas pelas ações deve ser considerado, desta forma buscando maior prazer a um maior quantitativo de pessoas. O utilitarista não está interessado em estabelecer culpas, mas em um cálculo de bem-estar. Está interessado em saber qual o melhor curso de ação quando se está diante de uma tomada de decisão. Enquanto o principialista está aplicando os princípios e ponderando o utilitarista está calculando a quantidade de bem-estar envolvida em cada uma das opções de curso de ação.

4.3 Ética do Cuidar

A origem do termo “cuidado” deriva do latim *cura*. O cuidar é central para o ser humano e sua vida, oferecendo uma imagem diferente da sociedade, com diversas implicações para a ética e para a bioética em particular e, em caráter especial, para a interface destas com a enfermagem. Sabemos que a ética do cuidar busca compreender as diferenças morais em respeito à autonomia do cuidador e do ser cuidado, auxiliando na reflexão sobre as questões morais de forma que possa existir um consenso nos momentos de conflito. Além disso, a ética do cuidar mantém uma estreita relação com o paciente em fim de vida, abordando aspectos que remetem à melhoria de sua qualidade de vida.

Gilligan (2009), filósofa e psicóloga feminista, professora de Educação da Universidade de Harvard nos mostra que o condicionante moral para as mulheres está atrelado ao cuidar, enquanto para os homens aparece como o dever de respeitar as pessoas, protegendo-as de interferências em relação a autonomia ou relacionados aos direitos à vida e à realização de si mesmo. Os problemas éticos que irão surgir com base nessa divisão do condicionante moral Gilligan denomina de “ética da justiça” em oposição à “ética do cuidar”, em que há prevalência da visão feminina.

Segundo Noddings (*apud* MANNING, 2009, p. 105), a “virtude ativa” perpassa pelo sentimento de cuidado que cada ser humano possui, uma vez que cada pessoa carrega em si memórias e sentimentos que guiarão suas atitudes. Uma voz interna que diz “eu preciso fazer isso” em resposta ao anseio do outro. Cuidar é também um ato de compromisso com o ser cuidado, atitudes que nascem no que há de melhor em cada um de nós. Ou seja, aqueles inseridos no contexto do cuidado devem compreender o processo de cuidar pela simpatia, imergindo no contexto de vida do indivíduo.

Assim, segundo Boff (*apud* CARVALHO e outros, 2013, p. 991): “o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. ”. Dessa forma estabelecem que é um modo do ser no mundo que habita ~~em~~ que fundamenta a relação com todas as coisas.

Manning (2009) defende que:

Cuidado envolve uma capacidade humana básica para reconhecer e responder às necessidades dos outros e para moderar o nosso comportamento em função do bem [...] há uma base natural para o cuidado, o cuidado como uma perspectiva moral tanto pode ser uma forte motivação para fazer a coisa certa como também para proporcionar uma base para o reconhecimento de ações corretas (MANNING, 2009, p.105).

Para essa vertente da bioética, o cuidado está relacionado a uma resposta moral a uma variedade de situações características. Nesse momento entendemos a necessidade de um conjunto de fatores como família, cultura, classe econômica, deficiência, entre outros conforme a autora.

Conforme Manning (2009, p.106) são quatro os processos centrais da ética do cuidado: a atenção moral, compreensão com simpatia, consciência do relacionamento e acomodação e harmonia. Na atenção moral vamos verificar a atenção dada a situação como um todo, ou seja, em toda a sua complexidade. Na compreensão simpática estaremos nos identificando com as pessoas naquela situação. Ou seja, tentar estar ciente do que determinada pessoa faria diante daquela situação, o que a autora chama de “atenção sensível aos melhores interesses dos outros”. Interessante posicionamento no sentido de que: “nós olhamos para satisfazer suas necessidades de maneira que irão preservar seu senso de competência e dignidade, enquanto ao mesmo tempo considera suas necessidades ou alívio de seu sofrimento”.

Na consciência do relacionamento diz a autora:

Há um tipo especial de consciência da relação que caracteriza cuidado. Em primeiro lugar, existe a relação mais básica [...] dos semelhantes. Depois, há a relação imediata de necessidade e de capacidade para satisfazer a necessidade (MANNING, 2009, p.107).

A pessoa que cuida pensa o que fará de modo a estimular e ampliar os relacionamentos de forma que permita o crescimento das relações entre os seres humanos. Por fim, acomodação e harmonia estão relacionados com o entendimento de que nem sempre é viável imaginar ou fazer o que todos precisam, porém é necessário que todos se sintam considerados no processo.

Quando fazemos isso aumentamos a chance de a harmonia existir. Afirma que “a sociedade opressiva pode ser bastante estável e harmoniosa [...] uma ética do cuidado se oporia a este tipo superficial de harmonia, uma vez que é dependente de tratar alguns como se eles não merecem o mesmo cuidado que os outros.” (MANNING, 2009, p.107).

4.4 Revisão de Literatura

O contexto da tomada de decisão diante do paciente em fim de vida envolve múltiplas questões, muitas relacionadas a assistência, cuidados, problemas bioéticos e as condutas dos profissionais perante a equipe, ao paciente e a seus familiares. Os trabalhos publicados, objeto desta revisão, procuram avaliar principalmente as percepções e demandas dos envolvidos e o nível de satisfação dos pacientes, familiares e das equipes dos CTIs.

As pesquisas empíricas tratam de aspectos da tomada de decisão em fim de vida do Enfermeiro em CTI, como: comunicação dentro da equipe e com pacientes e familiares; continuidade ou não do cuidado e controle dos sintomas. Os trabalhos avaliam um ou mais desses domínios e procuram medir principalmente as percepções e demandas dos envolvidos e o nível de satisfação dos pacientes, familiares e das equipes dos CTIs. Em relação ao período de publicação, definimos o período de 2000 a 2016.

Os quinze artigos selecionados para o estudo estavam distribuídos entre periódicos publicados nos países Europeus, América do Sul e América do Norte, especialmente em revistas das áreas de medicina, enfermagem e ética. A maior parte dos autores (enfermeiros, médicos ou professores dessas áreas) está vinculada a instituições de ensino, principalmente as faculdades de medicina e enfermagem e os trabalhos foram realizados em hospitais universitários ou centros de saúde.

Bakalis *et al* (2014) realizaram uma pesquisa na Grécia com pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura que buscou compreender a atitude dos estudantes de enfermagem (599 ao todo) em relação a eutanásia ativa e passiva, duplo efeito, suicídio assistido e outras temáticas relacionadas ao fim de vida. O questionário elaborado avaliou a atitude dos estudantes de enfermagem que cuidam de pacientes terminais com base na escala de *Likert*² (de discordo totalmente a concordo fortemente).

Conforme os autores, “todos os tipos de eutanásia são ilegais e são punidos pela lei grega com pesadas sanções, em contraponto a outros países do velho continente como a França” (BAKALIS *et al*, 2014, p. 238), onde em novembro de 2004 foi reconhecido por lei o direito dos pacientes a eutanásia passiva. Esse artigo faz menção a outros países, destacando que no Reino Unido, a regra do “duplo efeito” está em vigor, ou seja, aos profissionais de saúde é permitido oferecer analgésicos, como a morfina, com o intuito de aliviar a dor dos pacientes, ainda que seu excesso ocasione depressão respiratória, acarretando o óbito.

O artigo retratou que na Suíça existe uma das quatro clínicas do mundo que aceita pacientes de vários países com o objetivo de encerrar as suas vidas de acordo com o desejo dos pacientes e que a eutanásia na Holanda, Bélgica e Luxemburgo já foi

²A escala de Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários. É a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala os perguntados especificam seu nível de concordância com uma afirmação.

legalizada. Destaca que o Uruguai aprovou o “direito de morrer” e a Alemanha legalizou o suicídio assistido. Os resultados demonstram que, no entendimento dos estudantes, a enfermagem deve cuidar do paciente e não “abreviar a vida”, demonstrando muitas vezes pouco conhecimento da eutanásia.

Bakalis *et al* (2014) concluíram após análise das respostas observando a repetição dos núcleos centrais das falas apresentadas pelos estudantes que a maior fonte de informação sobre a eutanásia não eram as disciplinas ou as aulas práticas durante a graduação, mas, sim os meios de comunicação: “os enfermeiros não estão preparados para a discussão de dilemas morais, já que não são discutidos durante a faculdade, conseqüentemente, os profissionais encontram dificuldade para entender a eutanásia” (BAKALIS *et al*, 2014 p. 244).

Embora seja uma das funções fundamentais dos enfermeiros oferecer cuidado contínuo de enfermagem a todos, inclusive ao paciente em fim de vida, os próprios estudantes de enfermagem não se sentiram confortáveis ao falarem sobre paciente fora de possibilidade terapêutica de cura. Afirmam que nos países em que a prática da eutanásia é legalizada, embora a administração da medicação letal seja normalmente realizada por um médico, por vezes é delegada a uma enfermeira. Apresenta um estudo realizado por Parpa *et al* (2008) que mostra:

[...] a porcentagem de enfermeiros no sul da Austrália que realizaram a eutanásia, a pedido de um médico, foi de 5,4%. Mostrou que quase um terço dos enfermeiros (23%) foram solicitados pelo médico para administrar a medicação letal, e destes, 85% tinha cumprido o pedido. (BAKALIS *et al*, 2014, p.238)

Destacaram que as opiniões contrárias a eutanásia estão muitas vezes ancoradas em preceitos religiosos, à luz da ética cristã:

A ética cristã ensina que só Deus é o Senhor da vida. Vez que: “não é permitido tanto para acabar com sua própria vida ou a vida de outro. Além disso, para os cristãos, a doença pode ter um significado mais profundo em que, pode ser uma oportunidade de mostrar paciência e dignidade em face do sofrimento (BAKALIS *et al*, 2014, p. 239).

A investigação destes autores demonstrou que os profissionais de saúde não estão bem preparados para enfrentar o tema da eutanásia. O ensino de enfermagem na Grécia está focado no confronto da doença, evitando problemas tais como a tomada de decisão e pensamento crítico, destacando que as famílias desempenham um papel

importante no tratamento terapêutico dos doentes. A maioria dos estudantes concordou que a família deve participar na assistência ao paciente, ser informada e participar em decisões sobre eutanásia.

Além disso, a maioria da amostra acredita que o processo de enfermagem deve incluir a família (parentes e amigos) e apoiar contatos efetivos entre o paciente e seus familiares. A questão da eutanásia constitui um grande desafio para todos os enfermeiros na Grécia. (BAKALIS *et al*, 2014, p. 244)

Silva, Quintana e Nietzsche (2012) objetivaram compreender as representações sociais de médicos e enfermeiros sobre o investimento excessivo no paciente terminal em Unidade de Terapia Intensiva Adulta, utilizando pesquisa qualitativa em que os dados foram coletados por meio de grupo focal, entrevista e observação participante. Assim, seguiram os seguintes eixos norteadores: “doente terminal e investimento excessivo; tomadas de decisão e situações de conflito entre investir ou não investir; legislação pertinente ao tema; registro das decisões” (SILVA, QUINTANA E NIETSCHE, 2012, p. 697).

Uma vez que os pesquisadores tomaram parte do universo do pesquisado, os dados foram coletados, também, por meio de observação participante, segundo os objetivos da investigação, na medida em que, por meio do contato direto com o local e com os sujeitos do estudo, passou-se a conhecer a ordem dos fatos e fenômenos existentes no universo do pesquisado.

O processo de observação ocorreu de maio a agosto de 2009, nos três turnos de trabalho da UTI. Os fatos observados relacionaram-se ao convívio dos profissionais com doentes terminais; discussões durante as tomadas de decisão sobre investir curativamente, ou não, no doente; e registro das decisões.

Os dados foram sistematicamente registrados em diário de campo. Foram selecionados para concederem as entrevistas cinco enfermeiros e oito médicos: seis plantonistas e dois residentes. Como critérios de inclusão dos sujeitos elegeram-se ser médico plantonista ou enfermeiro do quadro fixo de funcionários da UTI ou ser médico residente em estágio nesta unidade durante o período de coleta de dados. Excluíram-se da pesquisa: médicos assistentes dos pacientes internados na UTI e médicos ou enfermeiros em período de férias ou em afastamento decorrente qualquer natureza.

Observou-se que os familiares, por não aceitarem a morte de seu doente, pressionam os profissionais para investir, desnecessariamente, no processo de cura; estes últimos, por sua vez, optam pelo caminho mais fácil de comprazer o familiar ao invés de trabalhar com ele na compreensão e aceitação da condição do paciente. Por conseguinte, afirmam os autores que as condutas referentes à finitude humana sejam repensadas no sentido de se evitar a obstinação terapêutica e amenizar as dificuldades para lidar cotidianamente com a morte e o processo de morrer, no intuito de que enfermeiros e médicos prestem um cuidado verdadeiramente humanizado àquele que está morrendo.

De acordo com Beca JP *et al* (2010, p.815-820), em pesquisa realizada no Chile, são poucos os casos de pacientes levados aos comitês de ética hospitalar para que haja uma consulta e discussão de determinada situação. A pesquisa verificou a implementação de um sistema de consulta ética na unidade de terapia intensiva na Clínica Alemana (mais abaixo está escrito Alemã, ver qual a correta), na cidade de Santiago, no Chile, tendo como base um questionário apontando os principais problemas éticos que médicos enfrentam em seu trabalho.

Afirmaram que:

Cinquenta e quatro por cento dos pacientes cujos casos foram submetidos à consulta têm idade superior a oitenta anos. Os principais diagnósticos foram problemas neurológicos, oncológicos ou cardiopulmonares. Os problemas éticos identificados foram limitação de tratamento (62%), da proporcionalidade ou futilidade (42%), necessidade de uma morte pacífica (36%), falta de decisões antecipadas (28%), uma discordância entre os médicos e familiares do paciente (24%). (BECA *et al*, 2010, p.815)

Os autores acordaram que a consulta ao comitê de ética é uma alternativa válida para aconselhamento e suporte para os médicos e as famílias dos pacientes e que sua implementação depende das particularidades de cada instituição de saúde. Alguns dos dilemas trazidos pelo autor remetem à questão da insuficiência da comunicação, como a discordância entre equipe e familiares, a questão da limitação do tratamento e as dificuldades para essa decisão ser compartilhada com os familiares, pois a falta de comunicação adequada gera muitas vezes a falsa expectativa de cura e esperança no familiar e paciente, o que pode corroborar para a intensificação do sofrimento que poderia ser evitado ou diminuído com a comunicação eficaz.

Assim, os dilemas ocorridos diante do paciente em fim de vida decorrem de fatores como inadequado esclarecimento e despreparo dos profissionais para trabalharem com a situação. A comunicação inadequada entre os integrantes da equipe multiprofissional aumenta a indecisão em situações cruciais em que está a vida em questão. A metodologia corresponde a uma análise quantitativa dos problemas mais frequentes e uma avaliação por médicos intensivistas.

O universo do estudo foram os primeiros 50 casos de consultoria ética e clínica realizados na Unidade de Terapia Intensiva de Clínica Alemã de Santiago entre abril de 2008 e janeiro de 2009. Os principais diagnósticos de pacientes foram agrupados em: doenças neurológicas, câncer, doenças cardíacas ou pulmão, e um grupo de outros diagnósticos.

Os autores destacam que os médicos muitas vezes consideram comitês de consultoria em ética distantes da prática ou veem como interferência em seu trabalho, uma vez que preferem consultas informais. Ressaltaram especialmente que:

A consultoria ética é entendida como um complemento para as comissões de ética de cuidados de saúde que fornecem uma deliberação multidisciplinar ética dos casos mais complexos e um papel de análise e regulamentos propostos para situações institucionais específicas. Um sistema de consultoria ética individual depende das condições particulares de cada instituição e está ligada às qualidades pessoais de cada consultor, por isso não é possível fazer recomendações generalizadas. (BECA *et al*, 2010, p.816)

Heide *et al* (2007) destacaram “a importância crescente de doenças crônicas como causa de morte e a atenção a ser destinada aos cuidados no paciente no fim da vida que têm criado interesse da medicina sobre o tempo e modo de morte”. (HEIDE *et al*, 2007, p. 1958). Em muitos casos, a morte é não apenas o resultado do curso natural de uma doença letal, já que a decisão médica influencia muitas vezes. Foi elaborado um questionário que tinha como foco as características do processo de decisão de fim de vida que pode ter precedido a morte do paciente envolvido:

Havia quatro perguntas-chave: se o entrevistado tinha retido ou retirado tratamento médico, tendo em conta a possível aceleração da morte; se intensificou medidas para aliviar a dor ou outros sintomas, tendo em conta a possível aceleração da morte ou apreciando essa possibilidade; tinha recusado ou interrompido o tratamento médico com a intenção explícita de antecipação da morte; ou haviam administrado, fornecido os medicamentos prescritos com a intenção explícita de antecipação da morte, resultando na morte do paciente. (HEIDE *et al*, 2007, p. 1959)

Se a última das quatro questões-chave foi respondida afirmativamente e se o ato foi realizado em resposta a um pedido explícito por parte do paciente, o ato foi classificado como eutanásia se o médico tinha administrado ou tinha assistido na administração da droga e foi classificada como suicídio assistido por médico, se o paciente tinha tomado por conta própria o medicamento. Concluíram que:

A promulgação da lei da eutanásia holandesa foi seguida por uma diminuição moderada nas taxas de apoio médico em morte. Esta tendência pode ter resultado de mudanças nos padrões epidemiológicos, uma maior utilização de sedação profunda e outros meios de aliviar os sintomas perto do fim da vida, e uma diminuição da inclinação entre os médicos a acreditar que os opióides aceleram a morte. (HEIDE *et al*, 2007, p.1964).

Por outro lado, Baliza *et al* (2015, p.572-579) disseram que, a morte, como um campo de evento de vida é vista como uma derrota em si própria e uma falha total do corpo:

Enfermeiros lidam com as situações do fim-de-vida, enquanto os sujeitos biossociais, possuem aspectos únicos socioculturais que revelam diferentes valores, modos de agir, pensar, sentir[...] com base em sua visão de mundo, decorrentes de relações e interações estabelecidas com as pessoas e o ambiente em que vivem e agem. Assim, é importante reconhecer que os processos de tomada de decisão são mediados pelos contextos socioculturais e também pela história pessoal e familiar de profissionais, uma vez que diferentes culturas incorporam a morte de maneira diferente e representações coerentes com o contexto. Podemos dizer que os seres humanos são um reflexo do ambiente cultural em que foram socializados. (BALIZA *et al*, 2015, p. 572)

A partir desta perspectiva, os valores e os aspectos culturais dos indivíduos estão envolvidos nas decisões que ocorrem no campo da prática, nas relações de cuidado e na maneira que os profissionais de saúde lidam com a morte. Assim:

Podemos dizer que a tomada de decisão é um processo essencial da natureza humana; portanto, ela está relacionada com diferentes noções de cultura. Sendo um componente importante da prática profissional de enfermagem, está ligada a um dos campos de prática de enfermagem. O conceito de tomada de decisão pode ser entendido como a seleção de alternativas óbvias ou soluções aceitáveis. Os atributos do conceito de tomada de decisão estão relacionados com a necessidade de fazer uma escolha deliberada entre duas ou mais opções, o que compromete o indivíduo a um caminho de ações e expressa a gama de expectativa de um ou vários objetivos específicos. (BALIZA *et al*, 2015, p. 572)

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os enfermeiros são desafiados a participar, relacionado com paciente e cuidados com a família, de tomada de decisões, enfrentam situações complexas, como manter ou descontinuar o suporte de vida. Tendo em conta estas situações, os profissionais devem ser preparados e livres para agir usando seu conhecimento e experiência.

Nesse sentido, muitas mortes que ocorrem na UTI são precedidas por decisões relacionadas com a restrição ou suspensão de medidas de suporte de vida. Estas decisões, em particular, são mais complicadas porque envolvem tratamentos de suporte de vida, que muitas vezes não representam benefícios para o paciente e, quando aplicado, se levantam dúvidas na equipe multidisciplinar, por exemplo, sobre quais decisões devem ser tomadas em relação ao paciente (e família), quem são os profissionais que devem participar neste processo e qual é o papel de cada profissional nestas situações. Este estudo foi realizado com abordagem qualitativa e propõe essas reflexões sobre a tomada de decisão.

Dickenson (2000) realizou uma pesquisa para avaliar se no Reino Unido e EUA os profissionais de saúde partilham a opinião sobre futilidade médica, retirada de tratamento e a doutrina do duplo efeito. Para isso, foi elaborado um questionário respondido por 469 enfermeiros britânicos, comparado com um questionário semelhante administrado a 759 enfermeiros norte-americanos e 687 médicos norte-americanos que participam do curso Hastings Center em Decisões perto do Fim da Vida.

O autor afirma que os conceitos mais discutidos foram duplo efeito, futilidade médica e as distinções entre interromper o tratamento ou não. Analisa ainda que as crenças dos profissionais interferem diretamente nas decisões a serem tomadas. O estudo mostrou que, em relação ao paciente em fim de vida, normalmente tem-se uma decisão médica e que os profissionais envolvidos não estão preparados para atuarem nessa situação. O desconforto dos profissionais para falar de pacientes sem possibilidades de cura, como na pesquisa com acadêmicos de enfermagem de Bakalis *et al* (2014), ilustram essa afirmação.

A pesquisa apontou, ainda, que a comunicação entre os membros da equipe de saúde é inadequada, o que aumenta a indecisão entre todos os participantes quando se necessita de uma decisão. Além disso, crenças religiosas, presentes em diversos países, interferem no processo de tomada de decisão, o que corrobora para dilemas na assistência e conseqüentemente no cuidado prestado ao paciente. No entanto, o artigo sustenta que quando ausentes os fatores religiosos, os envolvidos tornam-se mais próximos de discursos bioéticos. O autor afirma que as abordagens consequencialistas tenderam a dominar, particularmente na área de morte e morrer.

Silva *et al* (2009) afirmaram que:

Nas últimas décadas, a medicina tem claramente se beneficiado com os avanços tecnológicos. No entanto, o uso excessivo de novas terapias em pacientes fora de possibilidade de cura, trouxe à luz dilemas sociais, institucionais, profissionais e principalmente éticos e legais. Neste novo contexto, a medicina intensiva abriu novos caminhos para a cura e aumento da expectativa de vida para aqueles tratados. (SILVA *et al*, 2009, p.148)

Assim, questiona-se: o que deve ser feito com um paciente em uma situação extrema, que mesmo com todos os recursos terapêuticos disponíveis e depois de vários dias consecutivos ou às vezes semanas, não apresenta melhora clínica? Tais casos são corriqueiros nesse âmbito e podem causar dilemas éticos entre profissionais e membros da família. É muito comum em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) encontrar pacientes recebendo muitos recursos tecnológicos, mas frequentemente com resultados desanimadores. Mas como fica o cuidado de enfermagem diante dessa situação?

O cuidado é a essência da enfermagem e cuidados de paciente terminal exigem conhecimento do enfermeiro sobre a administração da dor e dos sintomas clínicos comuns na fase final de diversas doenças e comunicação com o paciente, bem como o conhecimento e a reflexão sobre a morte e terminalidade. (SILVA *et al*, 2009, p.149)

Consciente de que enfermeiros intensivistas convivem diariamente com pacientes graves potencialmente curáveis, e também com aqueles admitidos sem chance de cura ou aqueles que se tornam terminais durante o tratamento, os autores decidiram estudar este assunto. Propuseram-se a compreender a percepção de enfermeiras de cuidados intensivos sobre distanásia e prolongamento da vida de pacientes fora de possibilidade de cura, como experimentado em um hospital universitário.

Assim realizaram um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, a fim de que fosse possível encontrar o que os sujeitos pensam sobre suas experiências sobre um determinado tema. A pesquisa foi realizada em unidades de terapia intensiva I e II do Hospital Universitário de Londrina:

A UTI I tem dez camas, e atende principalmente pós-operatório e os pacientes de trauma ou pacientes da ala com a piora do estado geral. Na UTI II, com sete camas, prevalecerá pacientes colonizados/infectados por microrganismos multirresistentes, idosos, com doenças crônicas. Os dados foram analisados qualitativamente utilizando análise temática. (SILVA *et al*, 2009, p.149)

A experiência de enfermeiras com distanásia e prolongamento da vida mostrou-se complexa, pois envolve aspectos bioéticos.

Na opinião dos enfermeiros, falta de comunicação destaca-se como um fator importante para a distanásia, e continua a ser um problema. Comunicação mais eficaz, não só dentro da equipe médica, mas também com os enfermeiros podem contribuir para evitar a distanásia que foi comprovada neste estudo como ~~para~~causar de sofrimento, frustração e desconforto para os enfermeiros. Embora não seja responsabilidade do enfermeiro para decidir sobre parar ou mudar os procedimentos de tratamento, eles devem ser envolvidos nas discussões, como o profissional que passa mais tempo com os pacientes e, com cuidados continuados, segue o curso de admissão na UTI para alta ou óbito. (SILVA *et al*, 2009, p. 153)

Felix *et al* (2014) ressaltaram a importância dos cuidados de saúde que se referem à assistência de indivíduos, família e comunidade, visando promover a saúde, prevenir doenças e ajudar os seres humanos em situações de doença, baseado em valores humanísticos e conhecimento. Foi realizado um estudo exploratório de abordagem qualitativa na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário no nordeste do Brasil que objetivou investigar a observância dos princípios da bioética por enfermeiros ao cuidar de pacientes na terminalidade. Este hospital universitário é caracterizado como um hospital de referência no estado da Paraíba, que serve a cidade de João Pessoa e arredores.

O respeito pelos princípios da autonomia, da beneficência e justiça ao cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura revelam o respeito pelos princípios da bioética diante de pacientes em um processo de fim de vida, garantindo, acima de tudo, uma assistência de cuidados que se baseia nas necessidades humanas, uma

vez que tais princípios surgem como um quadro orientador para basear decisões éticas na prática assistencial. Afirmam os autores que:

No que diz respeito ao princípio da autonomia, isto garante aos pacientes o direito de decidir sobre sua vida e seus atos. Este princípio é considerado substancial em relação ao atendimento de pacientes com doenças terminais, como explicado nas declarações de alguns enfermeiros que participaram do estudo. Observou-se que os participantes enfermeiros neste estudo reconhecem a importância de utilizar os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça nas práticas que envolvem os seres humanos que são doentes terminais. A observância destes princípios ajuda a orientar ações éticas e apoiar ações humanitárias na morte e do processo de fim de vida de doentes terminais, contribuindo para a promoção dos cuidados e garantia do respeito pela dignidade humana. (FELIX *et al*, 2014, p.99)

Chaves e Massarolo (2009) afirmam que:

O fim da vida é algo inerente a todos os seres humanos, e, atualmente, o cuidado com vida terminal tornou-se significativa em nossa sociedade, na área da saúde e, especialmente, na medicina. Estas questões são fundadas sobre a tendência curativa de tratamentos, o envelhecimento da população, tendências de mercado, estresse cultural, vida orientada para a medicina, melhoria humana e o progresso científico e tecnológico que define o contexto da origem dos fatores que compõem esta discussão. (CHAVES E MASSAROLO, 2009, p.29)

O progresso científico e tecnológico contribuem para as melhorias crescentes sobre o uso de recursos de suporte de vida. Em muitos países, estas tecnologias e a sua disponibilidade mostraram novas formas de tratamento e esperança para lidar com muitos problemas, tornando possível estender os limites da vida. Portanto, os hospitais tornaram-se locais privilegiados para o desenvolvimento destas tecnologias e, a partir de 1950, passaram por um salto qualitativo, seguindo o progresso da espécie humana. Destaca que as Unidades de Terapia Intensiva:

São unidades hospitalares destinadas a cuidar de pacientes críticos ou de risco, prestação de cuidados médicos e de enfermagem contínua, com equipamentos específicos, recursos humanos especializados, e mantendo o acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica. Esta definição mostra que as características desta unidade incluem a complexidade dos serviços prestados e a utilização de tecnologias. (CHAVES E MASSAROLO, 2009, p. 29)

É necessário resgatar, sob um formato mais amplo, o valor do atendimento que é prestado. “Esta atenção é necessária para a reabilitação do paciente de modo que possam viver com as suas limitações, em outras palavras, mesmo quando não há

possibilidades terapêuticas de cura clínica”, possam manter a sua condição humana e ser socialmente ativos.

Assim:

Cuidar, portanto, apresenta uma atitude que pode trazer a sensibilidade para uma experiência humana, reconhecendo o outro como pessoa e individual[...]este reconhecimento e sensibilidade com o outro deve permear as ações de cada profissional de saúde para pacientes de UTI [...] Entre os pacientes de UTI, há um grupo distinto de pacientes que caracteriza-se pela utilização de muitos recursos tecnológicos, (CHAVES E MASSAROLO, 2009, p.29) refazer essa redação

Dessa forma, afirmam que uma das principais questões bioéticas em unidade de terapia intensiva está relacionada ao suporte de vida e os cuidados para pacientes terminais. Pessoas que estão fora de possibilidade terapêutica de cura devem ser tratadas com dignidade e integridade, em outras palavras:

Devem ter assegurado o direito a uma morte digna, recebendo cuidados continuados e sua autonomia deve ser respeitada. Para que isso ocorra, é necessário que os profissionais respeitem princípios como a justiça, a beneficência, não-maleficência e autonomia na prestação de cuidados. (CHAVES E MASSAROLO, 2009, p.29)

Através dos resultados obtidos foi possível verificar que existem dilemas éticos relacionados a pacientes fora de possibilidade terapêutica que estão em uma UTI:

No entanto estes dilemas apresentam um caráter conflitante pessoal e profundamente individualizado em vez de um caráter coletivo [...] Estes dilemas envolvem fatores relacionados a experiências pessoais e valores, relacionamentos com outros profissionais, com a família e o paciente terminal e a dinâmica de atendimento ao paciente terminal em UTI. (CHAVES E MASSAROLO, 2009, p.33)

Páez (2015), em seu artigo cujo objetivo é fornecer elementos para tomar decisões apropriadas sobre as medidas terapêuticas que se relacionam com suporte de vida, afirma que “esta é uma questão complexa”, comumente usada em qualquer unidade de terapia intensiva (UTI). Para a pesquisa, tentou conciliar o respeito à autonomia do paciente com a necessidade de encontrar uma solução objetiva que responde à condição clínica do paciente.

Para realizar este trabalho recorreu principalmente para material disponível em revistas científicas publicadas na Internet. Uma revisão da literatura foi realizada sendo o intervalo de pesquisa a partir de 2000 até o presente. A partir dos resultados obteve-se evidências disponíveis, que foram analisadas para detectar até que ponto as

orientações de respeitar a autonomia do paciente estavam presentes. O resultado final aponta para a necessidade dos profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva respeitarem a autonomia do paciente.

Toffoletto *et al* (2005) discorreram que:

No decorrer do século XX, a medicina obteve evidentes benefícios com o avanço tecnológico permitindo aumento da eficiência e segurança graças à utilização de novas modalidades terapêuticas. Entretanto, o seu emprego exagerado em situações questionáveis, como no caso de pacientes não recuperáveis, fez crescer dilemas sociais, institucionais e profissionais quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais pertinentes. Neste cenário, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), passaram a ser alvo de constantes conflitos éticos no que se refere à crescente utilização de tecnologias no tratamento de pacientes que não mais respondem aos tratamentos disponíveis, com consequente prolongamento do processo de morte quando a mesma é inevitável. (TOFFOLETTO *et al*, 2005, p.308)

Nesse momento, defenderam que “o termo distas sia, pouco empregado no meio hospitalar, é definido como morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. Pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil ou obstinação terapêutica” (TOFFOLETTO *et al*, 2005, p. 308) e retrata a atitude persistente dos profissionais de recuperar o paciente terminal, podendo causar grande desconforto físico e emocional tanto para o paciente quanto para a família e demais integrantes da equipe multidisciplinar.

Conforme observamos, vários autores discutem a distanásia em seus estudos, questionando os tratamentos dispensados a pacientes não recuperáveis, o uso indiscriminado de arsenal tecnológico para pacientes em processo de morte e a consequente sustentação indefinida do suporte vital. Esta conduta persistente vem sendo discutida há mais de quatro décadas.

A tese médica clássica pauta-se na concepção de que o médico não deve nunca abandonar o tratamento de um paciente, pois enquanto há vida, há esperança. Mas, o que fazer diante de um paciente em situações extremas, que a despeito da utilização de todos os recursos de suporte terapêutico disponíveis, por vários dias consecutivos, não apresenta melhora? Situações como esta não são incomuns nos ambientes onde se concentram pacientes graves, podendo gerar dúvidas e dilemas éticos entre os profissionais e familiares quanto à adequação moral de cada escolha. Um dilema ocorre quando se utiliza um argumento que coloca o indivíduo entre duas proposições opostas. Pode ser, igualmente, uma situação embaraçosa com duas saídas difíceis ou penosas. (TOFFOLETTO *et al*, 2005, p. 308)

A Ética implica em uma opção individual, uma escolha ativa, que requer adesão íntima da pessoa a valores, princípios e normas morais, estando intrinsecamente ligada à noção da autonomia individual.

Afirmaram que:

Situações geradoras de grandes dilemas éticos podem levar pacientes (se conscientes), familiares e profissionais, a se depararem com a necessidade de tomada de decisão no que concerne ao prolongamento ou interrupção das medidas terapêuticas. Delimitar o tratamento, definir ações e utilizar a mesma linguagem fazem da decisão um processo difícil, nem sempre concordante e uniforme. Cabe esclarecer aos pacientes, família e profissionais que é lícito conformarem-se com os meios normais que a medicina pode oferecer e que a recusa de uma terapêutica obstinada não corresponde à omissão do tratamento. A ocorrência de dilemas éticos entre os profissionais no decorrer do atendimento dos pacientes tem provocado inúmeras reflexões na área da Bioética. (TOFFOLETTO *et al*, 2005, p.308)

É fato que como membro integrante da equipe multiprofissional na UTI, o enfermeiro deve questionar, refletir e debater os pontos polêmicos, atuando como participante ativo na busca de soluções de problemas éticos que ocorrem no cotidiano do seu trabalho.

A participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão de dilemas éticos, apesar de importante, muitas vezes tem se mostrado tímida, aquém do que seria desejável e possível. Se por um lado os enfermeiros poderiam contribuir efetivamente para a tomada de decisões defendendo a autonomia do paciente e a família, por outro, ao priorizarem o desejo dos pacientes e familiares, diferente do que ocorre com os médicos, os enfermeiros enfrentam novos dilemas, por terem que cumprir tratamentos com os quais não concordam. Apesar de muitos enfermeiros desejarem participar da discussão dos dilemas éticos que surgem na sua prática, não há, em geral, espaço para uma atuação efetiva nas tomadas de decisões, o que acaba gerando insatisfação profissional. Em contrapartida, observa-se também enfermeiros que tendem a manter distanciamento dessas situações, por vezes, de forma consciente, em razão do sofrimento emocional que o enfrentamento dessas situações acarreta, nem sempre fácil de ser vivenciado. (TOFFOLETTO *et al*, 2005, p.309)

O comportamento passivo dos enfermeiros frente a situações complexas que exigem tomada de decisão, conhecido como ética alienada, pode ainda funcionar como mecanismo de defesa ou indicar desconhecimento de uma nova visão a respeito da ética, que mantém os enfermeiros resignados perante autoridades ou chefes imediatos. Dessa forma: “No caso das UTIs, esta autoridade geralmente é assumida pelo médico

intensivista, que pode, no entanto, ser tão despreparado quanto os enfermeiros para o enfrentamento dos problemas éticos” (TOFFOLETTO *et al*, 2005, p.309).

A angústia profissional dos enfermeiros e a impossibilidade de interferir no processo de decisão dos dilemas éticos pode estar levando alguns enfermeiros a buscarem soluções próprias. Assim a pesquisa foi desenvolvida perguntando ao profissional se este já havia administrado medicamento ou realizado algum procedimento com a intenção de causar ou antecipar a morte de paciente.

O estudo, realizado por meio de um questionário junto a uma amostra de 1139 enfermeiros, dos quais 852 trabalhavam em UTI, mostrou que 141 enfermeiros afirmaram ter recebido algum pedido (de familiar, do próprio paciente ou por terem entendido que esse era também desejo do médico) para praticar a eutanásia. Desse total, 129 mencionaram ter realizado algum tipo de ação para favorecer a morte do paciente, pelo menos uma vez durante sua carreira.

As justificativas dos enfermeiros para tais atos recaíram no uso abusivo de tecnologia para manter a vida, forte senso de responsabilidade para com o bem-estar dos pacientes, desejo de aliviar o desconforto e de sobrepujar a indiferença do médico frente ao sofrimento do paciente. (TOFFOLETTO *et al*, 2005, p.309)

Independente desses argumentos justificarem ou não a eutanásia, o autor comenta que o estudo reflete de forma incontestável os valores profissionais e a grande consideração dos enfermeiros pelos pacientes. Os resultados mencionados merecem profunda reflexão tanto por parte dos enfermeiros como dos médicos que trabalham em UTI. Os dilemas éticos são de difícil solução e trazem desgaste e sofrimento a todos os envolvidos. Assim, certamente, seria mais fácil e menos doloroso se as decisões fossem discutidas e compartilhadas conjuntamente entre os profissionais, paciente, quando possível, e família visando à resolução de eventuais conflitos sobre objetivos e possibilidades reais de tratamento.

Considerando-se que a hospitalização de um membro da família é fonte geradora de estresse, no caso de o equilíbrio familiar não ser preservado, é possível o desencadeamento de crises de difícil controle. A prevenção dessas ocorrências, no entanto, pode ser minimizada com o uso de estratégias adaptativas empregadas para restaurar a coesão e o equilíbrio familiar, pois a doença sempre é experimentada de forma coletiva e não individual.

Frente a um problema de ordem ética, a presença do enfermeiro junto aos pacientes e familiares pode contribuir de forma singular na busca de soluções. Entende-se que o caminho para um tratamento com dignidade e qualidade ao paciente passa pela assistência a família e que é necessário ouvi-la em suas dúvidas, levar em conta sua opinião e, mais que tudo, incentivar sua participação em todo o processo de cuidar/curar. (TOFFOLETTO *et al*, 2005, p.310)

Como afirmam os autores:

É preciso considerar a família como um elemento terapêutico que deve ser incorporado ao cuidado do paciente. A Federação Pan-Americana e Ibérica de Medicina Crítica e Terapia Intensiva reconhece como direito do paciente a presença de familiar na UTI. Em nossa realidade a garantia do acompanhamento do familiar está contemplada na Lei 10.689, do Estado de São Paulo, que assegura o direito à entrada e à permanência de um acompanhante com a pessoa que se encontra internada em Unidades de Saúde sob a responsabilidade do Estado, inclusive nas dependências das UTIs. (TOFFOLETTO *et al*, 2005, p.310).

Profissionais da área enfatizam que o familiar/visitante também deve ser visto como um membro da equipe cabendo à sociedade, no entanto, conscientizar-se e tomar posse desse direito. A literatura nacional e internacional apresenta estudos que utilizaram diferentes estratégias para tornar os familiares membros participantes da equipe da UTI, inserindo-os na problemática do cuidado e das decisões, enfatizando a participação do enfermeiro nessas situações.

Os autores destacam a importância da ação profissional voltada para o ser humano, não só como organismo biológico, mas também como um ser situado no mundo, em um determinado contexto sociocultural com sua totalidade, suas peculiaridades e sua historicidade. Esses estudos evidenciam a preocupação dos enfermeiros com os pacientes e seus familiares e a busca de novas maneiras de prestar assistência de enfermagem na UTI, visando valorizar princípios éticos na prática cotidiana.

Através da complexa problemática apresentada, considera-se de fundamental importância o envolvimento e participação do enfermeiro nos debates que envolvem dilemas éticos em UTI. A aquisição de maior conhecimento sobre as questões éticas e aspectos relacionados à humanização da assistência intensiva devem ser tópicos de discussão não somente circunscrita ao âmbito da enfermagem, mas de todos os profissionais.

Do ponto de vista prático, a criação de grupos interdisciplinares, envolvendo também familiares, poderia auxiliar na discussão e tomada de decisão conjunta. Outro aspecto a considerar é que se faz necessária a definição de estratégias que possam oferecer suporte psicológico aos profissionais diretamente envolvidos e que mais intensamente presenciam o processo de morrer dos pacientes, principalmente, médicos, enfermeiros e equipe de enfermagem.

Quanto aos enfermeiros, cabe a reflexão e análise do que deve ser feito para implementar na prática a sua participação ativa no processo de tomada de decisão e, assim, auxiliar pacientes, familiares e outros membros da equipe na resolução dos problemas éticos presentes no ambiente das UTIs. A comunicação inadequada com a equipe de saúde e a “hierarquia” foram considerados aspectos relevantes que influenciam diretamente na tomada de decisão. Os médicos não citaram problemas relacionados a hierarquia, mas sim os enfermeiros. Afinal o médico prescreve determinado procedimento a ser realizado.

Diante do exposto, fundamenta-se a necessidade de realização desse trabalho que busca melhor reflexão sobre o papel do enfermeiro na tomada de decisão ética diante do paciente em fim de vida no CTI, bem como compreender o alicerce de suas decisões. Afinal, de que forma o enfermeiro toma decisão?

É importante destacarmos através dos estudos apresentados a pouca participação da família na tomada de decisão, as dificuldades de comunicação da equipe multidisciplinar diante de um paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, as angústias sentidas pelo paciente, família, profissionais de saúde acerca da finitude de vida e aspectos relacionados a eutanásia/distanásia. Conforme os estudos apontados, os enfermeiros alegam pouca participação na tomada de decisão que deveria envolver a equipe multiprofissional.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO

Participaram desta pesquisa 12 enfermeiros de CTI em um hospital público universitário situado no Rio de Janeiro. As entrevistas buscaram identificar conteúdos mais frequentes sobre a tomada de decisão do enfermeiro, objeto da pesquisa. A seguir será realizada a caracterização dos participantes.

5.1 Caracterização dos participantes

Foram entrevistados 12 enfermeiros, e, com base nos elementos constantes da primeira parte do instrumento de coleta de dados (ANEXO III), os profissionais caracterizam-se da seguinte maneira, como demonstram os gráficos que se seguem: possuem idade entre 24 anos e 49 anos, conforme ilustra o gráfico 1.

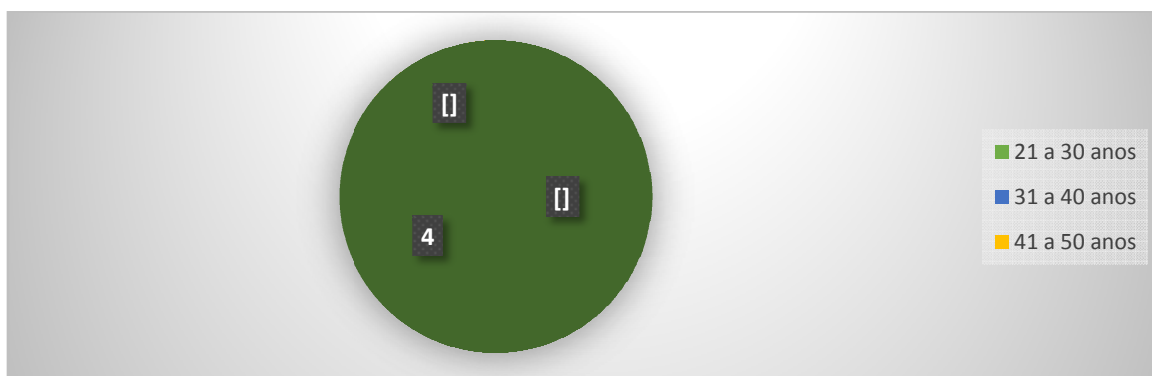


Gráfico 1 – Distribuição, por idade, de enfermeiros do CTI adulto de um Hospital Universitário do RJ. (Dados Trabalhados pelo autor, 2016)

Os enfermeiros entrevistados trabalham em regime de plantão denominado 12 por 60 em que doze horas são trabalhadas no setor e sessenta horas de descanso. Quanto ao tempo de atuação em um CTI, em anos desde a formação acadêmica, os profissionais exibem as seguintes características: 2 possuem menos de um ano em CTI; 3 possuem de um a cinco anos; 6 entre cinco e quinze anos e 1 enfermeiro entre quinze e vinte anos incompletos, conforme demonstra o gráfico 2.

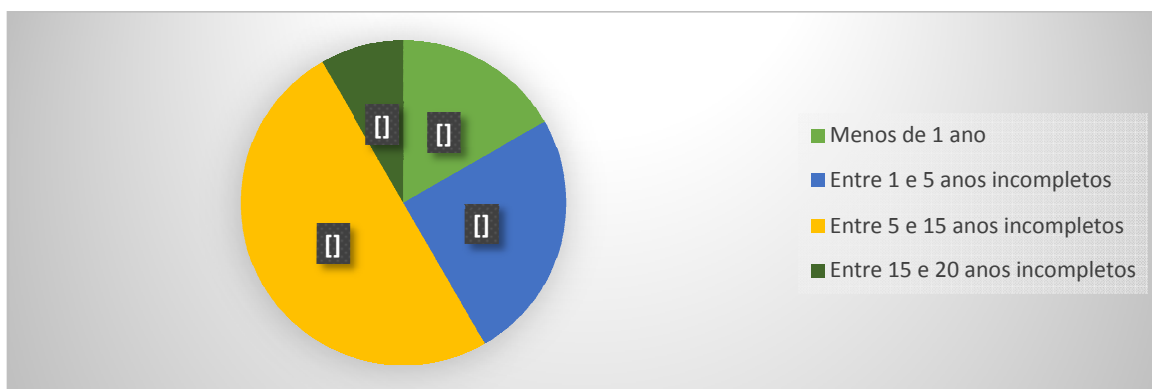


Gráfico 2 – Distribuição por tempo de atuação em anos no CTI adulto (Dados Trabalhados pelo autor, 2016)

Em se tratando de experiência apenas na unidade pesquisada, 5 possuem menos de um ano, 3 possuem de um a cinco anos, 3 entre cinco e quinze anos e 1 entre quinze e vinte anos, conforme gráfico 3.

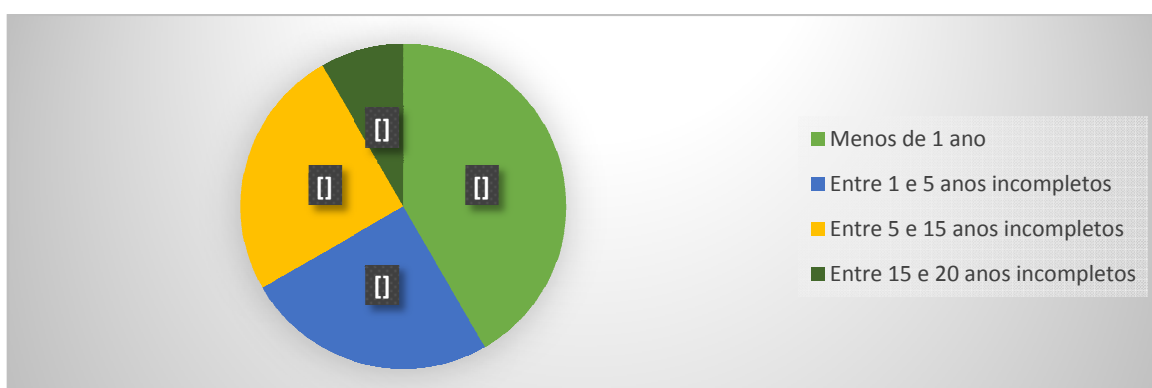


Gráfico 3 – Distribuição por tempo de atuação em anos do CTI adulto de um Hospital Universitário do RJ. (Dados Trabalhados pelo autor, 2016)

5.2 A formação acadêmica

Quanto a formação do profissional, oito entrevistados possuem especialização, três possuem mestrado e um possui doutorado.

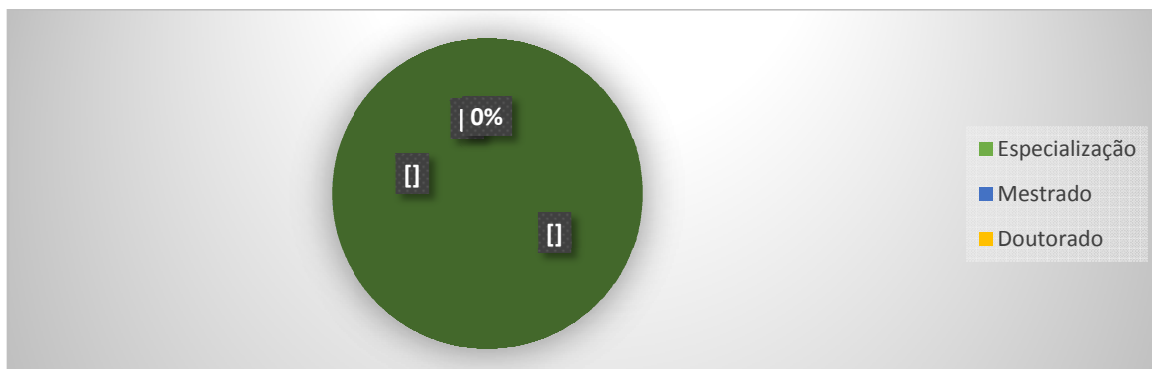


Gráfico 4 – Distribuição por qualificação acadêmica de enfermeiros do CTI adulto de um Hospital Universitário do RJ.

(Dados Trabalhados pelo autor, 2016)

Verificou-se através da caracterização dos entrevistados que há importante heterogeneidade quanto à idade, tempo de trabalho em CTI e qualificação. Essas diferenças são extremamente importantes, uma vez que trouxeram diversidade nos depoimentos dos entrevistados em conformidade com sua experiência, estilo de vida, idade e outros fatores que influenciam na vida do indivíduo e que irão interferir em todo seu contexto social, especialmente na tomada de decisão em fim de vida.

5.3 Análise das respostas

. O questionário foi dividido em blocos de perguntas, conforme segue.

I. Você escolheu a terapia intensiva como área de atuação (sim ou não)? Por quê?

Foram oito enfermeiros que assinalaram sim. Os outros quatro afirmaram não. Em relação ao porquê, encontramos as expressões “área que eu mais me identifiquei”, “sentir-se bem ao ver o paciente que está grave recuperar sua saúde” e “capacidade de aprender”:

É a área que eu mais me identifiquei. Gosto de trabalhar com pacientes críticos. (Enfermeiro 1)

É a área que eu sempre gostei de atuar desde quando era técnic[x] em enfermagem. (Enfermeiro 10)

É uma coisa que me apaixona, estudar sobre paciente crítico e atuar em paciente crítico, ver um paciente extremamente grave se recuperando,

tendo alta, voltando aqui para dar o convite do aniversário do filho, é uma coisa que me deixa muito tocad[x] mesmo, então por isso eu gosto. (Enfermeiro 7)

Pela minha capacidade de poder aprender mais. Eu achei que sou capaz de cuidar de paciente que se encontra aqui (Enfermeiro 8)

Todavia, três disseram que não escolheram, mas por “remanejamento” ou “pelo lado financeiro” atuam neste setor.

Não foi minha primeira escolha. Na verdade, foi mais pelo lado financeiro, por já ter uma proposta assim que eu me formei. Mas é uma área que eu sempre gostei. (Enfermeiro 9)

Não. Na verdade, eu não escolhi, né? Eu caí aqui porque me remanejaram por falta de profissional, essas coisas. Não é a minha área profissional. Não é o que eu quero para minha vida. (Enfermeiro 6)

Como já explicitado, no CTI teremos pacientes que estão com a vida em risco. Neste ambiente são aplicadas técnicas avançadas de suporte como sedação, assistência respiratória e monitoração realizada por profissionais especializados de diversas formações em tempo integral.

Devido a tais especificações, este setor hospitalar remunera melhor seus profissionais. Embora existam profissionais que atuam no CTI por remanejamento ou questões financeiras, temos como central nas respostas daqueles que escolheram trabalhar nesse ambiente a expectativa de atuar e obter bons resultados, isto é, a cura, de pacientes que chegam ao local em uma condição crítica.

II) SOBRE A RESPONSABILIDADE NA TOMADA DE DECISÃO DO FIM DE VIDA

Nesse bloco foram feitas as seguintes perguntas:

- a) Em seu entendimento, quem deve participar de tomadas de decisão em relação ao fim de vida de um paciente? Por quê?

Sete enfermeiros destacaram que a equipe multidisciplinar (ou multiprofissional) deve ser ouvida para a tomada de decisão, como veremos nas falas

abaixo. Uma das falas relaciona a importância do enfermeiro que é aquele que está mais próximo ao paciente durante a maior parte do tempo e a outra que afirma categoricamente que muitas decisões ficam a cargo do médico:

Eu penso que toda equipe multidisciplinar [...] A enfermagem a gente está muito perto dessas pessoas, o tempo inteiro. A gente tem uma outra vertente nesse momento...o médico e o enfermeiro sem sombra de dúvida. Acho que no momento em que a gente está trabalhando mais interdisciplinarmente, não quer dizer que o fisioterapeuta, que o serviço social não esteja, mas no momento da tomada que é aquela a beira leito, o enfermeiro não pode ser excluído, porque o médico naturalmente estará ali. (Enfermeiro 3)

Olha, para mim isso é uma decisão multiprofissional, embora o médico acabe ficando meio que no centro dessa tomada de decisão, né? Por quê? Então, se a gente está falando de uma questão puramente clínica, ele acaba decidindo, mas já que a gente sabe que o cuidado ele é multiprofissional, o enfermeiro e outros profissionais podem atuar sim, né? Especialmente dentro da terapia intensiva [...] (Enfermeiro 7)

Foram quatro entrevistados que citaram a importância do envolvimento da família no processo decisório:

Olha, acho que todos os envolvidos no processo, inclusive a família. E por que? Porque nem toda família está preparada para a decisão [...] se vai investir, se não vai investir. Outras famílias compreendem melhor. Que seja feita a vontade de Deus! (Enfermeiro 11)

Todos os envolvidos no processo saúde doença, inclusive a família [...] (Enfermeiro 1)

O médico e o enfermeiro. Porque eles conhecem todo o histórico do paciente. E também o familiar. Acredito que familiar tem que entrar nesse contexto [...] (Enfermeiro 6)

Essas respostas se assemelham aos achados de TOFFOLETTO *et al* (2005), quando afirmam que:

O cuidar do paciente em uma UTI inclui também o cuidado à família, nela incluída não só os parentes consanguíneos, como também, amigos, namorado ou outra pessoa significativa apontada pela família. (TOFFOLETTO *et al*, 2005, p. 310)

Um dos entrevistados afirmou que a decisão deve ser da equipe multiprofissional, da família e do próprio paciente, estando este em condições:

Tomada de decisão de fim de vida? [...] A equipe multi porque ela tem que entrar num consenso no caso do paciente, não só a equipe médica que vai falar a clínica, mas a equipe multi que vai decidir se esse paciente tem condições de ter outro tipo de abordagem. E a família porque é quem participa diretamente do cuidado do doente. E o próprio doente, porque ele é quem tem que ter liberdade para decidir sobre a vida dele [...] (Enfermeiro 4)

Um enfermeiro respondeu que a decisão deve ser tomada pela equipe e compartilhada com a família, assinalando a necessidade de comunicação entre equipe e a família:

Toda a equipe multidisciplinar e a decisão deve ser compartilhada com a família, se é considerado cuidados paliativos ou não. Por quê? Para a equipe toda estar ciente da conduta terapêutica em caso de parada respiratória e a família para justamente prepará-los para o que vai vir. Não simplesmente ele chegar e encontrar o familiar falecido (Enfermeiro 2)

A tomada de decisão de fim de vida segundo os enfermeiros entrevistados deve envolver a equipe multiprofissional, com destaque ao papel do médico e do enfermeiro assim como ao paciente e a participação dos familiares. É importante assinalar a ideia de segmentação do processo de trabalho e sua relação com a tomada de decisão, em que médicos e enfermeiros ocupam lugares diferentes determinados pelo tratamento e cuidado.

Assim o enfermeiro é visto como aquele que cuida, está mais próximo ao paciente, e por isso deve participar da tomada de decisão ou *não ser excluído desse processo*, enquanto o médico desempenha o papel de tratar e oferecer opções terapêuticas de cura, sendo visto por alguns enfermeiros como o profissional que está no centro da tomada de decisão. Observou-se também que embora os enfermeiros considerem importante a participação na tomada de decisões dos familiares e do paciente, se estiver em condições, as falas apontam para a ideia de que a tomada de decisão deva ser feita pelos profissionais e comunicada aos familiares.

Silva, Quintana e Nietzsche, 2012 afirmam que:

Se os médicos sofrem por terem que tomar decisões individuais, os enfermeiros, por sua vez, sofrem angústias ocasionadas pelas indefinições de conduta. Essas angústias, em consequência, podem ser

somadas a outros sentimentos negativos, os quais podem ser desencadeados nos enfermeiros enquanto prestam a assistência ao paciente em processo de terminalidade. Além disso, o médico, nessas ocasiões, aparece como um profissional que lida com a morte de maneira impessoal, fria e objetiva, a partir de sentimentos aparentes de soberania que buscam controlar as circunstâncias que envolvem a vida e a morte, pois se considera o possuidor do poder de prolongar a vida. (SILVA, QUINTANA e NIETSCHE, 2012, p.700)

A diferença entre cuidado de enfermagem e o tratamento prestado pelo médico aparece claramente nas falas dos entrevistados.

Seguindo o questionário, as perguntas agora referem-se ao trabalho no CTI pesquisado.

b) Quem é (são) o (s) responsável (eis) pela tomada de decisão sobre:

- Não-ressuscitação pós parada cardiorrespiratória?

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Médico | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Enfermeiro | 1 | 2 | 0 | 2 | 7 |
| Outro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Quadro 1 – Quantidade de enfermeiros que responderam quanto a não-ressuscitação pós parada cardiorrespiratória.

Ao falarmos em não-ressuscitação pós parada cardiorrespiratória o médico é sempre o responsável, sendo assinalado pela totalidade dos entrevistados, enquanto o enfermeiro nunca conforme sete entrevistados. Dois enfermeiros responderam frequentemente, dois raramente e sempre apenas um. Nenhum outro profissional foi citado pelos entrevistados.

- Interrupção de manobras de ressuscitação?

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Médico | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Enfermeiro | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 |
| Outro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Quadro 2 – Quantidade de enfermeiros que responderam quanto interrupção de manobras de ressuscitação.

Quanto a interrupção de manobras de ressuscitação, todos responderam que os médicos sempre tomam a decisão. Em relação aos enfermeiros, apenas dois

responderam que os enfermeiros sempre tomam decisão, frequentemente um, às vezes um, raramente dois e nunca, seis enfermeiros. Nenhum entrevistado citou outro profissional.

- Restrição de medidas de suporte de vida?

[Medidas de suporte de vida: entubação traqueal, ventilação mecânica, hemodiálise, introduzir ou não aumentar aminas vasoativas (Dopamina, Noradrenalina, Vasopressina, Adrenalina, Dobutamina), infusão de volume (soro fisiológico ou ringer lactato) para aumentar pressão arterial. Antibioticoterapia, diálise peritoneal, nutrição parenteral]

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Médico | 11 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Enfermeiro | 1 | 1 | 3 | 2 | 5 |
| Outro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Quadro 3 – Quantidade de enfermeiros que responderam quanto a restrição de medidas de suporte de vida.

Em relação a Restrição de medidas de suporte de vida, onze entrevistados responderam que os médicos sempre tomam a decisão e um frequentemente. Quanto ao enfermeiro, um respondeu que sempre, frequentemente apenas um, às vezes três entrevistados, raramente dois e nunca cinco profissionais responderam. Não houve citação de outro profissional.

- Remoção de medidas de suporte de vida?

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Médico | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Enfermeiro | 0 | 0 | 2 | 4 | 6 |
| Outro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Quadro 4 – Quantidade de enfermeiros que responderam quanto a remoção de medidas de suporte de vida.

Sobre remoção de medidas de suporte de vida, a totalidade dos enfermeiros entrevistados afirmou ser o médico sempre o responsável. Quanto aos enfermeiros,

nenhuma resposta para sempre e frequentemente, dois profissionais responderam às vezes, quatro raramente e seis profissionais nunca. Não houve menção a outro profissional.

- Morte cerebral?

Sobre a morte cerebral, todos os entrevistados afirmaram ser esta uma decisão exclusivamente médica.

Ainda sobre as formas de morrer assinaladas no questionário, os enfermeiros foram solicitados a informar:

c) Entre essas formas de morrer elencadas acima qual a mais frequente? Em que ordem elas ocorrem? [da mais frequente para a menos frequente]

A grande maioria respondeu que a ordem em que normalmente ocorrem é: interrupção de manobras, não ressuscitação pós parada, restrição, remoção e por último a morte cerebral. Em alguns casos inverteu-se a ordem entre a remoção e a restrição de medidas. A morte cerebral aparece entre antepenúltima e última colocação na totalidade das respostas. No entanto sentem-se “desconfortáveis” ou “alegam bastante conflito” em relação a remoção de medidas de suporte de vida como veremos abaixo:

A remoção é sempre desconfortável. Seja por protocolos que preconizam analgesia e dieta. Então há questionamentos sobre as medidas que serão retiradas e porquê. (Enfermeiro 2)

Principalmente a questão de alimentação que entra num conflito bem grande [...] alguns querem tirar tudo e qualquer outro tipo de coisa...e as vezes a gente fica meio...poxa e a dignidade desse paciente? É a escolha dele. Tem que ver a participação do paciente que é muito importante. (Enfermeiro 4)

Sim, já vi [...]Tem médico que pede assim [...]para parar tal medicamento e o enfermeiro não para. Isso aí tem muito. (Enfermeiro 6)

Ah, isso sim tem bastante conflito. Quando você vai retirar a nutrição enteral desse paciente ou aumentar ou diminuir. Se o paciente está com febre você entra com antitérmico, não entra. O paciente está sedado, enfim [...] (Enfermeiro 9)

Quase sempre em relação a família que não aceita [conflitos relacionados a remoção de medidas de suporte de vida]. (Enfermeiro 10)

Embora um enfermeiro tenha citado que a remoção “ajuda, porque você não prolonga um sofrimento” [do paciente]:

Quanto a questão da remoção[...] Porque você não investir mais, não adicionar nenhuma medida de suporte aquele paciente, dependendo da situação dele eu acho que isso o ajuda, porque você não prolonga um sofrimento. (Enfermeiro 7)

As falas acima corroboram dados da literatura (Beauchamp e Childress, 2002) de que os profissionais de saúde se sentem mais desconfortáveis ao retirar medidas de suporte de vida, considerando que suas condutas podem matar o paciente, incorrendo eles na eutanásia. Outra conduta relevante para análise refere-se a ortotanásia. Discutiremos adiante esses aspectos.

As respostas que seguem são relacionadas a questão:

d) Há conflitos quanto à tomada de decisão entre os integrantes da equipe de saúde e entre equipe e paciente e familiares em relação a:

- Não-ressuscitação pós parada cardiorrespiratória

Não, da equipe não. A família não está presente. (Enfermeiro 1)

Não, da equipe não! A equipe tem bom entrosamento. Percebo pouca aceitação do familiar por não entender o prognóstico. (Enfermeiro 2)

Eu ainda não vivenciei situações de conflito não. Geralmente o médico toma a decisão de não ressuscitar ou então também faz esse diálogo. E aí o enfermeiro acaba acatando[...]são raras as vezes que ocorrem conflito, né? Acho. (Enfermeiro 4)

As falas citam a ausência da família no momento da parada e o “bom entrosamento” da equipe, bem como a “decisão médica”. O não entendimento do prognóstico pela família é um fator importante que merece destaque em uma das respostas. Chama a atenção que não há referência à tomada de decisão anterior ao fato. Isto é, parece inexistir uma reflexão ou discussão de equipe sobre o procedimento de não ressuscitar para cada caso anteriormente à parada. Assim, a família estar ausente passa a ser encarada pelos entrevistados como natural.

- Interrupção de manobras de ressuscitação,

Difícilmente. Porque quando interrompe é porque já ultrapassou aquele limite da PCR. Aumenta o risco de lesão[...]a não ser quando o paciente é jovem, tem idade ativa, tem esse movimento. Quando o paciente tem o prognóstico muito ruim, uma clínica muito difícil, um tratamento mais complicado, longa data[...]talvez seja mais racional. (Enfermeiro 9)

Entre a equipe de saúde não. E os familiares não estão presentes quando realizamos a manobra. (Enfermeiro 2)

Não tem conflito, mesmo com familiar presente. Nunca participei de uma parada com a família presente, minto, tive uma sim. Foi até finalzinho do ano passado. A gente teve uma paciente que a gente não percebeu e depois o familiar virou e falou: Deixa descansar! E a gente ficou assim. A equipe toda desabou. Ficamos sem reação, porque era filha dela. (Enfermeiro 11)

As respostas supracitadas elencam não apenas a ausência da família durante o procedimento, como limite de até quando se pode realizar o procedimento. Note-se que há uma tentativa, ainda que rudimentar, de apresentação de critérios para tomada de decisão de interrupção de manobras: avaliação de risco-benefício, faixa etária, prognóstico, longa data, tratamento complicado. Aqui também só se observa a menção à família como participante direta no momento da PCR, indicando ausência de discussão prévia.

- Remoção de medidas de suporte de vida

Sim, sempre há conflito sobre o que deve ser realizado ou o porquê entre a equipe de saúde. (Enfermeiro 1)

É. Isso aí geralmente tem um pouco. Geralmente a remoção[...]principalmente a questão de alimentação que entra num conflito bem grande. Porque a gente já tem essa coisa de cuidados paliativos. (Enfermeiro 4)

Quase sempre em relação a família que não aceita. (Enfermeiro 10)

Os conflitos entre médicos e enfermeiros surgem em relação à remoção de medidas de suporte de vida, demonstrando que não há um consenso no “round” que é realizado diariamente, onde se estabelece as condutas diárias para cada paciente.

- Restrição de medidas de suporte de vida

Tenta-se um acordo com a equipe, mas é uma situação muito delicada...geralmente há conflito sim. (Enfermeiro 1)

Hum, geralmente há um acordo com a equipe. (Enfermeiro 10)

Não, geralmente há um acordo da equipe. A equipe fica confortável porque não há possibilidade de melhora do quadro. (Enfermeiro 2)

A maior parte das respostas foi direcionada a existência de um acordo entre os profissionais que compõem a equipe.

- Morte cerebral

Há conflitos com a família que não aceita a morte cerebral, pois seu parente ainda está com as funções 'normais' apresentadas no monitor. (Enfermeiro 1)

A família não aceita quando observa nos monitores os parâmetros vitais normais. Há conflitos sim. (Enfermeiro 10)

Não, porque a decisão é médica. (Enfermeiro 4)

Não. Geralmente a gente tem um protocolo para morte cerebral, então não há conflito. (Enfermeiro 8)

Como é uma decisão médica, os conflitos que aparecem estão direcionados a não aceitação da família, uma vez que os parâmetros no monitor indicam que há vida, em contraposição ao diagnóstico médico de morte cerebral, ainda pouco compreensível para o público leigo. Corroborando com Silva, Quintana e Nietzsche (2012):

O ambiente da terapia intensiva é um desafio constante na medida em que suscita reflexões acerca do sentido da vida, além de trazer à tona os significados agregados ao viver e ao morrer. Nesse contexto, o paciente internado em UTI encontra-se, comumente, analgesiado, fato que o priva das discussões sobre sua vida e morte. Por consequência, a família torna-se corresponsável por todas as decisões referentes à terapia a ser instituída. E diante da possibilidade de perda do doente, os profissionais sofrem significativa pressão de familiares para lançarem mão de todo o arsenal tecnológico no intuito de salvar a vida do ente querido. (SILVA; QUINTANA; NIETSCHE, 2012, p.701).

Dessa forma, surgem muitos conflitos acerca da tomada de decisão. Para melhor compreendermos como as situações conflituosas podem ser melhor esclarecidas, abordamos na questão seguinte:

O que deveria ser feito para evitar, minimizar ou encaminhar os conflitos?

Por quê?

O diálogo deve ser sempre estimulado. (Enfermeiro 12)

A informação é sempre a melhor, né? É, eu vejo que ainda tem. E aí no senso comum, a morte é sempre algo difícil para a gente pensar. A visita aqui é de 13h-as 16h diariamente. A conversa. Eu acho que isso precisa ser dito dia a dia. E ser dito se certificando que foi entendido [...] (Enfermeiro 3)

Uma conversa entre os dois, né? Para ver o que vai ser realmente feito. Porque, assim, é muito do conhecimento de cada um, né? Então o médico vai e conhece alguma coisa. O enfermeiro que está ali sempre também tem direito de não, eu acho que isso não deveria ser feito. Isso já vi acontecer bastante e acho que tem que acontecer mesmo. (Enfermeiro 6)

Esclarecimento. Acho que quando a equipe médica, eu falo equipe médica porque é ela que é responsável por passar o quadro do paciente diariamente, aqui a gente não tem só um médico, uma rotina que conversa com a família...quando há o diálogo claro com a família os conflitos minimizam, quando não somem [...] (Enfermeiro 11)

[...]eu acho que a instituição deveria ter um protocolo de uma forma geral que orientasse os profissionais de saúde para que a gente não tenha um conflito tão exacerbado [...] (Enfermeiro 5)

Os enfermeiros relataram que “a informação é sempre a melhor” e “uma conversa entre os dois”. Corroborando com Silva, Quintana e Nietzsche (2012):

A falta de um protocolo a ser seguido que permita uma maior isenção do profissional ao diagnosticar um paciente como fora de possibilidades de cura predispõe a que o diagnóstico de terminalidade seja visto como uma decisão pessoal subjetiva e não como uma ação profissional objetiva. Dessa forma, o sentimento de responsabilidade e, com efeito, a angústia causada pela decisão, por vezes, se tornam insustentáveis. (Silva, Quintana e Nietzsche, 2012, p.702)

O esclarecimento e existência de protocolo podem auxiliar na diminuição dos conflitos.

A seguir, foi pedido:

d) considerando a tomada de decisão em cada uma das situações descritas, como você avalia o quanto as opiniões dos seguintes envolvidos devem ser levadas em conta, distribuindo a pontuação de maneira que o total seja respeitado. A avaliação refere-se aos casos de não-ressuscitação pós parada cardiorrespiratória (PCR), interrupção de manobras de ressuscitação, remoção de medidas de suporte de vida ou sua restrição e

morte cerebral, o quanto as opiniões dos seguintes envolvidos: Médico, Enfermeiro, Família e Paciente. O total refere-se a doze.

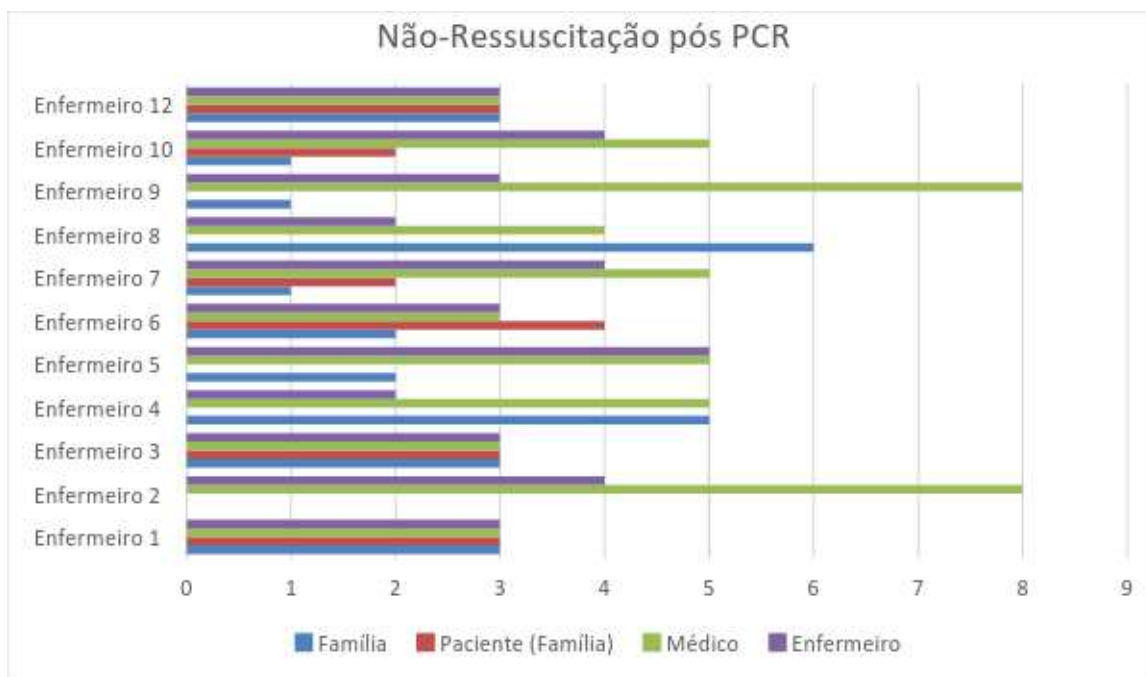


Gráfico 5 – Avaliação dos Enfermeiros quanto a opinião dos envolvidos na não-ressuscitação pós parada cardiorrespiratória.
(Dados Trabalhados pelo autor, 2016)

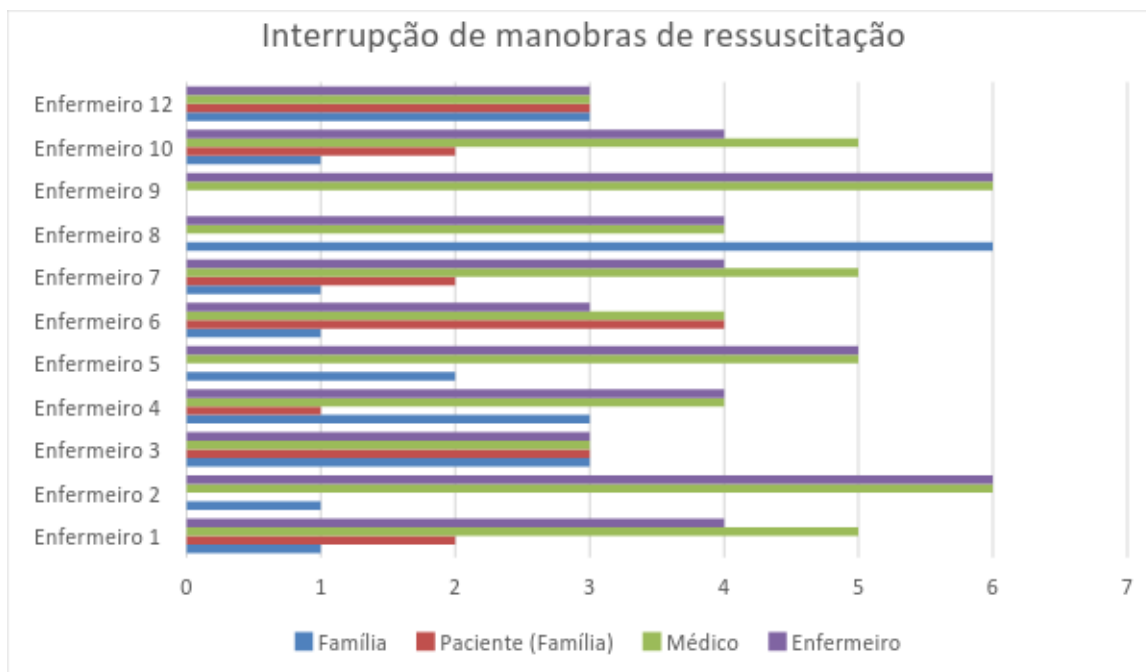


Gráfico 6 – Avaliação dos Enfermeiros quanto a opinião dos envolvidos na interrupção de manobras de ressuscitação.
(Dados Trabalhados pelo autor, 2016)

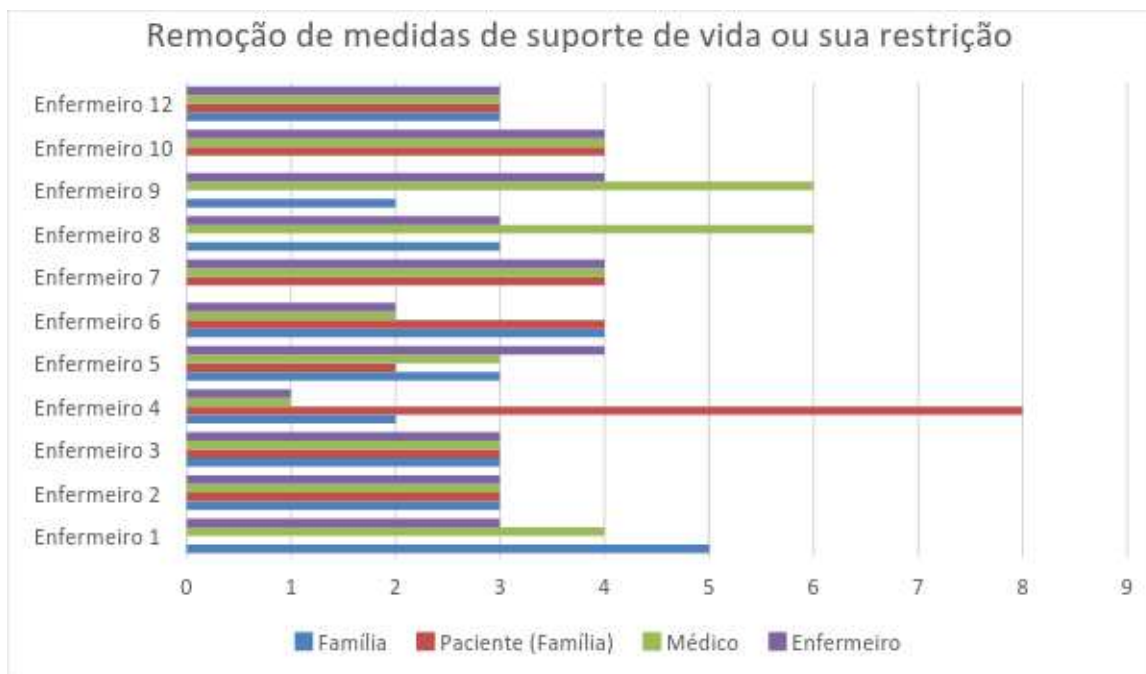


Gráfico 7 – Avaliação dos Enfermeiros quanto a opinião dos envolvidos na remoção de medidas de suporte de vida ou sua restrição.
(Dados Trabalhados pelo autor, 2016)

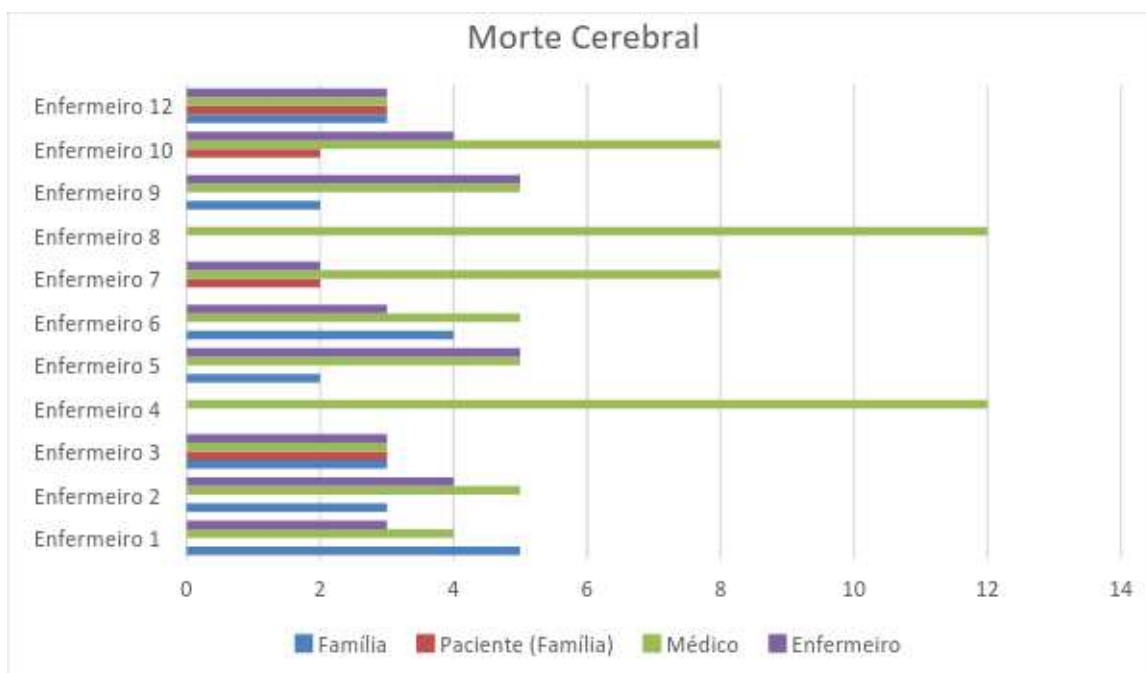


Gráfico 8 – Avaliação dos Enfermeiros quanto a opinião dos envolvidos na situação de morte cerebral.
(Dados Trabalhados pelo autor, 2016)

Verificamos que dois enfermeiros pontuaram o mesmo peso para todos os envolvidos nas situações referidas. Os demais deram destaque a participação do Médico primeiramente e do Enfermeiro em segundo lugar na maioria das situações. A família recebeu pontuação próxima a do Médico e Enfermeiro no caso de remoção de suporte de vida para dois enfermeiros, demonstrando que a participação da família ou do paciente é pouco seguida no CTI. Em relação a vontade do paciente, todos os enfermeiros entrevistados pontuaram em nível baixo, na maioria dos casos de zero a três, geralmente justificando essa resposta porque os pacientes no CTI estão sedados e, portanto, sem condições de participar das decisões.

III) SOBRE A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA

Os entrevistados foram questionados sobre:

a) Que papel você acha que tem a família nas decisões relacionadas ao paciente internado no CTI? É diferente de outros ambientes hospitalares ou da assistência à saúde? Vejamos:

Papel apagado. A família deveria estar mais próxima. (Enfermeiro 1)

Eu não tenho experiência fora da terapia intensiva. Os relatos são maiores em relação a participação da família nas enfermarias. Aqui no CTI somente quando as medidas de suporte serão diminuídas [...] a família é consultada. Fora isso apenas no horário da visita. (Enfermeiro 2)

Primeiro é não aceitação. Eles nunca aceitam. Fica mais complicado quando está nesse processo de falecimento. É diferente de outros ambientes. Eu acho que na clínica médica, na emergência, eles...é diferente. Porque os pacientes não estão com aparelhos, não estão entubados...por isso. (Enfermeiro 8)

É diferente, porque a família não participa do processo. Ela apenas é comunicada sobre uma decisão que foi tomada. Em algumas instituições ela participa [...] (Enfermeiro 5)

Olha, eu acho que esse papel da família tomar as decisões no CTI é muito pouco realizado, pois na maioria das vezes é uma situação nova. A pessoa não tem costume de ficar internada no CTI. Na verdade, eu

que fico internada no CTI (risos). A família é pouco esclarecida. (Enfermeiro 11)

O que eu tenho observado é que a família gosta muito de prolongar a vida. Mesmo quando não tem mais jeito. Há casos em que a família entende. (Enfermeiro 6)

Nove enfermeiros responderam no sentido de que a família fica distante, sendo apenas comunicada quando uma decisão é tomada ou apenas nos horários estabelecidos para visita, ressaltando que a família deveria estar mais presente. Em uma das falas observamos a preocupação do profissional em relação ao desejo do familiar em prolongar a vida, acrescentando que também há casos que a família entende não ser mais possível a terapêutica de cura.

Embora o contexto de fim de vida seja de difícil aceitação para profissionais de saúde e familiares, os enfermeiros utilizam de seu conhecimento teórico e técnico direcionado ao cuidado. De acordo com Baliza *et al* (2015):

Apesar da dificuldade e do pouco preparo para lidar com as tomadas de decisão nas situações de final de vida em UTI, os enfermeiros utilizam seus estudos e seus conhecimentos, adquiridos na prática e na trajetória profissional, para capacitar a família; isto é, tornam-se agentes facilitadores e educadores nestas situações de final de vida. (BALIZA *et al*, 2015, p.577)

Conforme se apresentou em outros questionamentos, a família não participa da tomada de decisão. Uma das falas afirma que “eles nunca aceitam” referindo-se a família. No entanto por que o familiar deve aceitar? Como definem Silva, Quintana e Nietzsche (2012):

Existe, com frequência, nas UTIs, um pedido constante direcionado aos profissionais: “por favor, faça tudo o que puder para salvar o meu pai”. Esta frase, e suas variações, foram, habitualmente, ouvidas na UTI, visto que, por vezes, os doentes terminais permanecem nesta unidade devido aos pedidos incessantes dos seus familiares para que se apliquem todas as terapias possíveis na tentativa de que médicos e equipe de enfermagem adiem a morte do ente querido. (SILVA; QUINTANA; NIETSCHE, 2012, p.699)

Observamos o desejo de manutenção da vida através das falas, o que muitas vezes leva o profissional a continuar investindo no paciente.

Questão seguinte:

b) Como você acha que deve se dar a comunicação com ela?

As respostas obtidas foram:

Conversar em ambiente adequado, ser claro, objetivo e humanizado ao mesmo tempo. (Enfermeiro 1)

Muita conversa, né? Muita força. Falar positivo. A conversa deveria ser em outro lugar. Não na beira do leito. Acalmar o familiar, comunicar que aquilo é passageiro. (Enfermeiro 8)

Primeiro o ambiente deveria ser mais favorável. Geralmente a família é comunicada no corredor ou na beira do leito. O ambiente deve ser [...] adequado e a fala clara que não deixe dúvidas. (Enfermeiro 2)

O ideal? A comunicação tem que ser dos dois lados, né? O familiar tem que buscar essas informações e a gente também tem que oferecer as informações para que eles fiquem cientes do quadro e para que eles participem do cuidado, por mais que fiquem um pouco distantes. (Enfermeiro 4)

Acho que a comunicação tem que ser clara, tem que ser objetiva, mas eu acho que tem que ser organizada. (Enfermeiro 11)

Diariamente. Sempre muito respeitosa[...]Eu lembro perfeitamente quando entrei no CTI. Eu não era inexperiente. Eu não consigo lembrar de ver o respirador. Só via o do corpo daquela pessoa que eu gostava. Que era da minha família. Eu não vi mais nada. (Enfermeiro 3)

Oito enfermeiros direcionam suas respostas a um ambiente adequado e através da interação com a equipe. O Enfermeiro ao assumir o papel do cuidado, busca aliviar o sofrimento não apenas do paciente, mas também da família. A questão da empatia com o semelhante foi observada, não apenas colocar-se no lugar do outro, mas entender as necessidades do outro e fazê-lo sentir-se cuidado, o que nem sempre se dará de forma eficiente devido ao ambiente inadequado para a comunicação, além do despreparo, já que durante a formação geralmente não há oferta de treinamento voltado para a qualidade da comunicação.

Em relação a comunicação com a família se houve

- Interrupção de manobras de ressuscitação?

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Enfermeiro | 2 | 1 | 2 | 2 | 5 |

Quadro 5 - Respostas dos Enfermeiros quanto a comunicação com a família se houve interrupção de manobras de ressuscitação

- Ordem para não ressuscitar?

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Enfermeiro | 1 | 0 | 4 | 1 | 6 |

Quadro 6 - Respostas dos Enfermeiros quanto a comunicação com a família se houve ordem para não ressuscitar

- Remoção de medidas de suporte de vida?

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Enfermeiro | 5 | 3 | 2 | 1 | 1 |

Quadro 7 - Respostas dos Enfermeiros quanto a comunicação com a família se houve remoção de medidas de suporte de vida

- Restrição de medidas de suporte de vida?

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Enfermeiro | 6 | 3 | 0 | 2 | 1 |

Quadro 8 - Respostas dos Enfermeiros quanto a comunicação com a família se houve restrição de medidas de suporte de vida

- Morte cerebral?

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Enfermeiro | 11 | 1 | 0 | 0 | 0 |

Quadro 9 - Respostas dos Enfermeiros quanto a comunicação com a família se houve morte cerebral

Nas questões seguintes:

d) A família é comunicada sobre os motivos para: Interrupção de manobras de ressuscitação, ordem para não ressuscitar, remoção de medidas de suporte de vida ou sua restrição. Todos os entrevistados afirmaram que sim, a família é comunicada em todos os casos acima e é sempre o médico que informa. Exceção refere-se à comunicação a família sobre os motivos para Interrupção de manobras de ressuscitação que, conforme o entrevistado:

O paciente falece sem a participação da família [...]maiores detalhes clínicos não são informados. (Enfermeiro 2)

A seguir foi questionado se há diferença na comunicação entre dias da semana e horário e que descrevessem.

Sempre ocorre no horário de visita ou quando é a noite ou de madrugada aciona-se o serviço social que comunica. (Enfermeiro 1)

Não. A visita é diária. Isso eu creio que não porque eles estão aqui todos os dias. Então entendo que eles tenham contato com a família todos os dias então dia da semana é indiferente nesse sentido. (Enfermeiro 3)

Ih, muitas, milhares. Porque então cada médico tem uma tomada de decisão. Cada um tem uma linha de conduta. Um chegou falou que o protocolo era não fazer dieta enteral, o outro falou que era para fazer. Muda de acordo com o plantonista que está aqui. (Enfermeiro 5)

Olha, eu acho que tem diferenças de dias na tomada de decisões em relação a rotina e final de semana eu acho que vai [...] ninguém toma essa decisão porque quando há essa decisão é muito conversado. Tem todo um processo, por isso acredito que tenha diferença sim. (Enfermeiro 11)

Sim, todo o dia é diferente. Por conta dessa escala, da rotina médica, todo dia é diferente. Tem horários muito peculiares. A gente vê que não tem um consenso médico. (Enfermeiro 9)

O fato de a comunicação realizar-se no horário de visita ou o acionamento do serviço social e diferentes condutas de cada profissional foram apontados pelos entrevistados. Uma das falas afirma que cada médico (por conta da escala) possui uma linha de conduta, portanto uma tomada de decisão diversa de outro.

IV) SOBRE A COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE

Posteriormente foi questionado:

a) Que papel você acha que tem a vontade do paciente no CTI? É diferente de outros ambientes hospitalares e da assistência à saúde em geral?

Sim. Muitas vezes! É muito diferente[...] (Enfermeiro 1)

Eu falei para você, respondi o primeiro quadro de forma hipotética [...] porque os pacientes que temos aqui estão sedados e dependentes de amina. (Enfermeiro 2)

Respeito a opinião do paciente quando ele está em condições de exprimir seus desejos. Mas nem sempre, devido a sedação, ele pode fazer. (Enfermeiro 1)

Eu acho que depende. Depende do nível de consciência e grau de orientação do paciente. Se ele consegue compreender o que está acontecendo com ele, ele responde por ele como em qualquer outro setor. Mas se ele não sabe porque veio, desorientado, ele não tem como responder por ele. A maioria dos nossos pacientes tem nível de consciência rebaixado. (Enfermeiro 7)

Quando perguntados sobre o papel da vontade do paciente no CTI e se é diferente de outros ambientes da assistência à saúde as respostas foram no sentido de ser muito diferente de outros ambientes, uma vez que em sua maioria o paciente encontra-se sedado, mas quando possível a comunicação devido ao estado de consciência, a vontade do paciente deve ser respeitada.

Segue sobre a vontade do paciente:

b) Como você acha que deve se dar a comunicação com o paciente? Justifique sua resposta.

O paciente está sedado. Difícil avaliar essa pergunta. É diferente por ser um setor crítico. Não buscamos conhecer a vontade do paciente. Devemos manter a vida. (Enfermeiro 10)

O paciente normalmente está sedado. Como observar a vontade dele? (Enfermeiro 1)

As respostas apontaram no sentido de impossibilidade de o paciente manifestar a sua vontade no CTI devido a sedação. No CTI normalmente o nível de consciência do paciente está rebaixado e por isso dificilmente ele poderá expressar seus desejos. Portanto a dificuldade apontada em responder a essa questão por um dos entrevistados.

Seguindo no questionário:

c) Em algum momento, se procura conhecer a vontade do paciente acerca dos modos de morrer/viver? Quem? Quando? Como?

Nunca deveria ser essa comunicação e sim dar o conforto para ele, melhoria para ele não sentir dor, cuidar da pele dele, os cuidados com ele. Acho que essa comunicação...ele mesmo já até sente o limite dele [...] (Enfermeiro 8)

Difícilmente. (Enfermeiro 1)

Complexo, né? É. Quem procura saber? Geralmente é que isso aí, ninguém quer procurar saber né? Por quê? A gente teve até aula sobre isso na residência e tal. Ninguém procura saber o que o paciente acha sobre isso. A gente é ensinad[x] a buscar isso. Para o paciente expor qual é o desejo dele. Mas isso nem sempre acontece não. Muitos profissionais se omitem. Principalmente aqueles que não têm muito contato. Quem participa muito mais são os médicos, enfermeiros e o psicólogo que a gente chama para resolver o problema. Para paciente choroso, paciente que está sem se comunicar, você percebe que tem um pouco de depressão, a gente chama a psicologia para tentar intervir sobre isso. (Enfermeiro 4)

Não. Está aí uma pergunta que eu nunca fiz para o paciente. Eu não posso te dizer que ninguém faz. Eu posso te dizer que eu nunca vi ninguém fazer. Eu queria ter um psicólogo só para o CTI, que trabalhasse aqui todos os dias. Porque eles, psicólogos, vêm só a pedido para parecer mesmo. (Enfermeiro 7)

Sim, mas é um tabu. A morte é sempre evitada. Não se fala. (Enfermeiro 9)

Os entrevistados relatam o tabu existente entre falar de morte: “Isso aí ninguém procura saber, né? ”. Ou, ainda, afirmam que “difícilmente” procura-se saber do paciente acerca dos modos de viver e/ou morrer. O acadêmico de enfermagem durante o curso aprende que sua função é cuidar, aliviar o sofrimento físico e emocional do paciente e familiar, entender as necessidades e peculiaridades de cada envolvido nesse processo para só então prestar assistência de enfermagem de modo satisfatório para todos em prol da recuperação da saúde e conseqüentemente a manutenção da vida. A morte é vista como um “tabu”, conforme uma das falas. Nesse momento, os profissionais desejam o auxílio de outros profissionais como psicólogos para que possam fornecer apoio aos pacientes e familiares.

Questão seguinte:

e) Você acha que poderia ser diferente? Como?

Sim, através de questionários e conversa com os familiares ou ao paciente quando possível. (Enfermeiro 1)

Acho que poderia ser diferente. Agora, como? Porque é um momento difícil! Acho que deveria ser feito ao longo da vida. Não sei se eu já tive a oportunidade de saber disso [...] talvez o pessoal da psicologia possa explicar melhor. Esse pessoal é meio estranho. Acho que através de um questionário, não com perguntas diretas do tipo como você quer morrer,

mas talvez analisando o perfil, a crença, os costumes, os medos do paciente. Com certeza essas respostas vão surgir. (Enfermeiro 11)

Poderia ser diferente caso fosse vendo que o paciente está se agravando. Porque tem gente que fala, né? Se eu estiver quase morrendo, então deixa. Poderia haver melhor comunicação com a família. (Enfermeiro 6)

Acho. Poderia ser diferente. Seria bem mais trabalhoso, né? Porque isso exige atenção, exige a conversa, exige o todo dia, e por muitas vezes o intensivista ele é tão prático, ele é tão racional que talvez ele não queira conversar muito tempo, ele quer dar uma informação, direta, reta, mas, quando começa o subjetivo entrar em outras áreas. Eu vou lidar com a fragilidade humana daquela pessoa que está na minha frente. Isso pode me tomar mais tempo. Eu tenho que puncionar, eu tenho que preparar um não sei o que. Talvez a gente se organizar em equipes durante a segunda, quarta e sexta quem fala é fulano. Quando a gente tiver que abordar esse assunto. Porque esse assunto é muito delicado. É quando eu preciso chegar para a família e falar que apesar de, eu tenho que perguntar para você qual é a sua escolha. E talvez a família não queira falar sobre isso. Ela não quer ver essa possibilidade. Então como profissionais a gente precisa estudar um pouco mais isso. Nós ainda não temos esse preparo pleno não. (Enfermeiro 3)

Acho que mudar cultura não é fácil. É um processo, é longo, mas é necessário. Eu tenho um avô de 99 anos e o sonho dele é chegar a 100. Diz que não sabe se chegará vivo ano que vem. O escuro para ele já é desesperador. Para dormir com a luz apagada é difícil. Ele é o único irmão vivo, tem muitos sobrinhos. Então ele discute um pouco mais sobre essa questão. É cultura. (Enfermeiro 9)

Os entrevistados afirmam que essa comunicação poderia ser diferente, demonstrando a importância do diálogo com os familiares, com o próprio paciente e que “mudar a cultura” não é um processo fácil, destacando-se o sentimento de falta de preparo dos profissionais para abordar questões mais subjetivas ligadas ao morrer e ao sofrimento do paciente. Uma das falas aborda a importância de conhecer a vontade do paciente ao longo de sua vida, apresentando questionário em que se buscava conhecer a vontade acerca dos modos de morrer, avaliando-se aspectos como crença, medos, costumes, entre outros fatores.

V) SOBRE O EMBASAMENTO PARA A TOMADA DE DECISÃO MÉDICA EM RELAÇÃO AOS MODOS DE MORRER

Continuando o questionário, foi perguntado:

- a) Você considera que o médico investe tudo o que está ao seu alcance para manter a vida em quaisquer circunstâncias?

A totalidade dos entrevistados afirmou que sim, os médicos investem tudo para a manutenção da vida em quaisquer circunstâncias. Em relação as questões que seguem sobre interrupção de manobras de ressuscitação, a não iniciar manobras de ressuscitação e a remover medidas de suporte de vida, todos os enfermeiros relacionaram ao prognóstico ruim ou falta de possibilidade terapêutica de cura.

Não perspectiva de melhora do paciente. (Enfermeiro 2)

Quando há um consenso de toda a equipe médica, todos os plantonistas, toda a rotina médica, quando há explanação desse consenso dos médicos para a equipe multidisciplinar. (Enfermeiro 9)

A falta de possibilidade terapêutica, o esgotamento, eu não gosto muito do termo, mas eu creio que ele caiba bem. É a futilidade terapêutica quando uma vida é mantida a todos os custos com uma noradrenalina a 80ml/h. (Enfermeiro 3)

Quando constatada a morte cerebral os enfermeiros responderam que as medidas de suporte de vida não devem ser imediatamente descontinuadas.

Preservar para doação de órgãos. (Enfermeiro 1)

Não sei! Bom eu já vi dos dois casos, mas aí acho que vai muito de falar com o familiar que o paciente está em morte cerebral e se vai querer ou não prolongar aquilo. Tem paciente que faz doação de órgãos. Aí o médico corre atrás. (Enfermeiro 6)

Ah, tem bons motivos. A falta de resposta mesmo do paciente, a certeza de um prognóstico péssimo. (Enfermeiro 11)

Devido a ser doador em potencial. (Enfermeiro 10)

Não, porque pode ter transplante e a gente tem que continuar mantendo o paciente com os órgãos viáveis, né? (Enfermeiro 4)

Quando as mesmas questões são feitas sobre o embasamento para a tomada de decisão por parte do enfermeiro em relação aos modos de morrer, todos os entrevistados consideram que o enfermeiro também investe tudo o que está ao seu alcance para manter a vida em quaisquer circunstâncias:

Para a gente não importa o prognóstico do paciente. Eu cuido se o prognóstico é bom ou ruim. O paciente da terapia intensiva que depende dos meus cuidados, eu vou mudar por exemplo o decúbito do paciente se ele é terminal ou politraumatizado. Independente do prognóstico o cuidado de enfermagem é oferecido ao paciente. Se eu for colocar num paralelo [...] se você considerar cuidados de enfermagem como medidas de suporte de vida, a gente oferece essas medidas independente das circunstâncias. O cuidado é bem diferente do médico e do enfermeiro. Mas se for no contexto do médico, vai depender também do estado clínico do paciente. (Enfermeiro 7)

Conforme Felix (2014):

Enfermeiros expressam a importância de uma assistência pautada no intuito de promover o bem ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura e diante da terminalidade. (FELIX *et al*, 2014, p.100)

A diferença do cuidado do enfermeiro para o cuidado do médico é destacada na fala acima. Investe-se no cuidado independente das circunstâncias ou do estado em que o paciente se encontra. No entanto, como em um unísono, afirmam categoricamente que o que leva o enfermeiro à interrupção de manobras de ressuscitação, a não iniciar manobras de ressuscitação e a remover medidas de suporte de vida é a decisão médica, embora alguns afirmem que seja uma decisão em “equipe”, mas o médico detém a palavra final.

Nós somos preparados para cuidar independente de quem, como, quando. O bom enfermeiro investe na dignidade desse cuidado, desse conforto, desse respeito. Fim constatado mesmo, né? Óbito em si constatado. E aí a gente entra naquele momento do preparo do corpo. Só a gente sabe o que é isso. (Enfermeiro 3)

Aí a gente as vezes não inicia porque já foi definido pela equipe médica. (Enfermeiro 11)

Decisão médica. (Enfermeiro 10)

Ordem médica. (Enfermeiro 9)

Eu particularmente muitas vezes não respeito essa orientação da equipe médica. Eu interrompo ou não de acordo com a minha reflexão sobre aquele processo. Então ainda que eu receba uma orientação de não aumentar a nora, mas se a nora está 20, eu aumento até 30, por exemplo. Claro, não vou aumentar se ela estiver 50. Por exemplo, eu aumento porque já vi pacientes terem boa resposta...já vi pacientes terem adrenalina, nora, vasopressina em doses altíssimas, típico paciente que você imagina não encontrar no plantão seguinte, e pasme o paciente

saiu bem...então muitas vezes eu não interrompo baseada na minha própria experiência de já ter vistos os pacientes saírem bem daqui. (Enfermeiro 5)

Na resposta acima o entrevistado afirma que não segue a orientação da equipe médica sustentada em sua experiência profissional quando diz “Eu interrompo ou não de acordo com a minha reflexão sobre aquele processo”, o que nos chama atenção devido ao argumento para a tomada de decisão. Muitas vezes o enfermeiro não se sente confortável para realizar algum procedimento que poderá abreviar o processo de morte do paciente.

A diminuição ou não de determinado medicamento por conta própria em desacordo com a prescrição médica pode ocasionar uma série de discussões envolvendo questões ético-legais e certamente morais, uma vez que a alegação de autonomia profissional poderá emergir como sustentação para essa atitude do enfermeiro que também pode ser vista como “desobediência” à prescrição do médico.

Relatam a importância do cuidado inclusive no fim de vida, pois é justamente o profissional de enfermagem que estará à frente do preparo do corpo e, neste momento, o respeito e o cuidado também estão presentes como ao longo de todo o processo de assistência ao paciente em vida. Na sessão seguinte abordaremos os temas emergentes originados nas falas dos enfermeiros entrevistados.

5.4 Temas emergentes: Distanásia e Eutanásia

Surgem nas falas dos enfermeiros entrevistados temas recorrentes como distanásia e eutanásia, especialmente quando relatam experiências relacionadas ao cuidado ao paciente grave, fora de possibilidades terapêuticas de cura. A manutenção da vida através do uso de tecnologias de modo exacerbado e que não mais proporcionará qualidade de vida, mas sim prorrogará o processo de morte recebe a denominação de distanásia (origem do grego *dis* que significa afastamento e *thanatos*, que entendemos por morte (SILVA, 2007). A distanásia está inserida intimamente no contexto da tomada de decisão referente ao até quando deve-se investir? Afinal, este procedimento é “o

prolongamento exagerado do processo de morrer de um paciente com doença terminal, levando a uma morte agônica, lenta e com sofrimento” (PESSINI, 2007).

A distanásia acontece no CTI devido ao farto aparato tecnológico e a falta de conhecimento de muitos profissionais acerca desse processo, bem como as dificuldades que os profissionais têm quanto ao processo de tomada de decisão diante do paciente com doença grave e em final de vida, como se verificou nas entrevistas. Envolve discussão entre paciente, família e profissionais de saúde. Existe ainda o fato de os debates envolvendo a distanásia esbarrarem no princípio da dignidade humana que deve ser observado em qualquer momento durante a vida. Dessa forma muitos conflitos emergem:

O alto grau de tecnologia hospitalar tem acarretado decisões distanásicas, muitas vezes, além dos limites do próprio corpo humano. As possibilidades da tecnociência e o enorme anseio do homem em não morrer geram difíceis questões às equipes de saúde, as quais são afrontadas com o dilema conservação da vida versus cessação de tratamentos fúteis. (SILVA; QUINTANA; NIETSCHE, 2012, p.701)

Os enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, entre outros, têm que conviver com a aparelhagem disponível para manutenção da vida e lidam com o processo decisório em conformidade com sua consciência e sua formação. A formação dos profissionais para a terapêutica adequada em cada caso é essencial para melhor esclarecimento sobre o uso de tecnologias disponíveis.

São muitas as variáveis que culminam em uma decisão: seja convicção pessoal, parâmetros do paciente ou familiar.

De acordo com Baliza, *et al*, 2015:

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o enfermeiro é mais desafiado a participar de tomadas de decisão relacionadas ao cuidado do paciente e da família, diante de situações complexas, como manter ou suspender o suporte de vida. Diante delas, o profissional precisa estar preparado e livre para atuar usando seu conhecimento e sua experiência. Neste sentido, muitas mortes que ocorrem na UTI são precedidas de tomadas de decisão relacionadas à limitação ou à suspensão das medidas de suporte de vida (BALIZA *et al*, 2015, p. 573).

O enfermeiro ao assumir sua função numa unidade fechada como a terapia intensiva, convive com a necessidade de tomar decisões difíceis num ambiente de muita

pressão e repleto de tecnologia, embora muitas vezes afirmem que a tomada de decisão seja médica. Essas decisões são necessárias mesmo quando não há mais possibilidade terapêutica de cura, destacando a insuficiente participação da família ao longo do processo de internação como veremos nas falas a seguir:

[...]Eu costumo dizer que o médico tem uma atuação como muitos outros profissionais, uma atuação enquanto o paciente tem possibilidade terapêutica, aí depois que ele não tem mais possibilidade terapêutica, o médico acaba tendo uma atuação eu acho que mais como coadjuvante do que como principal, porque esse cuidado, principalmente o cuidado paliativo, esse cuidado no fim da vida e até pós morte, porque o enfermeiro está no pós morte também, né? Cuidando do próprio paciente ali no preparo do corpo, então eu vejo como uma atuação multiprofissional, mas essa questão da decisão ou não, muitas decisões acabam ficando na mão do médico. (Enfermeiro 7)

[...]E os médicos geralmente, alguns tem muito que são bem paliativistas e querem tirar tudo e qualquer outro tipo de coisa. E as vezes a gente fica meio [...] poxa e a dignidade desse paciente? É a escolha dele, né? Tem que ver a participação do paciente que é muito importante. (Enfermeiro 4)

[...]Aqui quando ela participa? O fato dela participar implica diretamente em alguma intervenção que seja feita no paciente. Não sei se eu fui clara. Por exemplo: quando a família não autoriza a realização de uma traqueostomia que interrompe completamente o tratamento do paciente, aí ela entra no processo. Mas em outras circunstâncias ela não participa da decisão. (Enfermeiro 5)

Dessa forma os enfermeiros buscam amparo para as complexas situações que requerem conhecimentos ético-legais sobre como intervir nas situações relacionadas ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, uma vez que a questão de fim de vida remete a muitas reflexões morais para o profissional de saúde que foi formado para manter a vida. Na fala a seguir sobre a questão quem deve tomar decisão, o enfermeiro aborda a necessidade de um protocolo para facilitar a conduta.

[...] Não que o protocolo vá mudar isso de forma plena. Pode até se ter o protocolo e ainda surgirem conflitos em razão da complexidade do tema. Mas eu penso que ele minimizaria bastante essas condutas e o manejo dessas intervenções diante da própria equipe. (Enfermeiro 5)

Destaca-se que participação da equipe multiprofissional na tomada de decisão diante de um paciente em fim de vida é citada muitas vezes, demonstrando que os olhares, reações e as ações podem ser as mais diversas, de tal forma que é muito difícil operacionalizar a prática da decisão conjunta em equipe, embora muitos profissionais a preconizem. Vejamos:

Bom, quem deve tomar a decisão é a equipe multiprofissional, né? Sempre! E por que? Porque eu acho que dessa forma a gente tem uma, você pode compartilhar as opiniões e olhares de diversas formações, né? (Enfermeiro 5)

As decisões que envolvam a terminalidade da vida e o consenso devem seguir as seguintes etapas conforme Kipper, (1999):

Certeza do diagnóstico e do prognóstico; conduta standard da comunidade científica para casos análogos; licitude da conduta indicada; respeito à autonomia do médico; anseios do paciente ou representante legal; preceitos institucionais; sentimento da equipe, notadamente da enfermagem, se adicionada na discussão; expectativa da sociedade, sobretudo da comunidade do paciente; e, na presença de dilemas éticos, deve ser ouvido o parecer do Comitê de Bioética, se disponível (KIPPER, 1999, p. 62).

No entanto percebemos que a enfermagem, que está diretamente relacionada ao cuidado, não participa do processo de decisão no CTI investigado, conforme corrobora a fala a seguir:

Eu ainda não vivenciei situações de conflito não...geralmente o médico toma a decisão de não ressuscitar ou então também faz esse diálogo. E aí o enfermeiro acaba acatando. São raras as vezes que ocorrem conflito [...]Acho. (Enfermeiro 4)

O temor da morte está presente o tempo todo em um ambiente em que a vida está em risco. A morte pode ser vista como sinônimo de impotência e fracasso, tornando-se inaceitável. Nega-se muitas vezes ao paciente o direito de saber sobre seu estado.

A negação do processo de fim de vida é vista a todo instante. Não há diálogo entre o paciente fora de possibilidade terapêutica de cura e seus familiares e entre esses e a equipe, sendo corriqueira a manutenção de esperança de dias melhores para o paciente. Dessa forma misturam-se sentimentos pessoais e profissionais.

Baliza *et al* (2015) argumentam que:

A ideia de que os enfermeiros estão comprometidos a fazer a diferença no cuidado do paciente e da família nas situações de final de vida é

expressa por eles. Os enfermeiros, mesmo com toda dificuldade e falta de preparo para lidar com estas situações, entendem que têm o dever de cuidar do paciente e da família e que alguma coisa deve ser feita para reduzir o sofrimento e a privação que a família vive neste período. (BALIZA *et al*, 2015, p.576)

Os enfermeiros compreendem as dificuldades nesse momento em relação a família, paciente e demais profissionais de saúde. Morin (1976) afirma que “a mesma consciência nega e reconhece a morte, nega-a como aniquilamento, reconhece-a como acontecimento” (MORIN, 1976, p. 26), afirmação que pode sugerir maior reflexão social e individual sobre o fim da vida humana.

Não apenas como vemos nos filmes, novelas ou através do contexto social, mas também em ambiente hospitalar. Nega-se, desconversa-se, deve ser evitado falar sobre a finitude humana. Assim observamos em ambientes hospitalares modernos e permeados de aparelhos de alta tecnologia a obstinação terapêutica por parte dos profissionais e a negação do processo de fim de vida. De acordo com Felix *et al* (2014):

Cuidar de pessoas ao final da vida em uma Unidade de Terapia Intensiva é uma situação bastante complexa. É oportuno reconhecer que esses pacientes encontram-se vivenciando uma situação de sofrimento e de limitação física imposta pela própria gravidade do quadro clínico (FELIX *et al*, 2014, p.101).

Ao longo da graduação muito se aprende sobre anatomia, fisiologia e técnicas a serem implementadas além do aporte tecnológico para o prolongamento da vida em uma unidade de terapia intensiva. Ao lembrar da finitude do ser humano quando diante de um paciente sem mais possibilidades de cura, o profissional faz um resgate do que foi estudado e se sente incapaz de lidar com essa situação.

Dessa forma verificamos muitas vezes um “cuidado” tecnicista arraigado em protocolos, mas distante ainda do que se espera nas origens do verbete. Um cuidado personalizado e integral ao paciente e a seus familiares. Como relatado pelos entrevistados, muitas vezes o paciente não tem a atenção que deveria por falta de tempo ou pela incapacidade de lidar com o fim de vida do profissional.

Quando o fim de vida ocorre é visto como algo “normal” e “esperado” dentro da Unidade de Terapia Intensiva, no entanto ainda existe a angústia do enfermeiro mesmo considerando esse fato corriqueiro, principalmente quando julga ser o médico detentor do poder decisório sobre o processo de fim de vida. Os confrontos de ideais entre

enfermeiros e médicos estão presentes ao longo das entrevistas, principalmente quando referidos à necessidade ou não da continuidade de investimento no paciente que o médico julgou não ter mais possibilidade terapêutica de cura.

Nesse momento observamos confronto de ideais e objetivos colocados em questão. Para solução do caso os enfermeiros relatam que é observado pelo médico o estado geral do paciente, exames, evolução da patologia e desejo dos familiares. E o enfermeiro, aquele que está mais próximo do paciente e é o responsável pelo cuidado observa além do quadro clínico sua experiência, crenças pessoais e aspectos do cuidar arraigados através da formação profissional. O papel da família é fundamental e deve ser observado. De acordo com Silva, Quintana e Nietzsche (2012):

A equipe, por carência de contato prévio com o doente, não possui conhecimento acerca dos seus desejos em se tratando das decisões a serem tomadas no final de sua vida. Por consequência, é a família que fornece as informações necessárias para que essas decisões sejam definidas. (SILVA; QUINTANA; NIETSCHE, 2012, p.699)

Dessa forma as dificuldades apresentadas pela família em compreensão do quadro clínico necessitam de melhor observância pela equipe de saúde.

Os familiares, por não aceitarem a morte de seu doente, pressionam os profissionais para investir, desnecessariamente, no processo de cura; estes últimos, por sua vez, optam pelo caminho mais fácil de comprazer o familiar ao invés de trabalhar com ele na compreensão e aceitação da condição do paciente. (SILVA; QUINTANA; NIETSCHE, 2012, p.700)

Muitas vezes o posicionamento médico diverge do que pensa a enfermagem. Embora haja consulta aos enfermeiros e outros profissionais diante de determinadas situações clínicas, a deliberação final é sempre do médico. Conforme Silva, Quintana e Nietzsche (2012):

A rotina de cuidados de enfermagem dispensados ao paciente terminal internado em UTI pode permanecer na dependência das decisões dos médicos, ainda que estas sejam discordantes entre os próprios profissionais da área médica. As opiniões e condutas contrastantes podem, inclusive, vir a gerar sentimentos negativos nos enfermeiros. (SILVA; QUINTANA; NIETSCHE, 2012, p.700)

Durante esse processo de tomada de decisão, estão presentes os profissionais que cuidam diretamente do paciente e, portanto, os enfermeiros consideram que toda

equipe deve participar da tomada de decisão diante do fim de vida das situações que antecedem a morte, embora coloquem mais peso no médico e no enfermeiro.

Todavia, o uso da tecnologia sem que haja a reflexão de outros elementos que compõem o cuidado pela medicina, que tem por paradigma e critério a ideia de cura, pode acarretar em muitos casos a diminuição da qualidade de vida, podendo trazer sofrimento ao paciente e familiares. Portanto verificamos que o enfermeiro, embora considere que a tomada de decisão formalmente é médica, ancora-se na prerrogativa de que é ele, enfermeiro, que está mais próximo do paciente, cuidando diariamente.

Dessa forma toma decisão de forma não pactuada com a equipe multiprofissional, dada a necessidade de uma intercorrência, baseando-se em sua experiência profissional, a partir da ideia de autonomia. Como dito anteriormente, é preciso analisar diversos fatores antes da tomada de decisão. Decisão essa que deve envolver todos os atores da situação, em diálogo franco e transparente, especialmente a família quando o paciente não consegue exprimir os seus desejos.

[...] a família entra em pânico quando fala que vai para o CTI. Às vezes é só para vigilância, não tem uma gravidade assim. Mas a família já encara com outros olhos. A família não compreende porque também não é explicada. Na enfermaria, por exemplo, mesmo que não tenha um familiar acompanhando, a família tem maior contato com a equipe. A família vê melhor o paciente. No CTI só naquele curto tempo da visita. (Enfermeiro 11)

[...]Se para mim que tenho a formação, o preparo técnico científico, aquele momento foi tão difícil, eu fico imaginando para o familiar que para cada ruído que ele escuta aqui dentro, pode ser o coração daquela pessoa que não está batendo mais, então a explicação de cada parte desse cenário, de cada ruído, da programação do dia de hoje, é aquele dia a dia[...]A melhor enfermeira que eu puder ser tem que estar ali. Então isso vale para a informação. (Enfermeiro 3)

As dificuldades encontradas para a tomada de decisão e a crença de que há diferença entre abstenção e retirada de tratamentos ou suporte acarreta processos distanásicos. Por outro lado, os enfermeiros relatam a impossibilidade de realização de eutanásia e suas angústias acerca do “matar” ou “deixar morrer” em falas durante os questionamentos em relação a comunicação com o paciente que demonstram receios sobre o tema como veremos a seguir:

[...] Que pergunta! Bom dia? Como o Sr. Gostaria de morrer? (risos) A pessoa que está aqui quer saber de viver, ninguém quer saber de morrer [...] (Enfermeiro 11)

[...] A gente não pode fazer eutanásia nem outro tipo de [...] como é que eu falo? [...] A questão ética mesmo, né? A gente não pode interferir nessa questão ética de fim de vida. (Enfermeiro 4)

Apenas como esclarecimento acerca do termo “ética” utilizado acima, Toffoletto *et al* (2005) afirmam que:

A Ética, por sua vez, é definida como um mecanismo de regulação das relações sociais do homem com o objetivo de garantir a coesão social e harmonizar interesses sociais e coletivos. Implica em uma opção individual, uma escolha ativa, que requer adesão íntima da pessoa a valores, princípios e normas morais, estando intrinsecamente ligada à noção da autonomia individual (TOFFOLETTO *et al*, 2005, p. 308)

Assim, situações que possuem um imenso leque de conflitos morais como a necessidade de decisão em fim de vida, provocam uma série de questionamentos, ensejando o surgimento de dilemas éticos.

[...]Acho que essa comunicação de enfermagem com o paciente não deveria acontecer [...] (Enfermeiro 8)

A citação da “eutanásia” que tem sua origem grega (*eu*-bom, bem; *thanatos*-morte) e nos remete a expressão “boa morte” pode representar algo benéfico para o paciente. Este verbete foi utilizado inicialmente no ano de 1632 por Francis Bacon, na obra *Historia vitae et mortis* (SIQUEIRA-BATISTA, 2004). Correlacionando a Bioética e as discussões sobre o fim de vida, intentando aliviar o sofrimento que não é mais suportável, observaremos que o processo de morrer está atrelado a inúmeras discussões e inquietudes humanas “na maior parte das vezes, uma reflexão no enfermo, nos seus familiares e nos profissionais de saúde sobre o próprio conceito de morte e de finitude” (SIQUEIRA-BATISTA, 2010, p.435).

Essa discussão adquire maior importância e polêmica quando consideramos o fato de que a eutanásia no Brasil é considerada crime. O atual Código Penal brasileiro (Decreto Lei 2848/40) foi promulgado na década de 1940. Embora a eutanásia não esteja elencada, aplica-se o disposto no art. 121 (Matar Alguém), ou seja, homicídio, na modalidade simples ou qualificado, sendo considerado crime em qualquer hipótese.

Pode configurar ainda crime tipificado no art.122 do mesmo código se a conduta do agente ocasionar participação em suicídio (GUERRA FILHO, 2015). A Lei Penal prevê a figura do homicídio privilegiado, que se dá quando o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima (art. 121, §1º).

Conforme Silva, Quintana e Nietzsche (2012):

Um dos pontos mais complexos dessas discussões, detectados no presente estudo, remete às divergências do Código Penal Brasileiro. Discute-se se a limitação do tratamento ou a suspensão de recursos caracterizariam a eutanásia passiva, considerada homicídio pelas leis vigentes no Brasil. E este impasse legal, como foi observado, provoca confusões de cunho prático no cotidiano dos profissionais intensivistas (SILVA, QUINTANA e NIETSCHE, 2012, p.702)

Todavia, surgem com os avanços tecnológicos os questionamentos éticos sobre até que ponto deve-se manter a vida? A eutanásia deve ser permitida a fim de evitar o maior sofrimento do paciente? De acordo com Heide *et al* (2007):

Na Holanda, a eutanásia é definida como morte resultante de medicamento que é administrado por um médico com a intenção explícita de antecipação da morte, a pedido explícito do paciente. (HEIDE *et al*, 2007, p.1958).

No entanto, necessitamos distinguir as modalidades de eutanásia, quanto ao ato, que pode ser produzida por um profissional de saúde ativamente (quando atua efetivamente em um ato que ocasionará a morte) ou passivamente (quando deixa de realizar alguma atitude que poderia aumentar a sobrevida desse paciente). Os bioeticistas Siqueira-Batista e Schramm (2004) complementam, nesse sentido, essa distinção:

1) eutanásia ativa, ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários (como no caso da utilização de uma injeção letal); 2) eutanásia passiva, quando a morte ocorre por omissão em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da sobrevida (por exemplo, deixar de se acoplar um paciente em insuficiência respiratória ao ventilador artificial).

Existem ainda os analgésicos (como por exemplo a morfina) que proporcionam o que se denomina de “duplo efeito” (REGO, PALÁCIOS E SIQUEIRA-BATISTA, 2009), uma vez que determinados medicamentos podem não apenas aliviar a

dor do paciente, mas também induzir a depressão respiratória ocasionando o falecimento deste. Ademais, a eutanásia pode ainda ser classificada quanto ao consentimento do enfermo, que de acordo com Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009) serão:

Eutanásia voluntária - em resposta à vontade expressa do doente, o que seria um sinônimo de suicídio assistido; eutanásia involuntária - quando o ato é realizado contra a vontade do enfermo, sendo na verdade considerada homicídio—e eutanásia não-voluntária - quando a vida é abreviada sem que se conheça a vontade do paciente.

Destaca-se que a diferença entre eutanásia ativa e passiva já fora descrita por filósofos como James Rachels (1975). Argumenta que a eutanásia ativa muitas vezes é mais “humana” do que a passiva. Num segundo momento diz que essa diferença traz bases pouco importantes para a discussão sobre “viver ou morrer”, não acrescenta em algo inevitável. E conclui que não há significado moral na diferença entre matar e deixar morrer.

Afirma Rachel (1975)

Começamos com uma situação familiar, um paciente que está morrendo de um câncer de garganta incurável e sente dores terríveis, que não podem mais ser satisfatoriamente aliviadas. Ele está certo de que vai morrer em alguns dias, mesmo se o atual tratamento tiver continuidade, mas não quer continuar vivendo por aqueles dias uma vez que a dor é insuportável. Então ele pede ao médico que ponha um fim nisso, e a família se une à sua solicitação. Suponha que o médico concorde em suspender o tratamento [...]A justificativa é a de que o paciente está em terrível agonia, e uma vez que vai morrer de qualquer forma, seria errado prolongar seu sofrimento sem necessidade. Mas, agora atente para isto. Se ele simplesmente suspender o tratamento o paciente poderá levar mais tempo para morrer, e, portanto, ele pode sofrer mais do que se alguma ação direta for efetivada e uma injeção letal administrada. Este fato fornece motivos fortes para pensar que, uma vez que a decisão inicial de não prolongar a agonia tenha sido tomada, a eutanásia ativa é, na verdade, preferível à eutanásia passiva, ao invés do contrário. (RACHELS, 1975, p.79)

Diante desse caso, como poderíamos arrolar os argumentos favoráveis ou contrários a eutanásia? A favor da eutanásia pode ser citado o argumento a partir da autonomia do principal interessado, ou seja, o paciente. Corroborando com este raciocínio:

Cada indivíduo tem o direito de dispor de sua vida da maneira que melhor lhe aprouver, optando pela morte no exaurir de suas forças, ou seja, quando sua própria existência se tornar subjetivamente insuportável, de tal sorte que [...] se deve a uma razão aparentemente simples, defendida pela bioética laica e segundo a qual se se aceita que

existe uma prioridade da qualidade de vida sobre a vida em si, se deve admitir também que, *prima facie*, o mais competente para decidir qual é a melhor qualidade de sua vida é o próprio titular. (SCHRAMM; SIQUEIRA-BATISTA, 2011, p. 38).

Assim cada indivíduo deve responder por seus atos e conseqüentemente sobre sua própria vida. Não cabe ao outro, seja profissional de saúde ou não decidir o que é melhor para a sua vida, especialmente diante da finitude da vida, no processo de vida ou morte. Impor um sofrimento indesejável e evitável é, portanto, cruel, pois não foi uma decisão tomada pelo principal interessado, mas por outrem, que pode até ser a de se submeter, desde que amparado por suas próprias razões e convicções.

O indivíduo que optar pela eutanásia deve ter consciência do ato que está realizando uma vez que não há a possibilidade de arrependimento. Há ainda a análise dos demais envolvidos no ato, ou seja, não apenas componentes biológicos e seu estado são, mas seu estado social como um todo, incluindo família e atividade laboral/condição financeira. Em sentido contrário, o princípio da sacralidade da vida é geralmente utilizado para embasar os argumentos contrários à eutanásia, ancorado em elemento religioso, segundo o qual a eutanásia é tida como uma usurpação do direito à vida humana, que foi criada por Deus e, portanto, somente ele tem o poder de tirá-la. “A Igreja, apesar de estar consciente dos motivos que levam a um doente a pedir para morrer, defende acima de tudo o carácter sagrado da vida.” (PINTO *et al*, 2004, p. 37).

Os médicos também defendem o direito à vida, na perspectiva da ética médica e do juramento Hipocrático que conduz ao fazer o bem e não prejudicar. Os que defendem a eutanásia estão alicerçados especialmente no princípio da autonomia e no entendimento de ser uma forma de evitar o sofrimento de um paciente que está sem possibilidade terapêutica de cura. A eutanásia deve ser uma escolha consciente, com informação adequada e acompanhamento de profissionais para esclarecimentos de dúvidas que possam surgir do ator principal (paciente) e demais envolvidos (familiares e profissionais de saúde).

A opção pela terminalidade deve ser muito bem analisada a fim de que não haja desrespeito a autonomia de cada ser individual, no direito à escolha pela sua vida e pelo término da mesma. Existem componentes sociais, biológicos e culturais que deverão ser observados de forma a assegurar a autonomia do paciente. Ademais morrer sem dor ou com menos sofrimento seria mais digno e “humano”.

Até porque o paciente não tem apenas o direito à vida, mas também deve ter o direito a encerrar a sua vida. Se falarmos de religião, existem aqueles que vão defender o livre arbítrio e, portanto, deve o ser humano escolher o que deseja de sua vida, uma vez que para muitos será o começo de uma “nova vida”, melhor e sem sofrimento.

Aceitar o pedido de eutanásia seria o mesmo que respeitar o desejo e o direito do paciente sobre o próprio corpo. Respeito a autonomia (vontade, desejo do paciente), a dignidade e a pessoa (evitando o prolongamento do sofrimento). Aos que são contrários ao procedimento da eutanásia, temos o religioso no sentido de que somente quem deu a vida pode retirá-la, portanto, somente o criador (Princípio da Sacralidade da Vida). Ao atentarmos para o juramento de Hipócrates, a realização de eutanásia seria o mesmo que realizar homicídio, uma vez que aquele prega fazer o bem e evitar conduta que prejudique o paciente.

Realizar a eutanásia violaria princípios básicos da medicina como promover a cura e combater a morte e, portanto, os pacientes não confiariam mais nos médicos ou em outro profissional que realizasse a eutanásia, segundo o argumento contrário à eutanásia da Ladeira Escorregadia.

Heide *et al* (2007) argumentam que:

A Holanda é o primeiro país onde a pesquisa em larga escala tem proporcionado uma visão sobre as práticas da eutanásia e do suicídio assistido e sua utilização na tomada de decisões de fim de vida. Grandes estudos de âmbito nacional de práticas em 1990, 1995, e 2001 forneceram dados sobre a frequência e as características da eutanásia, suicídio assistido por médicos e outros atos médicos que podem abreviar a morte. Estes estudos têm demonstrado a importância da decisão em fim de vida na prática médica atual, e eles tiveram uma grande influência na formulação de políticas nacionais e no desenvolvimento dos cuidados de fim de vida. (HEIDE *et al*, 2007, p. 1959)

Precisamos, porém, avaliar que existe uma diferença muito clara em matar para o benefício e matar por qualquer outro motivo. Somando-se a esse debate surge o conceito de “ortotanásia”. Diferentemente da eutanásia, o termo ortotanásia deriva dos radicais *orthos*, que significa reto, correto, e *thanatos*, como já explicado anteriormente, significa morte. Dessa forma, a ortotanásia significa morte no tempo certo. Mas será que poderíamos utilizar esta expressão: “morte no tempo certo”? A natureza dependeria do nosso estágio de desenvolvimento tecnológico?

A ortotanásia se efetiva com condutas restritivas de prolongamento artificial da vida, ou seja, a suspensão de medidas de tratamento que não mais serão úteis ao paciente, o que poderia ser entendido também como “eutanásia passiva”. Todavia a ortotanásia difere da eutanásia passiva segundo Villas-Bôas (2007) que argumenta no seguinte sentido:

na eutanásia passiva o intento do agente é abreviar a morte com a conduta de omitir ou suspender recursos que ainda eram indicados e proporcionais, pois ainda poderiam beneficiar o paciente. Já na ortotanásia o desejo não é de abreviar a morte, mas sim de não prolongar indevidamente o processo de morte, optando-se pela abstenção ou suspensão de medida não indicada pela ciência médica por ser incapaz de promover qualquer melhora no paciente (VILLAS-BÔAS, 2007, p. 37)

Todavia, de acordo com este entendimento sobre ortotanásia, a decisão deve ser tomada exclusivamente por médicos. Mas a ortotanásia é permitida no Brasil? A Resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina autoriza a suspensão pelo médico ou assistente médico de procedimentos extraordinários para o prolongamento a vida de modo artificial do paciente, conforme abaixo descrito:

Res. 1805/2006 CFM: Art. 1º.

É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Conforme estabelecido acima é necessário haver permissão do paciente, familiar ou representante legal para a suspensão das medidas terapêuticas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscarmos identificar e discutir o papel de pacientes, família e equipe na tomada de decisão nas situações que antecedem a morte, essa investigação mostrou que quando diante de uma patologia grave, considerada terminal, os enfermeiros consideram que todos devem estar envolvidos. Assim, a voz da família torna-se importante, principalmente, no processo decisório em relação ao ente hospitalizado, embora nem sempre a participação dos familiares ocorra.

As famílias tendem a reagir da forma mais diversa quando diante de uma doença sem possibilidade terapêutica de cura para seu ente querido. Algumas vão

expressar sentimento de amargura, incompreensão, raiva e outras buscarão na religião o conforto necessário para uma paz que naquele momento encontra-se ausente.

O pessimismo poderá abater outros atores envolvidos em uma situação de fim de vida como os próprios profissionais de saúde que trabalham incansavelmente para a manutenção da vida. Isto posto, o processo de morrer torna-se angustiante. A fragilidade física do paciente é refletida no emocional daqueles que acompanham o quadro clínico daquele. A participação do paciente é na maioria das vezes inviável devido a sedação, portanto sem possibilidade de exprimir sua vontade.

Quando verificamos a necessidade de identificar e discutir a comunicação entre equipe e família sobre as razões para a tomada de decisões nas situações que antecedem a morte, verificamos através da pesquisa que muitas vezes a família demanda necessidade de cuidado e atenção, uma vez que sofre com o processo de adoecimento do parente. O estado de inconsciência do paciente devido a sedação ou patologia no CTI o priva de discussões sobre sua vida, diferentemente de outros ambientes hospitalares como enfermaria em que ele pode tomar uma decisão.

Portanto, a família torna-se responsável pelas decisões e condutas a serem realizadas, buscando informações e analisando junto com a equipe de assistência, seja médico ou enfermeiro, tudo o que está ocorrendo com seu ente. Precisa-se compreender também se o familiar deseja participar do processo decisório, uma vez que poderá não ter condições emocionais ou mesmo desejar participar desse processo.

Ao identificarmos como se dá a tomada de decisão relacionada com o fim de vida no CTI e qual é a participação do enfermeiro, apuramos através dos dados obtidos que diversos fatores influenciam na tomada de decisão do enfermeiro. Fatores que são frutos não apenas da formação profissional, mas principalmente das ideias centradas no cuidado como um todo. Afinal, estuda-se durante anos para que possamos manter a vida em quaisquer circunstâncias e o simples fato de tomar uma decisão que fuja a essa realidade é vista muitas vezes como algo abominável.

O receio da terminalidade da vida e o desejo de implementação de tratamentos ou cuidados que amenizem o sofrimento são constantes e presentes em todo o processo de fim de vida. O pensamento do enfermeiro sobre eutanásia e distanásia amadurece durante a graduação, mas percebemos nos discursos forte influência da

negação pelos profissionais entrevistados de aprofundar o conhecimento sobre o fim de vida.

Por fim, ao avaliarmos os argumentos utilizados pelos enfermeiros na tomada de decisão diante do fim de vida nas situações que antecedem a morte, a partir dos referenciais da bioética, em especial da ética do cuidar, averiguamos que embora tenham muitas vezes optado pelo cuidado que a graduação em Enfermagem proporciona, fica a vertente da ética do cuidar as margens do setor de alta complexidade.

Conforme Manning (2009, p.106) os processos centrais da ética do cuidado são: “a atenção moral, compreensão com simpatia, consciência do relacionamento e acomodação e harmonia”. Portanto, por que não adotarmos esta corrente bioética do cuidar, enfatizando todos os processos centrais da ética do cuidado estabelecidas por Rita Manning e descritas neste trabalho a fim de possibilitarmos melhor assistência ao paciente também no setor de alta complexidade, inclusive no processo de fim de vida? Destaca-se dessa vertente ética uma maior consciência e preocupação com os relacionamentos presentes e uma compreensão da situação em toda a sua complexidade, a fim de dar respostas que considerem todos os atores envolvidos.

Nas falas dos entrevistados, embora haja um desejo da participação de todos, observamos que alguns atores importantes estão fora dos processos decisórios, como a família, diga-se, um dos atores centrais. Assim, as decisões geralmente levam em conta apenas aspectos técnicos, e não os valores dos envolvidos, perdendo assim sua riqueza e complexidade. Os enfermeiros, por sua vez, queixam-se que as decisões estão nas mãos dos médicos, embora eles sejam o profissional que está mais próximo do paciente e dos familiares.

Através da pesquisa realizada observamos que embora os enfermeiros sejam preparados ao longo da graduação em enfermagem para o cuidado, não há disciplina ou método que ofereça suporte necessário para lidar com o paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, ficando a ética do cuidar as margens especialmente do setor de alta complexidade.

A partir dos dados coletados podemos observar que enfermeiros detêm muitas angústias durante o processo decisório diante do fim de vida que poderiam ser minimizadas se, durante a graduação, e ao longo de sua prática, fossem proporcionadas mesas de discussão ou disciplinas relacionadas a morte e ao morrer. Alguns enfermeiros relataram não compreender como fazer algo que não seja compatível como a manutenção da vida já que foram preparados para “manter a vida” em quaisquer circunstâncias. O entendimento sobre o processo que leva o paciente ao fim de vida deve ser melhor estudado e compreendido para que não haja interpretação dúbia sobre distanásia ou sua implementação em casos já conhecidos como “obstinação terapêutica”.

Dessa forma, muitas questões ainda estão presentes como “até quando prosseguir?” Decisão apenas médica? Familiares muitas vezes não têm voz ativa por que? E a vontade do paciente que muitas vezes não é considerada mesmo quando lúcido e orientado? Essas e outras questões certamente vão proporcionar estudos aprofundados sobre o tema.

À vista disso, recomendamos que seja oferecido aos discentes ainda na graduação a oportunidade de discussão sobre tomada de decisão do enfermeiro, aspectos éticos e bioéticos de decisões em fim de vida, mesas redondas sobre as vertentes bioéticas do principlalismo de Beachamp e Childress, utilitarismo e da ética do cuidar, bem como estudos de casos que possam proporcionar maior debate e conseqüente reflexão sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ALBERS, G. et al. Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: a national survey study. **Patient. Educ. Couns.**, v. 94, n.1, p. 4-9, jan. 2014.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Disponível em: <<http://www.amib.org.br>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

BAKALIS, N. A. et al. **The attitude of Greek student nurses toward euthanasia.** Journal of Nursing Education and Practice, v. 4, n. 1, 2014.

BALIZA, M. F. et al. **Factors influencing Intensive Care Units nurses in end-of-life decisions.** Revista Escola de Enfermagem, USP. São Paulo, v. 49, n. 4, p. 0572-0579, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400572&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2016.

BARCIFILO, C. P. **Bioética e início da vida: alguns desafios**. São Paulo: Idéias e Letras: Centro Universitário São Camilo, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo; Editora Loyola, 2002.

BECA, J. P. et al. Analysis of a clinical ethics consultation experience in intensive care. **Rev Med Chil**.Jul;138(7):815-20. Spanish. 2010.

BENTHAM, J. **Uma introdução aos princípios da moral e da legislação**. São Paulo, Abril Cultural. 1979.

BLOOMER, M. J. et al. End of life management of adult patients in an Australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study. **Aust. Crit. Care**. n.1, p. 13-9, fev. 2010.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1999, p.33.

BONFIM, J. R. **Estudo Tuskegee e a falsa pesquisa de Hwang: nas agendas da mídia e do público**. Unesco. 2010. Disponível em: <http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_1/Ribeiro.pdf> Acesso em: 18 jul. 2015.

BRASIL. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.amib.com.br/portaria3432.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

BRASIL. Resolução nº 01/88 do Conselho Nacional da Saúde/MS sobre Normas de pesquisa em saúde. Diário Oficial da União, 14 de junho de 1988.

BRASIL. Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, 13 de junho de 2013.

CAMPBELL, A. **Uma visão internacional da Bioética.** In: GARRAFA, Volnei; COSTA; Ibiapina F. A. *Bioética no Século XXI*. Brasília: Editora da UNB, 2000, p. 33.

CAMPBELL, M. L. et al. Experience with an end-of-life practice at a university hospital. **Critical Care Medicine Issue**, vol. 25, n. 1, p. 197-202, jan. 1997.

CARVALHO, E. E. et al. O saber cuidar do ser humano: uma abordagem para o cuidado de enfermagem na perspectiva de Leonardo Boff. **Rev. Enfermagem UFPE**, 2013, p. 990-994.

CENTRO DE BIOÉTICA-CREMESP. **Diretrizes e Declarações: Código de Nuremberg.** Disponível em: <<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=2>> Acesso em: 18 jul. 2015.

CHILDRESS, J. **A Principle-based Approach.** In: *A Companion to Bioethics* (H. Kuhse & P. Singer, eds.), Oxford: Blackwell Publishers Ltd. p. 67-76, 1998.

COUNCIL FOR INTERNACIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES da OMS. Diretrizes éticas internacionais para a pesquisa envolvendo seres humanos. Genebra, 1993. **Revista Bioética.** v. 3, n. 2, p. 95-131, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2009). **Código de Ética Médica. RESOLUÇÃO CFM N°1931/2009**". Publicada no D. O. U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Retificação publicada no D. O. U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p. 173, Brasil.

CHAVES, A. A.; MASSAROLLO, M. C. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. v. 43, n. 1, p. 30-36, 2009.

COBANOĞLU, A. L. A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. **Nurs Ethics.** v. 11, n. 5, p. 444-458, set. 2011.

DECLARAÇÃO SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. Disponível em: <<http://www.bioetica.org.br>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DeCS). Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 10 abr. 2016.

DIAS, M. C. O direito e a ética em Bentham e Kant: uma comparação Trans/Form/Ação. **Marília**, v. 38, n. 1, p. 147-166, Jan-Abr, 2015.

DICKENSON, D. L. Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in the US and UK towards decisions at the end of life. **J Med Ethics**. v. 26, n. 4, p. 254-260, ago. 2000.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é Bioética?** São Paulo: Brasiliense, 2006.

ENGELHARDT, J. R. **Fundamentos da Bioética**, 2a ed. São Paulo, Edições Loyola, 1998; p. 289-446.

ENGELHARDT, J. R. **Fundamentos da Bioética**. Traduzido por José A. Ceschin. São Paulo: Loyola, 2008.

FELIX, Z. C. et al. O cuidar de enfermagem na terminalidade: observância dos princípios da bioética. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 35, n. 3, p. 97-102, set. 2014.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital**. In: Microfísica do Poder. Organização, introdução e Revisão Técnica de Roberto Machado, 28ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2010, p. 99.

FERRAND, E. et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. **Am J Respir Crit Care Med**. 2003.

FRANÇA, G. Eutanásia: Um Enfoque Ético-político. **Revista Bioética**, Brasília, vol. 7, n. 1, nov. 2009.

FRANKENA, W. K. **Ética**. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1981.

GARRAFA, V. Da Bioética de princípios a uma Bioética interventiva. **Revista Bioética**, vol. 13, n. 1, set. 2009.

GILLIGAN, C. **In a different voice: psychological theory and women's development**. Massachusetts: Harvard University Press; 1993.

GRABOIS, V. Gestão do Cuidado. **Revista Fiocruz**. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf> Acesso em: 19 ago. 2015.

GUERRA FILHO, F. J. **Eutanásia: Direito à “boa” morte e despenalização da piedade médico homicida consentida**. DireitoNet, 2005. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2342/Eutanasia-Direito-a-boa-morte-e-despenizacao-dapiedade-medico-homicida-consentida>> Acesso em: 18 jul 2015.

HADDERS, H. Enacting death in the intensive care unit: medical technology and the multiple ontologies of death. **Health** (London). v. 13, n. 6, p. 571-587, nov. 2009.

HARE, R. M. **A Utilitarian Approach**. In: *A Companion to Bioethics* (H. Kuhse & P. Singer, eds.), Oxford: Blackwell Publishers Ltd. p. 85-90, 1998.

HIDE, A. V. et al. End-of-life practices in the netherlands under the euthanasia act. **N Engl J Med.**, n. 356, p. 1957-1965, 2007.

HEIDEGGER, M. A questão da técnica. **Sci. stud.**, São Paulo , v. 5, n. 3, p. 375-398, Set.2007.Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167831662007000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Ago. 2015.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Parte I. Tradução Márcia de Sá Cavalcante. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

JOHNSON, A. L. Towards a modified cardiopulmonary resuscitation policy. **Can J Cardiol**. v. 2, p. 203-208, fev. 1998.

KARANIKOLA, M. N. et al. Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. **J Nurs Manag**. v. 4, p. 472-484, mai. 2014.

KRANIDIOTIS, G. et al. Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. **Heart Lung**. v. 3, p. 260-263, mai. 2015.

KIPPER, D. J. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. **Bioética**. v. 7, p. 59-70, 1997.

KOTTOW, M. **Introducción a la Bioética**. Santiago: Mediterráneo, 2005.

KUHSE, H.; SINGER, P. **A companion to Bioethics**. Wiley-Blackwell. 2ª Ed, 2010.

LANGLEY, G. et al. Moral distress experienced by intensive care nurses. **S Afr J Crit Care**. v. 31, n. 2, p. 36-41, 2015.

LUCE, J. M. End-of-life decision making in the intensive care unit. **Am Journal Respir. Crit Care Med.**, n. 182, p. 6-11, 2010.

MANNING, R. C. **A Care Approach**. In: *A Companion to Bioethics* (KUHSE, H. & SINGER, P. eds.), Oxford: Blackwell Publishers Ltd. p. 105-116, 1998.

MEDICAL SUBJECT HEADINGS. Disponível em <<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>> Acesso em: 10 abr. 2016.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992

MORI, M. Bioética: sua natureza e história. **Humanidades**. n. 9, p. 332-341, 1994.

MORIN, E. **O homem e a morte**. Portugal: Publicações Europa-América, 1976.

MORREIN, E. H. Philosophy lessons from the clinical setting: seven sayings that used to annoy me. **Theoretical Medicine**. n. 7, p. 47-63, jan. 1986.

MOSENTHAL, A. C. et al. Changing the culture around end-of-life care in the trauma intensive care unit. **J Trauma**. v. 64, n. 6, p. 1587-1593, jun. 2008.

NODDINGS, N. **Caring: a feminine approach to ethics and moral education**. Berkeley: University of California Press; 1984.

NUREMBERG (1947).The Nuremberg Code. In: **Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law**. No. 10, vol. 2, pp. 181-182. Washington, DC. : U. S. Government Printing Office, 1949; 10 (2): 181-182. Disponível em: <<http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/nuremberg.html>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

NETO, O. C. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: MINAYO, M.C.S. DESLANDES, S.F.; NETO, O.C. GOMES, R (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29^a. ed. Vozes, 2010.

OLIVEIRA, A.A. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. **Bioética**. v. 15, n. 2, p. 170-185, 2007.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://www.un.org>> Acesso em: 20 mar. 2016.

PÁEZ, G. Decisiones sobre el soporte vital: aspectos éticos objetivos y subjetivos. **Pers.Bioét**. v. 19, n. 1, p. 36-47, 2015.

PAGANINI, M. C; BOUSSO, R. S. Nurses' autonomy in end-of-life situations in intensive care units. **Nurs Ethics**. v. 22, n. 7, p. 803-814, 2015.

PARANHOS, G. K.; REGO, S. Limitação do suporte de vida pediátrico: argumentações éticas. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 22, n. 3, p. 519-528, 2014.

PARPA, E. et al. Euthanasia and physician-assisted suicide in cases of terminal cancer: the opinions of physicians and nurses in Greece. **Medicine, Science and Law**. v. 48, n. 4, p. 333-341, 2008.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Loyola; 2007.

PINTO, S. et al. A Incapacidade Física. **Nursing**. Lisboa. p. 34-39, mar. 2004.

POTTER, V. R. **Bioethics, a bridge to the future**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.

RACHEL, J. Active and Passive Euthanasia. **The New England Journal of Medicine**. n. 292, p 78-80, jan. 1975.

RDC Nº 7 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução ANVISA – Regulamenta as Unidades de Terapia Intensiva. Norma do MS de 24 de fevereiro de 2010 publicada no DOU: 25. 02. 2010. Brasil.

REGO, S. et al. **Bioética para profissionais de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. v. 1. p.110.

SANTOS, M. F. G; BASSITT, D. P. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. **Rev. bras. ter. intensiva**. São Paulo , v. 23, n. 4, p. 448-454, dez. 2011.

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. Disponível em: <<http://www.sccm.org/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 28 de mar. 2016.

SCHRAMM, F. R. et al. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciênc. saúde coletiva**. vol.94, n. 2, abr, 2008.

SOCIEDADE INTERNACIONAL de BIOÉTICA. **Carta de Princípios 1997**. Disponível em: <<http://www.sibi.org>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SILVA, C.; SCHRAMM, F. R. Bioética da obstinação terapêutica no emprego da hemodiálise em pacientes portadores de câncer do colo do útero invasor, em fase de insuficiência renal crônica agudizada. **Rev. Bras. de Cancerologia**. v. 53, n. 1, p. 17-27, 2007.

SILVA, F. S. et al. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 148-154, jun. 2009.

SILVA, J. L. L. **O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde.** n. 2, p. 03-05, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/o%20process.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

SILVA, K. et al. Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 697-703, dez. 2012.

SINGER, P. **Vida ética: os melhores ensaios do mais polêmico filósofo da atualidade.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2002. p. 54

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Bioética: O que é isto? **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v. 10, n. 5, p. 431-439, set., 2012.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. **Cad. Saúde Pública.** v. 21, n. 1, jan. 2005.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM F. R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 9, n. 1, p. 31-41, 2004.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. **Rev Ciência & Saúde Coletiva.** v. 13, n. 1, p. 95-102, 2008.

SIQUEIRA-BATISTA, R. **A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das Unidades de Terapia Intensiva contemporâneas.** In: *Bioética, riscos e proteção.* Org. Fermin Roland Schramm *et al.* Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; Ed. Fiocruz, 2005.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. O Sétimo Selo de Bergman e estrangeiro de Camus: os matizes da Finitude. Existência e Arte. **Rev Eletrônica do Grupo PET – Ciências Humanas, Estéticas e Artes da Universidade Federal de São João Del-Rei.** v. 5, n. 5, p.1-9, 2010.

SLOTE, M. **The Ethics of Care and Empathy.** Routledge, 2007.

SOUZA, J. E. A ética das virtudes e a proposta ética do cuidado de Michael Slote. **Revista de Filosofia.** Argumentos, Ano 1, n. 2, 2009.

TANCREDI, F.B. et al. **Planejamento em saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.

THE BELMONT REPORT: **Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research**. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.. v. 18, abr. 1979.

TOFFOLETTO, M. C. et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 307-312, set. 2005.

TORRES, A. F. **Bioética: O princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido**. Jornal do CRM-PB Nº 72, abr./jun. 2007.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, 2005**. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

ZOBOLI, E.L. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2003.

WILLIAMS, M. A.; HAYWOOD, C. Critical care research on patients with advance directives or do-not-resuscitate status: ethical challenges for clinician-investigators. **Crit Care Med**. v.3, p. 167-171, mar. 2003.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **The Rights of The Patient**. Adopted by the 34th World Medical Assembly Lisbon, Portugal, set./out.. 1981.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Declaration of Helsinki**. Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964.

YOUNG, G. B. Ethics in the intensive care unit with emphasis on medical futility in comatose survivors of cardiac arrest. **J Clin Neurophysiol**. v. 17, n. 5, p-453-456, set.

APÊNDICES**APÊNDICE A****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado: “*Percepções, reflexões e critérios éticos da equipe de saúde de um Centro de Tratamento Intensivo sobre o óbito dos pacientes*”. O objetivo central é analisar os argumentos morais e refletir sobre os critérios éticos utilizados pelos profissionais intensivistas na condução de pacientes nos momentos que antecedem a morte no Centro de Tratamento Intensivo de um Hospital Universitário do RJ em um período de 4 meses. A relevância desse tipo de estudo é estimular a discussão e aprimorar os argumentos para tomada de decisão em situações limite. Os resultados dessa pesquisa poderão servir de material para ampliação

da reflexão sobre os melhores cursos de ação em situações de morte em CTI e assim beneficiar os intensivistas e a população de uma maneira geral.

A pesquisa está sendo conduzida pela equipe do Laboratório de Bioética Clínica da Área de Bioética do IESC, sob a coordenação do Prof Alexandre da Silva Costa. A coleta de dados se dará através de entrevistas com todos os intensivistas do hospital. É uma entrevista semi-estruturada, com perguntas objetivas de respostas curtas e perguntas para serem respondidas livremente. Responder às perguntas pode causar um ligeiro mal-estar por se tratar de questões relativas à morte e ao morrer. Nenhum entrevistado será identificado. Vamos tomar as medidas necessárias para que nenhum material de pesquisa possa ser acessado por estranhos à equipe.

Os resultados da pesquisa serão divulgados primeiramente para os participantes da pesquisa em uma reunião marcada para este fim específico. Serão também divulgados em revistas científicas e congressos da área de Bioética.

Gostaríamos de ter sua concordância sobre a gravação da entrevista para facilitar nosso trabalho. A entrevista será transcrita e logo em seguida a gravação será destruída para garantir maior chance de você não ser identificado. O material transcrito não terá identificação. Também o nome do hospital não será revelado em material de pesquisa e de divulgação de resultados.

Sua participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária e você é livre para sair a qualquer momento. Se houver alguma pergunta que não queira responder, também pode ficar à vontade para fazê-lo. Você tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento. Fazendo isso, todo material que inclua sua entrevista será destruído. Em caso de dano decorrente da pesquisa, o pesquisador e sua instituição são responsáveis pela indenização que for devida. Se houver algum gasto decorrente da pesquisa haverá ressarcimento.

Qualquer coisa que você queira saber sobre a pesquisa, por favor não hesite em nos contatar pelo email alexandrecoitaleal@hotmail.com (Prof Alexandre Costa).

O Comitê de Ética em Pesquisa do IESC avaliou e aprovou este projeto quanto aos aspectos éticos. No entanto, isso não significa que a condução da pesquisa não necessite de sua participação também nesses aspectos. Qualquer coisa que lhe pareça incorreto no decorrer da pesquisa, por favor entre em contato com o Comitê pelo email cep.iesc@gmail.com.

Você receberá uma cópia deste consentimento.

Alexandre da Silva Costa

Nome do participante: _____

ASS: _____

Rio, ___/___/20__

Entrevistador : _____

Contato com o pesquisador responsável: Alexandre da Silva Costa – Universidade Federal do Rio de Janeiro – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – Praça Jorge Machado Moreira, 100. Cidade Universitária, Cep:21.941-598 Tel:(21)3938-93319271.Fax:(21)3938-9273E-mail: direcao@iesc.ufrj.br Site: <http://www.iesc.ufrj.br>

CEP responsável: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. – Praça Jorge Machado Moreira, 100. Cidade Universitária, Cep:21.941-598 Tel:(21)3938-9331 ou 3938-9271

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I) DADOS DEMOGRÁFICOS E DE TRABALHO:

a) Idade: _____

b) Formação com especialidade e ano:

| | Área/especialidade | Ano |
|--|--------------------|-----|
| | | |

| | | |
|-----------------|--|--|
| graduação | | |
| especialização: | | |
| mestrado: | | |
| Doutorado: | | |

Outros: _____

c) Tempo de atuação em anos em Centro de Terapia Intensiva:

No total: _____ Nesta instituição: _____

d) Função: médico() enfermeiro ()

residente? Sim () Não ()

rotina() plantonista ()

e) Você escolheu a terapia intensiva como área de atuação?

Sim () Não ()

Por quê?

II) SOBRE RESPONSABILIDADE NA TOMADA DE DECISÃO DO FIM DA VIDA

a) Em seu entendimento, quem deve participar de tomadas de decisão em relação ao fim de vida de um paciente? Por quê?

As perguntas que vou fazer agora referem-se ao trabalho neste CTI

b) Quem é (são) o(s) responsável(eis) pela tomada de decisão sobre:

- Não-ressuscitação pós parada cardiorrespiratória?

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Médico(a) | | | | | |
| Enfermeiro(a) | | | | | |

- Interrupção de manobras de ressuscitação?

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Médico(a) | | | | | |
| Enfermeiro(a) | | | | | |

- Restrição de medidas de suporte de vida?

[Medidas de suporte de vida: entubação traqueal, ventilação mecânica, hemodiálise, introduzir ou não aumentar aminas vasoativas (Dopamina, Noradrenalina, Vasopressina, Adrenalina, Dobutamina), infusão de volume (soro fisiológico ou ringer lactato) para aumentar pressão arterial. Antibioticoterapia, diálise peritoneal, nutrição parenteral]

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Médico(a) | | | | | |
| Enfermeiro(a) | | | | | |

- Remoção de medidas de suporte de vida?

| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|--|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| | | | | | |

| | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|
| Médico(a) | | | | | |
| Enfermeiro(a) | | | | | |

- Morte cerebral?

[Morte cerebral: quando comprovado por exame clínico-neurológico e/ou por exames complementares como eletroencefalograma, doppler transcraniano, arteriografia cerebral, a ausência de qualquer atividade cerebral. Em se confirmando tal diagnóstico, é do ponto de vista médico e legal, confirmado o óbito. O paciente não poderá estar em uso de medicações depressoras do SNC, como barbitúricos, opióides, benzodiazepínicos.]

c) Entre essas formas de morrer qual a mais frequente? Em que ordem elas ocorrem?[do mais frequente par ao menos frequente]

d) Há conflitos quanto à tomada de decisão entre os integrantes da equipe de saúde e entre equipe e paciente e familiares em relação a (descreva):

- Não-ressuscitação pós parada cardiorrespiratória?

-
- Interrupção de manobras de ressuscitação?

-
- Remoção de medidas de suporte de vida?

-
- Restrição de medidas de suporte de vida?

-
- Morte cerebral
-

O que deveria ser feito para evitar os conflitos? Por quê?

d) Considerando a tomada de decisão em cada uma das situações descritas, como você avalia o quanto as opiniões dos seguintes envolvidos devem ser levadas em conta, distribuindo a pontuação de maneira que o total seja respeitado.

| PROCECIMENTOS | FAMÍLIA | EQUIPE | PACIENTE (FAMÍLIA) | MÉDICO | ENFERMEIRO | TOTAL |
|--|---------|--------|--------------------|--------|------------|-------|
| Não-ressuscitação pós parada cardiorrespiratória | | | | | | 12 |
| Interrupção de manobras de ressuscitação | | | | | | 12 |
| Remoção de medidas de suporte de vida ou sua restrição | | | | | | 12 |
| Morte cerebral | | | | | | 12 |

III) SOBRE A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA:

a) Que papel você acha que tem a família no CTI? É diferente de outros ambientes hospitalares ou da assistência à saúde? Como você acha que deve se dar a comunicação com ela?

b) A família é comunicada de que houve:

- Interrupção de manobras de ressuscitação?

| | | | | |
|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
| | | | | |

- Ordem para não ressuscitar?

| | | | | |
|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
| | | | | |

- Remoção de medidas de suporte de vida ou sua restrição?

| | | | | |
|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
| | | | | |

- Morte cerebral?

| | | | | |
|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
| | | | | |

c) A família é comunicada sobre os motivos para Interrupção de manobras de ressuscitação?

() Sim, quem comunica? _____

() Não. Porque? _____

d).A família é comunicada sobre os motivos para Ordem para não ressuscitar?

() Sim, quem comunica? _____

() Não. Porque? _____

e) A família é comunicada sobre os motivos para remoção de medidas de suporte de vida ou sua restrição?

() Sim, quem comunica? _____

() Não. Porque? _____

g) Há diferença entre dias da semana e horário? Descreva.

IV) SOBRE A COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE:

a) Que papel você acha que tem a vontade do paciente no CTI? É diferente de outros ambientes hospitalares e da assistência à saúde em geral?

b) Como você acha que deve se dar a comunicação com o paciente? Justifique sua resposta.

c) Em algum momento, se procura conhecer a vontade do paciente acerca dos modos de morrer/viver?

Quem? _____

Quando? _____

Como? _____

d) Foi perguntado à família sobre a vontade do paciente?

e) Você acha que poderia ser diferente? Como?

*V)[PARA ENFERMEIRO E MÉDICO] SOBRE O EMBASAMENTO PARA A TOMADA DE
DECISÃO MÉDICA EM RELAÇÃO AOS MODOS DE MORRER*

a) Você considera que o médico investe tudo o que está ao seu alcance para manter a vida em quaisquer circunstâncias?

Sim ()

Não () **Em que circunstâncias ele limita o esforço terapêutico?**

b) O que leva um médico à interrupção de manobras de ressuscitação?

c) O que leva um médico a não iniciar manobras de ressuscitação?

d) O que leva um médico a remover medidas de suporte de vida?

d) O que leva um médico a não iniciar medidas de suporte de vida?

e) Constatada a morte cerebral, medidas de suporte de vida devem ser imediatamente descontinuadas?

Sim () Não ()

Por quê?

***VI) SOBRE O EMBASAMENTO PARA A TOMADA DE DECISÃO POR PARTE DO ENFERMEIRO
EM RELAÇÃO AOS MODOS DE MORRER***

a) Você considera que o enfermeiro investe tudo o que está ao seu alcance para manter a vida em quaisquer circunstâncias?

Sim ()

Não () **Em que circunstâncias ele limita o esforço terapêutico?**

b) O que leva um enfermeiro à interrupção de manobras de ressuscitação?

c) O que leva um enfermeiro a não iniciar manobras de ressuscitação?

d) O que leva um enfermeiro a remover medidas de suporte de vida?

d) O que leva um enfermeiro a não iniciar medidas de suporte de vida?

e) Constatada a morte cerebral, medidas de suporte de vida devem ser imediatamente descontinuadas? Por quê?

**FLUXOGRAMA
QUADRO DE AVALIAÇÃO DOS ARTIGOS**

**Portal CAPES
Bases selecionadas:
PUBMED, LILACS e SCIELO**



**Busca por assunto de descritores no título:
"Tomada de decisões", "Enfermagem", "Terapia Intensiva" e
"Bioética"
Total: 33 ocorrências**

