



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



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

LIVIA DA MATA VARGAS SILVA

**INCERTEZAS NO CUIDADO INTENSIVO DE PACIENTES EM TERMINALIDADE
DE VIDA: reflexão sobre os conflitos bioéticos à luz da Ética do Cuidado**

Rio de Janeiro

2024

LIVIA DA MATA VARGAS SILVA

**INCERTEZAS NO CUIDADO INTENSIVO DE PACIENTES EM TERMINALIDADE
DE VIDA: reflexão sobre os conflitos bioéticos à luz da Ética do Cuidado**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de instituições de ensino superior associadas, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Bioética orientada pelo Professor Doutor Rafael Esteves Frutuoso.

Rio de Janeiro

2024

S586 Silva, Livia da Mata Vargas.

Incertezas no cuidado intensivo de pacientes em terminalidade de vida: reflexão sobre os conflitos bioéticos à luz da Ética do Cuidado / Livia da Mata Vargas Silva. – Rio de Janeiro, 2024.
140 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Rafael Esteves Frutuoso.

Dissertação (Mestrado) - UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2024.

Referências: f. 131-140.

1. Doente terminal. 2. Unidade de terapia intensiva. 3. Relações médico-paciente. 4. Assistência terminal. 5. Bioética. I. Frutuoso, Rafael Esteves. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Título.

CDD 171.7

FOLHA DE APROVAÇÃO

LIVIA DA MATA VARGAS SILVA

INCERTEZAS NO CUIDADO INTENSIVO DE PACIENTES EM TERMINALIDADE
DE VIDA: reflexão sobre os conflitos bioéticos à luz da Ética do Cuidado

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 Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em: 08 de julho de 2024.

Prof. Dr. Rafael Esteves Frutuoso (Orientador)
PPGBIOS - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a. Cristiane Maria Amorim Costa
PPGBIOS - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a. Dr.^a. Suely Oliveira Marinho
HUCFF - Universidade Federal do Rio de Janeiro
Universidade de Vassouras

Dedico este estudo aos profissionais, pacientes e familiares da UTI do HAC que me fizeram refletir sobre a importância do cuidado na terminalidade de vida.

AGRADECIMENTOS

O período do Mestrado foi marcado por muito estudo, dedicação, abdicção, aprendizado e muita fé. Expresso meu agradecimento a todos (as) que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a concretização dessa conquista. E em especial...

A minha família que sonha os meus sonhos: meu marido Carlos Alexandre, minha filha Maria Fernanda, minha mãe Ana Cristina e minha irmã Lorena;

Ao Prof. Dr. Rafael Esteves Frutuoso por acreditar na potencialidade deste estudo e aceitar no PPGBIOS;

Aos docentes do PPGBIOS pela enorme contribuição acadêmica, em especial ao Prof. Dr. Alexandre da Silva Costa pelas contribuições e participação na Banca de Qualificação e a Prof.^a Dr.^a Cristiane Maria Amorim Costa pelas contribuições, pelo acolhimento e participação nas Bancas de Qualificação e Defesa;

A Prof.^a Dr.^a Suely Oliveira Marinho por aceitar gentilmente a participação na Banca de Defesa e trazer contribuições valiosas para essa dissertação;

Ao bibliotecário da UFRJ, Dr Roberto Unger, pela disponibilidade em auxiliar o início da caminhada da revisão integrativa;

Ao companheiro de jornada acadêmica Ivan Felipe Fernandes pela amizade, atendimento de diversas ligações, partilha de reflexões e incentivo a prosseguirmos essa caminhada no Doutorado, possibilitando que essa jornada embora árdua, não fosse solitária;

Às companheiras do PPGBIOS que me apoiaram e incentivaram, dividindo alegrias e os nervosos do dia a dia: Aline Cruz, Carmen Vasconcelos, Fernanda Canaan e Isabel Arello;

Aos companheiros do PPGBIOS que fizeram do compartilhamento da Representação Discente um ciclo de amizade: Jéssica Castro e João Ignacio;

Meus primos amados que me acolheram por diversas vezes em seu lar, refletimos sobre nossas aventuras acadêmicas: Luiz Cláudio Vargas e Scheila Vargas.

Meus amigos de longa data que me encorajaram a enfrentar o processo do mestrado: Marcelle Escamília, Isadora Duarte e Leonardo Menezes; e minha amiga que foi a maior incentivadora de eu me tornar mestre: Camilla Assumpção.

“Portanto, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele seja a glória por toda eternidade” (Romanos 11:36)

*Da geração da vida à sua manutenção e
finitude é preciso o cuidado.*

Denise Pires

RESUMO

SILVA, Livia da Mata Vargas. **Incertezas no cuidado intensivo de pacientes em terminalidade de vida**: reflexão sobre os conflitos bioéticos à luz da Ética do Cuidado. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS, Rio de Janeiro, 2024.

O avanço tecnológico na Unidade de Terapia Intensiva possibilitou o prolongamento artificial da vida, florescendo a discussão bioética sobre a vida e o processo de morrer. Tomadas de decisões se tornam cada vez mais difíceis e os pacientes passam a exigir cada vez mais da equipe médica uma relação que envolva acolhimento e confiança no contexto da terminalidade de vida. O objetivo dessa dissertação é analisar os conflitos bioéticos no cuidado de pacientes em terminalidade de vida internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A), utilizando-se das contribuições da ética do cuidado. Utilizamos como recurso metodológico a pesquisa bibliográfica de forma a realizar o levantamento da produção científica para aprofundar o tema da pesquisa e a revisão integrativa que possibilitou a análise de 8 artigos através de 5 categorias de análise: Práticas de fim de vida em UTI-A, Tomada de decisões éticas, Formação e Atuação médica em UTI, Questões bioéticas na intervenção profissional e Normas ético-jurídicas na tomada de decisões. A investigação concluiu que a dimensão do cuidado ainda é pouco valorizado no modelo biomédico das UTIs-A, no qual médicos ainda encontram dificuldade em aceitar que cuidar e curar são conceitos distintos. Do ponto de vista bioético, constatamos que o principal desafio da medicina intensiva na atualidade é garantir um suporte de vida ao paciente que seja consistente com as suas reais necessidades, evitando obstinação terapêutica no atendimento às demandas de cuidado de fim de vida. No entanto, ao tratar de pacientes que muitas vezes não exercem o papel de agente moral, utilizar apenas de princípios bioéticos, embora importantes, não modificam o agir médico nas UTI-A. Confirmamos, assim, a importância de fundamentar a prática clínica sob a luz da Ética do Cuidado e vislumbramos a aproximação com a Perspectiva dos Funcionamentos (PdF) de Dias como possibilidade de ampliação da reflexão.

Palavras-chave: conflitos bioéticos; unidade de terapia intensiva; paciente terminal; relação médico-paciente; cuidado.

ABSTRACT

SILVA, Livia da Mata Vargas. **Incertezas no cuidado intensivo de pacientes em terminalidade de vida**: reflexão sobre os conflitos bioéticos à luz da Ética do Cuidado. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS, Rio de Janeiro, 2024.

The technological advance in the Intensive Care Unit enabled the artificial prolongation of life, flourishing the bioethical discussion about life and the process of dying. Decision-making becomes increasingly difficult and patients are increasingly demanding from the medical team a relationship that involves acceptance and trust in the context of end of life. The objective of this dissertation is to analyze the bioethical conflicts in the care of patients in terminality of life hospitalized in Adult Intensive Care Unit (ICU-A), using the contributions of the ethics of care. We use as a methodological resource the bibliographical research in order to conduct the survey of scientific production to deepen the theme of research and integrative review that enabled the analysis of 8 articles through 5 categories of analysis: End-of-life practices in ICU-A, Ethical decision making, Training and Medical Performance in ICU, Bioethical issues in professional intervention and Ethical-legal norms in decision making. The research concluded that the dimension of care is still undervalued in the biomedical model of ICUs-A, in which physicians still find it difficult to accept that caring and healing are distinct concepts. From the bioethical point of view, we found that the main challenge of intensive care today is to ensure life support to the patient that is consistent with their real needs, avoiding therapeutic obstinacy in meeting the demands of end-of-life care. However, when treating patients who often do not play the role of moral agent, use only bioethical principles, although important, do not change the medical action in the ICU-A. We confirm, thus, the importance of basing clinical practice in the light of Ethics of Care and glimpse the approach to the Perspective of Functioning (pdf) of Dias as a possibility of broadening reflection.

Keywords: bioethical issues; intensive care unit; terminally ill; physician-patient relations; care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma, segundo Prisma, para selecionar os estudos encontrados..67

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Artigos por tipo de estudo	89
Gráfico 2 - Artigos por idioma	90
Gráfico 3 - Artigos por população envolvida	91
Gráfico 4 - Artigos por base ou plataforma de dados.....	91
Gráfico 5 - Artigos por países de realização do estudo	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descritores em saúde utilizados no estudo	60
Quadro 2 - Artigos incluídos na revisão integrativa.....	68
Quadro 3 - Codificação indutiva dos tema	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estratégia de busca.....	62
Tabela 2 - Síntese dos temas das URs por unidades de significação na análise de conteúdo	96
Tabela 3 - Síntese da categorização da análise de conteúdo.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCB	Código Civil Brasileiro
CEM	Código de Ética Médica
CFB	Constituição Federativa do Brasil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPB	Código Penal Brasileiro
DAV	Diretivas Antecipada de Vida
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EOL	End-Of-Life (traduzindo: Fim de vida)
FDV	Final de vida
FIOCRUZ	Fundação Nacional Oswaldo Cruz
HAC	Hospital Amaral Carvalho
LET	Limitação do Esforço Terapêutico
LSV	Limitação de Suporte de Vida
PBL	Problem Based Learning
PSF	Programa Saúde da Família
SARS-COV-2	Vírus da família coronavírus (Covid-19)
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI-A	Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 METODOLOGIA	22
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
4.1 CUIDADO: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DE LEONARDO BOFF	24
4.2 CUIDADO E SAÚDE COLETIVA: INTERFACE FRENTE À TERMINALIDADE DE VIDA EM UTI-A	28
4.3 BIOÉTICA: UMA ÉTICA APLICADA NO CUIDADO EM SAÚDE	35
4.4 ÉTICA DO CUIDADO: PERSPECTIVAS DE CAROL GILLIGAN	40
5 A RELAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO CENTRO DO CUIDADO: REFLEXÃO SOBRE A DINÂMICA RELACIONAL ÉTICA ENTRE MÉDICO-PACIENTE NO CONTEXTO DA TERMINALIDADE DA VIDA EM UTI-A	47
6 A VIDA E O PROCESSO DE MORRER: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE OS CONFLITOS BIOÉTCOS NA TERMINALIDADE DA VIDA EM UTI-A	57
6.1 METODOLOGIA.....	59
6.1.1 Identificação da pergunta estruturada	59
6.1.2 Descritores em saúde	60
6.1.3 Estratégias de buscas.....	61
6.2 SISTEMATIZAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS	66
6.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICO-CATEGORIAL	92
6.4 DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	98
6.4.1 Práticas de fim de vida em UTI-A.....	98
6.4.2 Tomada de decisões éticas	103
6.4.3 Normas ético-jurídicas na tomada de decisões	108
6.4.4 Questões bioéticas na intervenção profissional	114
6.4.5 Formação e atuação médica em UTI-A.....	119
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS	131

1 INTRODUÇÃO

Os caminhos que me fizeram chegar até o objeto central desta dissertação são resultantes da minha trajetória acadêmica e profissional. Formada há 15 anos em Serviço Social, sempre brinco que não escolhi me aventurar na área da saúde. Fui escolhida por ela. Pautei toda a minha trajetória acadêmica em busca de me capacitar e aperfeiçoar para uma atuação ética e assertiva através de especializações na área.

A atuação em unidades hospitalares de emergência e oncologia possibilitou reflexões quanto à práxis profissional e a necessidade de contribuir com melhorias nos processos de trabalho e na tomada de decisões. Trabalhar em unidade de Terapia Intensiva me fez vivenciar a linha tênue entre a incessante busca pela vida e a aceitação do processo de morrer frente a um ambiente com alto desenvolvimento tecnológico capaz de prolongar vidas.

Vidas essas que precisam ser vistas em sua totalidade. Vidas essas que possuem seus valores e ideais de morte digna. Quando e por quanto tempo investir toda a tecnologia possível? Quem e o que determina a terminalidade da vida? Inquietações estas que não conseguiam ser sanadas por código de ética de exercício profissional que não respondem a amplitude da situação.

As tomadas de decisões no contexto da terminalidade de vida¹ tem se tornado cada vez mais difíceis tanto para a equipe assistencial, como para pacientes e familiares que por muitas vezes se debruçam sobre a relação constituída com esses profissionais na confiança pelas melhores decisões. Será que de fato a dinâmica relacional entre o médico e o paciente contribuem ou bastam para a resolução desses conflitos?

Tornou-se, portanto, necessário adentrar em uma área não tão abordada e estudada no serviço social: a bioética. Adentrar no campo da bioética me possibilitou adquirir conceitos e conhecimentos que respaldam a complexidade que envolve essas tomadas de decisões no contexto da terminalidade da vida e a

¹ Neste estudo utilizaremos a conceituação de paciente em terminalidade de vida de Moritz *et al.* (2008, p. 423), como aquele que “independente das medidas terapêuticas adotadas, evoluirá de forma inexorável para a morte”. Nosso foco são os pacientes com previsibilidade e proximidade da morte devido a agravantes da situação clínica, configurando o cuidado de fim de vida.

possibilidade de evitar conflitos éticos, principalmente, no momento do cuidado de fim de vida.

Estudos no campo da medicina intensiva vem demonstrando uma maior incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) devido ao envelhecimento populacional, “trazendo considerável grau de incapacidade e piora na qualidade de vida, além de provocar aumento de demanda aos serviços de saúde” (Szwarcwald; Stopa; Malta, 2022, p. 51), impactando diretamente o perfil de atendimento das UTIs.

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 2.271 (CFM, 2020, n.p.) define a UTI como sendo um ambiente hospitalar

com sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançados para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. Essa assistência é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada.

A Resolução CFM nº 2.271 (CFM, 2020, n.p.) complementa que a UTI-A “devem assistir pacientes graves ou potencialmente graves com idade igual ou superior a 18 anos”, podendo admitir pacientes com mais de 12 anos em caso de indisponibilidade de leitos de UTI pediátrica. Aguiar *et al.* (2022, p. 630) relata que cerca dos 60% dos leitos em UTI-A são ocupados por idosos e que

as decisões acerca dos cuidados desses pacientes na UTI se baseiam em critérios como reversibilidade da causa de deterioração aguda da saúde, expectativa de vida, interação do nível basal de função do paciente, gravidade da doença, estado prévio de saúde e observância ao desejo dos pacientes e familiares para realização de medidas invasivas.

Para Aguiar *et al.* (2022) é necessário atentar-se ao indicador de tempo de permanência na UTI-A visto que a internação no setor deve ser apenas para reversão de quadros agudos que possibilitem a transferência para setores hospitalares de menor complexidade. Destacam, ainda, sobre a importância de evitar intervenções que prolonguem dolorosamente o processo de morrer em pacientes com alto risco de morte e limitação de assistência médica, favorecendo a “redução do tempo de permanência na UTI e dos custos gerais de saúde, sem apressar a morte, proporcionando efetivo gerenciamento da dor e sofrimento dos pacientes e familiares no final da vida” (Aguiar *et al.*, 2022, p. 631).

Em seu surgimento, datado na década de 70, pacientes com agravamentos agudos de sua condição clínica passaram a acessar recursos que possibilitaram a cura nas UTIs. Porém, no decorrer das décadas, houve uma mudança no perfil de pacientes internados neste setor que passou a ser ocupado por pacientes em situação clínica grave, mas com baixa perspectiva de benefício a curto e longo prazo. A quantidade insuficiente de leitos ganhou destaque nas discussões acerca dos critérios de admissão na UTI.

Siqueira (2011, p. 22) aponta que

As nossas unidades de terapia intensiva passaram a receber, também, pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis com intercorrências clínicas as mais diversas, que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos.

E o paciente em terminalidade de vida acaba por configurar-se dentro desse novo perfil de atendimento, sendo compreendidos como aqueles que apresentam os seguintes elementos essenciais:

presença de enfermidade avançada, progressiva e incurável; falta de possibilidades razoáveis de resposta a tratamento específico; diversos problemas ou sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais; grande impacto emocional para o paciente, a família e a equipe terapêutica, relacionado à iminência explícita ou não da morte; e prognóstico de vida inferior a seis meses (Sousa; Lustosa; Carvalho, 2019, p. 520).

Cada vez se torna mais constante, pacientes em terminalidade de vida ocupando leitos de UTI. Pacientes esses que permeiam desafios biomédicos e terapêuticos, que acrescido aos seus aspectos psicológicos, sociais e éticos demandam ainda mais por essa atenção integral e interdisciplinar da equipe assistencial ao serem admitidos em UTI. Cunha *et al.* (2018, p. 2), ao abordar a situação dos pacientes oncológicos, sinaliza que

independente da causa de admissão na UTI, esses pacientes possuem doença oncológica em evolução, o que pode influenciar na tomada de decisão com relação à interrupção de condutas consideradas irrelevantes quando o tratamento oncológico se torna inviável.

E transitar do processo terapêutico curativo para o cuidado de fim de vida dentro da UTI, tornou-se um desafio aos pacientes, familiares e profissionais da equipe assistencial que ainda apresentam enorme dificuldade no estabelecimento de

limites terapêuticos a pacientes que podem não mais se beneficiar de condutas habituais, mas que ainda assim necessitam de cuidados intensivos. Situação essa que acaba enfatizando a linha tênue da efetividade do cuidado² e a futilidade terapêutica³.

Na contemporaneidade, o conceito de morte vem se modificando, assim como as novas exigências para a terminalidade da vida. Compreendemos que a terminalidade da vida está diretamente relacionada à compreensão de boa vida do paciente, tornando-se necessário uma escuta apurada e sensibilizada que possibilite tomadas de decisões prudentes⁴.

Atuar na assistência a pacientes em terminalidade de vida internados em UTI traz a consciência sobre o cuidado de fim vida não fútil em um ambiente caracterizado pela incessante busca pelo salvar vidas. E é nesse contexto que eclode dilemas e conflitos bioéticos vivenciados e enfrentados pelos profissionais da equipe assistencial, assim como a dificuldade da participação de pacientes e familiares na tomada de decisão em relação à conduta do tratamento.

Isso ocorre, principalmente, pelo paternalismo médico que se estende, como posto por Forte (2022), desde 2.400 anos atrás quando surgiu a recomendação de Hipócrates de que era o médico quem comandava e decidia e que cabia ao paciente se submeter e obedecer a seus comandos. Ainda presente na cultura paternalista médica e ratificado pelo CFM, podemos afirmar que o médico segue se apoderando da doença do paciente e assumindo posição hierárquica frente a equipe multidisciplinar.

Tal constatação se apoia na Resolução nº 2.271 (CFM, 2020) que determina que embora as atividades assistenciais prestadas devem ser integradas e discutidas conjuntamente entre os membros da equipe multidisciplinar qualificada, cabe somente ao médico a responsabilidade ética e técnica quanto às decisões de tratamento realizados nos pacientes internados na UTI. Para o CFM, as tomadas de decisões precisam ser de liderança e responsabilidade médica. Essa resolução nos

² “Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente)” (Martins, 2019, p. 33).

³ Conhecida como distanásia ou obstinação terapêutica, a futilidade terapêutica é “considerada como a manutenção de terapia fútil ou inútil, que somente prolongará o morrer e aumentará o sofrimento do doente e de seus familiares (Moritz; Rossini; Deicas, 2012, p. 19).

⁴ Neste estudo, prudência está associada ao conceito trazido por Aristóteles na obra *Ética a Nicômaco* (1987), sendo compreendida como uma virtude que permite tomadas de decisões ponderadas e ações alinhadas com objetivos e valores.

faz perguntar: Em que momento o paciente se apodera da sua doença para tomadas de decisões referente ao seu tratamento?

Adentrar nesse campo da assistência ao paciente em terminalidade de vida possibilita a reflexão sobre a forma como o cuidado é ofertado nas unidades hospitalares, visto que os profissionais em suas ações cotidianas, utilizam ou deveriam utilizar duas dimensões para agir que é a técnica e a ética. Sendo a busca pelo equilíbrio entre essas dimensões do agir, que se encontra a maior dificuldade na tomada de decisões prudentes. Ambas devem caminhar juntas, portanto se refletem no cuidado.

Boff (1999) elucida que é no cuidado que se encontra o ethos fundamental humano. Ou seja, é onde se identificam as atitudes, os valores e os princípios da vida e das ações. O autor afirma, ainda, que

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1999, p. 12, tradução nossa).

Zoboli (2004) ao refletir sobre a origem filosófica do cuidado, ratifica que

a natureza da palavra 'cuidado' inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e a segunda uma preocupação e inquietação advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida. Assim, parece que a filologia da palavra 'cuidado' indica que cuidar é mais que um ato singular; é modo de ser, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros (Zoboli, 2004, p. 22).

E para compreender esse cuidado no campo da saúde se fez necessário buscar ferramentas que direcionam não apenas teórica, mas que possibilitem instrumentalizar a prática profissional. Dessa forma, como resposta às dimensões éticas dos cuidados em saúde, tornou-se essencial analisar a práxis profissional à luz da bioética e da apropriação de suas fundamentações éticas normativas. Para tanto, optamos alicerçar o referencial teórico no campo das virtudes como uma possibilidade de respostas às novas demandas da moralidade do cuidado.

Para fins deste estudo, utilizaremos um dos principais movimentos contemporâneos que se configura como uma ética normativa centrada no caráter moral do agente, que se estrutura como uma crítica à ética do dever e que busca a

valorização das experiências humanas que é: a Ética do Cuidado, que será abordada através da compreensão do contexto social onde os agentes estão inseridos, suas relações e narrativas pessoais que interferem em suas atenções morais.

Essa dissertação tem como objeto central a reflexão sobre os conflitos bioéticos na relação médico-paciente no contexto do cuidado de pacientes em terminalidade de vida internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A). E tem como questão norteadora: Como poderia ser pensada a resolução dos conflitos bioéticos e a reflexão sobre as ações na assistência aos pacientes em terminalidade de vida internados em Unidade de Terapia Intensiva pautados na Ética do Cuidado?

Objetivamos, ao fim da pesquisa, contribuir com respostas às demandas contemporâneas do cuidado em saúde através do aperfeiçoamento das teorias éticas com a proposta de retomar as relações para o centro do cuidado. Dessa forma, o presente estudo justifica-se por propiciar a ampliação das bases de reflexão ética acerca do cuidado ofertado em Unidade de Terapia Intensiva através do enfoque na dinâmica relacional que possibilitem a desconstrução da visão estereotipada do cuidado biologicista em um ambiente tido como estressante e com rotina rígida e inflexível.

O estudo será estruturado em 7 capítulos. O capítulo 1 foi composto pela introdução que apresenta o objeto a ser trabalhado, mostrando a motivação pela sua escolha e as contribuições e relevância do mesmo. O capítulo 2 trouxe os objetivos a serem alcançados na pesquisa. E no capítulo 3 mostramos o percurso metodológico percorrido na dissertação.

O capítulo 4 traz a fundamentação teórica que norteia esse estudo, estabelecendo uma conexão entre o cuidado, a bioética, a terminalidade de vida em Unidade de Terapia e a Ética do Cuidado. Para tanto, trouxemos as contribuições do cuidado de Boff, as reflexões de cuidado de Manning, as perspectivas da Ética do Cuidado de Gilligan, assim como a bioética no cuidado em saúde de Rego; Palácios; Siqueira-Batista, Durand e Schramm.

No capítulo 5 realizamos uma reflexão sobre a dinâmica relacional ética entre médico-paciente no contexto da terminalidade de vida através da perspectiva da relação e da comunicação no centro do cuidado. Esse capítulo contou com as contribuições teórico-conceituais de Vattimo (org) e novamente de Manning.

No capítulo 6 objetivamos a reflexão dos dilemas éticos no processo do morrer em UTI. Realizamos uma revisão integrativa da literatura acadêmica a partir da síntese sistemática e organizada de múltiplos estudos que apontaram os principais conflitos bioéticos vivenciados na relação médico- paciente no cuidado de terminalidade de vida em unidades de terapia intensiva. Durante a análise, utilizamos autores contemporâneos para a complementação teórico-conceitual das categorias.

E por fim, o capítulo 7 trouxe as considerações finais para a conclusão dessa dissertação aproximando os achados ao referencial teórico utilizado na fundamentação: Boff, Manning e Gilligan. Vislumbramos, ainda nesse capítulo, uma aproximação embrionária com a Perspectiva dos Funcionamentos (PdF) de Dias em complementaridade à Ética do cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os conflitos bioéticos vivenciados na relação médico-paciente diante do cuidado aos pacientes em terminalidade de vida⁵ internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A), utilizando-se das contribuições da teoria da ética do cuidado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a dinâmica relacional ética entre médico-paciente no contexto da assistência em terminalidade de vida na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A);
- Identificar os conflitos bioéticos vivenciados pelos agentes morais na tomada de decisão no contexto do cuidado em terminalidade de vida na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A);
- Refletir sobre as contribuições da teoria da ética do cuidado diante dos conflitos bioéticos e na reflexão sobre as ações na assistência ao paciente terminalidade de vida internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A).

⁵ Ratifico que tratam-se de pacientes com doença sem possibilidade de cura e com a previsibilidade e proximidade da morte devido a agravamentos de situação clínica, configurando o cuidado de fim de vida.

3 METODOLOGIA

Inicialmente a proposta deste estudo contemplava uma metodologia de investigação de campo de carácter qualitativo, que previa a observação participante em uma unidade de terapia intensiva e a aplicação de questionários aos profissionais da equipe assistencial que estabeleciam dinâmica relacional tanto com pacientes como com familiares. Contudo, à medida que o projeto foi esboçando, pareceu mais adequado uma nova abordagem metodológica.

Ao longo dos estudos preliminares que fomentaram a elaboração do tema da pesquisa, chegou-se à formulação de um questionamento: Como é estabelecido o cuidado ao paciente em terminalidade de vida internados na UTI? E essa pergunta gerou novos desdobramentos, como: Quem e quando é determinada a terminalidade da vida? Como se constitui a relação médico-paciente? Essa relação é permeada por quais dilemas e conflitos bioéticos? Como resolver os conflitos bioéticos?

Buscou-se por um arcabouço teórico que sinalizasse a fundamentação teórica que melhor responderia a esses questionamentos. Esse levantamento bibliográfico inicial trouxe à tona a importância do papel do agente moral⁶ na tomada de decisões éticas no contexto da terminalidade de vida sob uma perspectiva que preencha as lacunas deontológicas, fomentando a viabilidade da fundamentação da pesquisa.

Essa movimentação possibilitou a formulação da principal hipótese para tentar responder aos questionamentos desta pesquisa: A dinâmica relacional ética entre médico-paciente no cuidado ao paciente em terminalidade de vida favorece a compreensão sobre os conflitos bioéticos presentes nesse cuidado, assim como analisá-los sob a perspectiva da teoria da ética do cuidado agregaria novos elementos ao debate.

Procedemos com uma pesquisa qualitativa de carácter teórico-conceitual. Optamos pela revisão da literatura que visa significar o cuidado na terminalidade de vida em UTI, revisar os conceitos e desvendar os argumentos bioéticos e científicos para aprofundamento do objeto do estudo. Para tanto, utilizamos a combinação de dois métodos: a pesquisa bibliográfica e a revisão integrativa.

⁶ “aquele capaz de se autodeterminar, deliberar sobre normas e endossá-las publicamente”, (Dias, 2019, p. 11), ou seja, indivíduos capazes de exercer uma racionalidade e liberdade.

A pesquisa bibliográfica se deu a partir de materiais publicados em livros, artigos acadêmicos, teses e dissertações que possibilitaram a aproximação com autores clássicos e contemporâneos que debatem sobre a ética do cuidado, o cuidado e a bioética, como: Moritz, Rego; Palácios; Siqueira-Batista, Boff, Gilligan e Manning. Após a fundamentação teórica, objetiva-se o cumprimento do segundo método.

A revisão integrativa da literatura buscou nos principais estudos científicos relevantes a caracterização dos conflitos bioéticos no contexto da terminalidade de vida presentes no cuidado ofertado na UTI-A. Essa etapa possibilitou a reflexão sobre as contribuições da Ética do Cuidado na resolução desses conflitos bioéticos.

A sistematização dos artigos foi realizada através do instrumento da técnica de análise de conteúdo temático-categorial, que como posto por Oliveira (2008) permitiu o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes nos artigos, possibilitando colocar em evidência indicadores que permitam inferir sobre uma realidade.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 CUIDADO: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DE LEONARDO BOFF

A prática da assistência perpassa toda a história da humanidade. Mas e o cuidado? A palavra cuidado é derivada do latim *cura* (*coera*) e era utilizada “num contexto de relações de amor e amizade. Expressava a atitude de cuidado e preocupação com a pessoa amada ou com um objeto de estima” (Boff, 1999, p. 74, tradução nossa). Boff (1999) acrescenta, ainda, que outros estudiosos sustentam que a palavra cuidado deriva de *cogitare-cogitatus*, que possui o mesmo sentido de cura: prestar atenção, demonstrar interesse, revelar atitude de desvelo e preocupação.

Boff alerta que a atitude do cuidado também acaba por gerar um segundo significado que é a preocupação, a inquietação e o senso de responsabilidade, porque a pessoa que cuida se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro. E esses dois possíveis significados apontados por Boff traz a reflexão do cuidado como um modo de ser, ou seja, “a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros” (Boff, 1999, p. 76, tradução nossa).

Assim como Boff, para fins desse estudo, experimentamos no modo de ser do cuidado os seres como sujeitos com valores, cuja centralidade do cuidar não está na razão e sim nos sentimentos e na capacidade de empatia. Boff (1999) sinaliza que esse modo de ser permite ao homem viver a experiência fundamental daquilo que tem importância, ou seja, uma experiência valorativa que possibilita que emersão da “dimensão de alteridade, de respeito, de sacralidade, de reciprocidade e de complementaridade” (Boff, 1999, p. 80, tradução nossa).

Leonardo Boff, em sua obra *Saber Cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra* (1999), se inspira na concepção ontológica⁷ de Heidegger sobre o cuidado ao afirmar que o cuidado é a essência verdadeira do homem e que sem cuidado deixamos de ser humanos. Boff recorre a fábula-mito de Higino para sustentar, em sua obra, a tese ontológica de que a característica singular do humano é a de ser um ser de cuidado.

⁷ Como constituição ontológica, Heidegger entende aquilo que entra na definição essencial do ser humano e estrutura a sua prática (Boff, 1999, p. 73, tradução nossa).

Um dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um monte de lama. Ele então teve uma ideia inspiradora. Ele pegou um pouco da lama e começou a dar forma. Enquanto ele contemplava o que havia feito, Júpiter apareceu. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito em seu trabalho, o que Júpiter fez de boa vontade. No entanto, quando Cuidado quis dar um nome à criatura que ele havia moldado, Júpiter proibiu isso. Ele exigiu que fosse imposto seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu de repente a Terra. Ela também queria dar seu nome à criatura porque ela havia sido feita de barro, o mesmo material que dá corpo à Terra. Se iniciou, então, uma discussão generalizada. Em comum acordo, eles pediram a Saturno que atuasse como árbitro. Ele tomou a seguinte decisão, que parecia justa: 'Você, Júpiter, que lhe deu o espírito, o receberá de volta quando essa criatura morrer. Você, Terra, que lhe deu o corpo, o receberá de volta quando essa criatura morrer. Mas você, Cuidado, que foi quem o modelou, ficará sob seu cuidado enquanto estiver vivo. E em relação à discussão acalorada que tiveram entre vocês sobre o nome, eu decido: esta criatura se chamará Homem, isto é, sendo feito de húmus, que significa 'terra fértil' (Boff, 1999, p. 33, tradução nossa).

Essa fábula-mito remete a importância do cuidado, não apenas para a preservação da vida, como também sendo essencial para a reunião de todos os elementos que concretizam a vida. Leonardo Boff contextualiza o cuidado como uma forma de integralidade e manutenção da vida na Terra. Dessa forma, Boff apresenta a reflexão das dimensões do cuidado através de analogias com a Terra (Tellus), com o Céu (Júpiter) e com Saturno.

A Terra é a dimensão material e concreta da existência. Para o autor, assim como essa figura, somos complexos, diversos e únicos. Boff (1999, p. 57, tradução nossa) afirma, ainda, que “somos a própria Terra que, em sua evolução, atingiu o estágio do sentimento, da compreensão, da vontade, da responsabilidade e da veneração. Em uma palavra: somos a Terra no seu momento de auto realização e autoconsciência”. O autor relata, ainda, que a Terra é o princípio gerador, ou seja, ela representa o feminino que concebe, gesta e dá à luz, assim como acolhe e recolhe tudo em seu seio, e conclui que ser Terra é ser concreto visto que estabelece nossos limites e nossa base firme.

Boff (1999) resgata a historicidade do cuidado ao trazer que no período Paleolítico a percepção de que somos Terra “constitui a experiência matricial da humanidade e produziu, como tal, uma certa forma de espiritualidade e organização política” (Boff, 1999, p. 64, tradução nossa). No que concerne à espiritualidade, esta baseava-se na profunda união cósmica e na conexão orgânica com todos os elementos, e tinha a predominância de divindades femininas. Junto a essa espiritualidade surgiu uma política baseada nas instituições matriarcais, no qual as

mulheres estabeleciam alianças organizadoras da sociedade e da cultura. Nesse momento, surgiram as sociedades sacrais perpassadas de proteção à vida.

A segunda figura representativa apresentada por Boff é o Céu que traz a dimensão espiritual e celestial da existência. O autor aponta que quando nos referimos ao céu, representamos a incomensurável e misteriosa realidade sobre a criação e o criador, que reflete a capacidade de ir além dos limites da Terra. O céu “pode ser interpretado também como a emergência do princípio masculino, ordenador, rasgador de novos horizontes, errante e insaciável em face de tudo o que está ao alcance de sua mão” (Boff, 1999, p. 67, tradução nossa).

Assim como a Terra, o Céu também gestou uma forma de espiritualidade e organização política. Segundo Boff (1999, p. 67, tradução nossa)

Uma espiritualidade de ruptura com as raízes, de abertura infinita, de busca de sempre novas visões. Essa espiritualidade, em sua forma extrema, se estrutura no dualismo: céu-terra, em cima-embaixo, este mundo-outro mundo, desejo-realização. É próprio do masculino fazer esta separação e viver este dualismo.[...] Inaugura uma divisão, no seu termo falsa, entre o sujeito e o objeto, o eu e o mundo, o feminino e o masculino.

Boff (1999) afirma que a partir do período neolítico, uma nova política foi fundada com a predominância dos valores masculinos, no qual os homens assumiram a hegemonia da sociedade e

Instauraram o patriarcado como o submetimento da mulher e a dominação sobre a natureza. A perda da re-ligação de tudo com tudo é fruto da cultura patriarcal que não integrou as contribuições anteriores do matriarcado. Ela subjaz nas nossas principais instituições políticas e religiosas atuais. E mostra seus limites perigosos no descuido com o planeta Terra, na falta de cuidado com a vida em todas as suas formas e no incremento dos conflitos nas relações sociais (Boff, 1999, p. 68, tradução nossa).

E esse patriarcado ainda se faz presente na contemporaneidade. Boff constata que ao longo das sociedades “o cuidado foi difamado como feminilização das práticas humanas, como empecilho à objetividade na compreensão e como obstáculo à eficácia” (Boff, 1999, p. 83, tradução nossa). Kuhnen (2015, p. 35) complementa que “por ter sido vinculado a emoções e sentimentos, geralmente associados às mulheres e confrontados com o racionalismo, a abstração e os sistemas de pensamentos impessoais, o cuidado sempre permaneceu na função da contracorrente de pensamento”.

Boff reflete, em sua obra, a necessidade de reaver a suprema integração entre homem e mulher. Para o autor, a humanidade “precisa ressuscitar também a memória política do feminino para que a dimensão da anima⁸ entre na elaboração de políticas com mais equidade entre os sexos e com maior capacidade de integração” (Boff, 1999, p. 64, tradução nossa). Boff traz como essencial a síntese entre as figuras representativas da Terra e do Céu. E foi Saturno a figura utilizada para explicar a sua terceira dimensão do cuidado.

Para Boff, Saturno representa a utopia como condição humana fundamental, sendo esta compreendida como “a presença da dimensão-céu dentro da dimensão-terra, nos limites estreitos da existência pessoal e coletiva” (Boff, 1999, p. 90, tradução nossa) e que a mesma deve realizar-se num processo histórico que tente dar corpo ao sonho. E é na história que se elabora a síntese entre as exigências da terra e os imperativos do céu.

O autor reflete, ainda, que o ser humano vive distendido entre a utopia e a história e para Boff (1999, p. 70, tradução nossa),

Ele está no tempo onde as duas se encontram. Não sem razão Saturno expressava também a vigência do tempo com sua soberania. O ser humano constrói a sua existência no tempo. Precisa do tempo para crescer, aprender, madurar, ganhar sabedoria e até para morrer. No tempo vive a tensão entre a utopia que o anima a sempre olhar para cima e para frente e a história real que obriga a buscar mediações, dar passos concretos e olhar com atenção para o caminho e sua direção, suas bifurcações e empecilhos, suas ciladas e chances.

Boff finaliza sua análise sobre a fábula-mito afirmando que o cuidado “é tão essencial no homem que antecede a Terra dando-lhe um corpo e Júpiter infundindo-lhe o espírito” (Boff, 1999, p. 70, tradução nossa). Ou seja, o cuidado está na origem da existência humana. Ou como o próprio autor afirma, o cuidado é o “*ethos*⁹ fundamental, a chave decifradora do humano e de suas virtualidades” (Boff, 1999, p. 70, tradução nossa).

Kuhnen (2015) afirma que o cuidado só voltou a centralidade ao ser reconhecido como uma prática fundamental para a existência humana, rompendo

⁸ Expressão difundida pelo psicanalista C.G. Jung (1875-1961) para designar as dimensões masculina (animus) e feminina (anima) presentes em cada pessoa e refletidas nos padrões culturais de comportamento (Boff, 1999, p. 173, tradução nossa).

⁹ Conjunto de princípios que regem o comportamento humano de forma consciente, livre e responsável (Boff, 1999, p. 176, tradução nossa).

com o estereótipo do cuidado como responsabilidade da mulher, como pode ser observados nas contribuições:

O cuidado não é apenas uma ação específica que visa restituir um estado de saúde a alguém doente. Envolve uma permanente atenção e apoio ao ser humano para que alcance e mantenha o florescimento pleno e realize o desígnio alegórico que está em sua origem. Cuidado é, portanto, uma habilidade constitutiva do ser humano (Kuhnen, 2015, p. 39).

Desde então, filósofos e sociólogos contemporâneos estão resgatando a centralidade do cuidado, que passou a receber atenção dos grandes campos dos saberes. Tornou-se uma perspectiva teórico-ética fazendo parte dos debates acadêmicos e profissionais e ganhando reflexão sobre a sua aplicação na esfera das profissões do campo da saúde. E pensar o cuidado na esfera do trabalho requer que o homem volte-se sobre si mesmo e descubra seu modo-de-ser-cuidado mediante uma forma diferente de entender e de realizar o próprio trabalho (Boff, 1999).

No campo da saúde coletiva, requer entender que a prática deve respeitar a natureza humana. Na relação médico-paciente requer superar o patriarcalismo nas relações e aceitar que cuidar e curar são conceitos distintos. Boff conclui em suas contribuições que é preciso ter cuidado em tudo. E sugere a implantação da dimensão *anima* nos homens.

Isto significa conceder o direito de cidadania à nossa capacidade de sentir o outro, de ter compaixão de todos os seres que sofrem, humanos e não humanos, de obedecer mais à lógica do coração, da cordialidade e da gentileza do que à lógica da conquista e do uso utilitário das coisas (Boff, 1999, p. 88, tradução nossa).

4.2 CUIDADO E SAÚDE COLETIVA: INTERFACE FRENTE À TERMINALIDADE DE VIDA EM UTI-A

Não há vida humana digna sem cuidado. Abordar o cuidado aos pacientes em terminalidade de vida internados em UTI-A requer adentrar no campo da saúde coletiva como ponte entre o biológico e o social. Souza (2014) define que a saúde coletiva é uma área do saber que tem como objeto central as necessidades sociais de saúde e que compreende a situação de saúde como um processo social relacionado à estrutura da sociedade, propondo “intervenções articuladas de

promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, baseadas em uma abordagem multidisciplinar” (Souza, 2014, p. 11).

Ao analisar a etimologia do termo saúde, Vilela e Mendes (2003) apontam que, tanto no latim quanto no grego, *salus* significa inteiro. As autoras discorrem que a saúde sendo compreendida como integridade permite o rompimento da sua fragmentação, dando possibilidade para uma visão holística que “supõe entendê-la na interface de grande diversidade de disciplinas. Essa diversidade torna-se mais complexa quando a realidade da saúde ultrapassa a dimensão individual e passa para a esfera coletiva” (Vilela; Mendes, 2003, p. 529).

A saúde na contemporaneidade tem imposto demandas e desafios que exigem respostas a sua complexidade. Tornou-se iminente a ampliação conceitual da abordagem interdisciplinar como uma exigência que possibilita a colaboração mútua e a prática integrada da equipe assistencial. Com o mesmo entendimento, a RDC nº 7 (2010) determina que todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar, devendo haver integração das atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional.

Vilela e Mendes (2003) apontam que a condição para a interdisciplinaridade é o desenvolvimento da sensibilidade e que a mesma corresponde a uma nova etapa de construção e desenvolvimento do conhecimento. Dessa forma, as autoras ratificam que a interdisciplinaridade é uma questão de atitude e que possibilita a formação de profissionais comprometidos com a realidade e a transformação da saúde. As autoras concluem ainda que

a interdisciplinaridade na área da Saúde Coletiva coloca-se como exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho – a saúde e a doença no seu âmbito social – envolve concomitantemente: as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos (Vilela; Mendes, 2003, p. 529).

E a formação comprometida da equipe assistencial influencia diretamente no cuidado ofertado ao paciente. Segundo Boff (2005), o cuidado possui uma dimensão ontológica, ou seja, faz parte da constituição da essência do ser humano e que traz em seu significado a atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o outro. Quando se trata do cuidado no âmbito da saúde, Barros e Gomes (2011) apontam

que é necessário alinhar o cuidado à conceituação de uma saúde multifacetada e plural e que o mesmo deve ser pensado através de uma diretriz de humanização que supere o reducionismo e a racionalidade biomédica ocidental.

Dessa forma, o cuidado em saúde deve romper com a hierarquização da relação médico-paciente e com a objetificação do paciente que tem subtraído “além de seu corpo e de seu psiquismo, símbolos, significados pessoais e sociais sobre o seu processo de adoecimento, menosprezando a importância do aspecto simbólico para a realização do tratamento” (Barros; Gomes, 2011, p. 646), fortalecendo a construção de uma prática de cuidado através de uma relação horizontalizada entre sujeito - sujeito.

Manning (2009, p. 105, tradução nossa) aponta que o cuidado “envolve uma capacidade humana básica de reconhecer e responder às necessidades dos outros e de moderar o nosso comportamento à luz do bem ou do mal que possa causar aos outros”. A autora afirma que apesar do cuidado constituir a relação humana, apenas recentemente surge como uma perspectiva moral sistemática que almeja a responsabilidade de um membro em uma relação próspera.

O cuidado passa, então, a ser compreendido enquanto uma virtude com uma motivação benevolente geral, visto que é uma disposição geral para se comportar de uma forma particular e que evita a falha de empatia seja pela incapacidade de sentir empatia na presença de sofrimento ou dano, seja pela preconceito para com o próximo, principalmente pelo viés de priorizar a familiaridade independente de quem mais precisa de cuidado (Manning, 2009).

Na contemporaneidade, Manning (2009) chama atenção para a tensão entre o modelo do cuidado e a perspectiva dos direitos morais. Enquanto virtude o cuidado implica o afeto como motivação, se afastando da obrigação que implica a coerção. Portanto, para Manning (2009) a moralidade concebe-se enquanto confiança. Enquanto objeto de proteção de sujeito em vulnerabilidade, o cuidado implica a concepção de direito. Dessa forma, complementando Manning, Kuhnen (2015, p. 355) conclui que

A noção de complementaridade traduziu-se na apresentação do princípio universalizável do cuidado, que visa lembrar aos agentes morais a importância de se orientar pela habilidade do cuidar e levar em conta a singularidade do bem-estar de quem é cuidado, bem como as circunstâncias particulares de cada evento de cuidado.

Assim como Manning, concordamos e reforçamos a necessidade de complementaridade entre as perspectivas visto que o respeito pelos direitos é um requisito moral mínimo, mas a responsabilidade só é integralmente assumida quando se oferta ao outro um tratamento genuinamente atencioso. O cuidado embora esteja atrelado a uma habilidade humana, o mesmo não pode ser compreendido somente como sentimento, emoção ou virtude. O cuidado correto precisa ser justo. Portanto, o cuidado envolve a

racionalidade contextual pautada na observação e análise reflexiva da situação específica. Para cuidar de forma responsável e adequada, é preciso estudar e entender o outro, seu formato de vida, interesses e necessidades, tendo em vista suas metas, plano de vida e concepção de bem (Kuhnen, 2015, p. 354).

Manning (2009) acrescenta, ainda, que nem todos são sempre capazes de afirmação e defesa de seus direitos de uma forma autônoma e é o cuidado a essas pessoas que estão temporariamente ou permanentemente incapazes que possibilitará seu regresso à plena autonomia. Portanto, defendemos que o paciente em terminalidade de vida seja visto para além da sua doença já avançada e considerada incurável pelas terapêuticas disponíveis, sendo considerado suas singularidades, sua história de vida, suas expectativas, seus anseios e seu sofrimento na busca por uma melhor qualidade, inclusive em seu fim de vida.

Abordar a terminalidade da vida requer trazer o debate do reconhecimento da finitude da vida, da aceitação das limitações da medicina e do equilíbrio na tomada de decisões. Exige-se, portanto, que *o cuidado em saúde passe a ser compreendido como uma referência ética que enraíza todas as práticas em saúde e representa a responsabilização e o envolvimento afetivo com o outro* (Barros; Gomes, 2011).

Dessa forma, pacientes passam a prezar pelo estabelecimento de vínculos e qualidade da comunicação como quesitos satisfatórios de atendimento, requerendo da equipe assistencial o “desenvolvimento de competências, habilidades, atitudes, métodos e abordagens que abarquem as necessidades de assistência” (Lopes-Júnior; Lima, 2019, p. 2), favorecendo o cuidado almejado, o acolhimento e valorização da participação colaborativa na tomada de decisões.

E essas novas exigências se mostram latentes nas UTI-A visto que ainda é um setor caracterizado pelo cuidado orientado pelo modelo biologicista, que conforme Souza (2012, p. 1) aponta, que a “atenção está voltada, principalmente,

para o órgão doente, para a patologia e para os procedimentos técnicos, em detrimento dos sentimentos, dos receios do sujeito doente e seus familiares”. Gomes; Carvalho (2018, p. 169) complementam que

Por seu caráter emergencial, o ambiente da UTI e sua equipe de trabalho possuem como foco uma atenção voltada a atender o objetivo de preservar a vida do paciente, eliminando a situação de risco no qual ele se encontra, o que pode influenciar na forma como o indivíduo internado é visto. Nesse contexto, ele pode passar a ser percebido apenas de maneira técnica como um sistema, um conjunto de órgão, funções e sinais vitais, que necessita ser monitorado, recuperado e estabilizado.

E é importante se registrar que a medicina intensiva, ao longo dos anos, foi se transformando de uma especialidade destinada ao tratamento e reversão de doentes agudos em iminente risco de vida para um controle de doenças crônico-degenerativas. Embora as características dessas doenças possam facilitar o seu prognóstico a partir do declínio progressivo da condição clínica do paciente durante sua última etapa de vida, são comuns os casos de obstinação terapêutica na UTI.

A. Conclui-se que

cuidados ao fim da vida na UTI pode ser complexo, conflitante e desafiador, reunindo dilemas éticos, que em primeiro momento, perpassam pela dúvida na definição do estado de reversibilidade ou não, e em sequência, por tomadas de decisão variadas, como investir no tratamento ou não, alimentar ou não alimentar, ou mesmo, indicar ou não indicar a UTI (Santos *et al.* 2017, p. 296).

Apesar da ciência que para todo ciclo de vida existe um fim, observa-se que ainda é um tabu a abordagem sobre a incurabilidade da doença e a finitude da vida. A terminalidade da vida afeta não apenas o paciente, mas a família e a equipe assistencial. Moritz *et al.* (2008) reflete sobre a angústia dos membros da equipe das UTIs diante das dúvidas do real significado da morte e da vida, no qual muitas vezes o fim é apenas informado. Conceituar a terminalidade da vida não é uma tarefa simples.

Gutierrez (2001) afirma que embora a terminalidade seja uma conceituação complexa, é frequente a avaliação consensual. Porém, o conceito de paciente terminal deve ser compreendido para além dos aspectos biológicos, visto que a constituição humana é subjetiva ao envolver processo social e psicológico. Dessa forma, pacientes, familiares e equipe assistencial entendem de forma distinta a

evolução clínica de uma doença como sendo terminal, sendo assim uma definição norteada de valores.

Do ponto de vista bioético, para compreender a terminalidade da vida sob a contribuição da teoria da Ética do Cuidado, é necessário relacioná-la à qualidade de vida que o paciente projeta para si. Schramm (2009, p. 377) contribui com essa perspectiva ao trazer explicação sobre o princípio da qualidade de vida que

considera legítima qualquer intervenção na vida humana, desde que isso implique em redução do sofrimento evitável e em maior/melhor bem-estar para os sujeitos objeto da intervenção desde que estejam de acordo que isso aconteça com eles e que o fato não acarrete danos significativos a terceiros.

E a UTI-A se configura como sendo o espaço onde mais se evidencia o processo de morrer e as intervenções na vida humana. Com o avanço biotecnológico, os médicos se tornaram agentes transformadores da vida capazes de ampliá-la ou diminuí-la, fazendo com que o ciclo de vida deixe de ser natural. Hilckner e Hilckner (2012) afirmam, inclusive, que não há prolongamento da vida e sim do processo de morrer e que com o avanço das técnicas de suporte de vida, o termo “vivo” não consegue nem mais conceituação simples.

Mabtum e Marchetto (2015, p. 63) sinalizam a importância de se perceber que o direito à vida não deve ser transformado no dever de estar vivo e que “a discussão sobre o fim da vida remete à preocupação de defesa da dignidade também nessa fase terminal e grande parte da discussão gira em torno dos meios para alcançar esse fim”. A manutenção da vida de pacientes em terminalidade de vida na UTI-A gera dilemas, visto que o compromisso ético de se tentar todas as abordagens enquanto houver vida gera a alguns médicos a certeza de que nenhuma medida de intervenção é inapropriada.

Tal perspectiva remete a discussão da obstinação terapêutica, conhecida como distanásia, e que vem sendo abordada e discutida, não somente pela postergação do processo de morrer, como pelo impacto na realocação de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Hilckner e Hilckner (2012, p. 76) sinalizam que “a considerável quantia de dinheiro utilizada em quadros clínicos sem a obtenção de um real benefício poderia ser destinada a situações que gerariam saúde e atingiriam maior número de pessoas”.

Diante desse contexto emergem os conflitos bioéticos, demonstrando o

despreparo das equipes assistenciais para lidar com tomadas de decisões na terminalidade da vida. De acordo com Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009, p. 46), as tomadas de decisão devem vir acompanhadas do respeito à autonomia no cuidado da saúde, pois “significa apresentar, de forma clara e transparente, o que se passa com o sujeito e as opções que a ciência biomédica coloca a seu dispor, respeitando a sua decisão sobre o que ele entende ser melhor para si”.

Porém, a tomada de decisão é sempre desafiadora. E a banalização do termo autonomia do paciente, acaba por gerar uma visão reducionista frente a todo valor que a envolve, a transformando em um conceito com carência de sentido, uma vez que o paciente descontextualizado de sua biografia social gera uma referência vazia. O entrelaçamento da situação clínica, do contexto psicossocial e espiritual do paciente com a relação familiar e médica, faz com que processos decisórios perpassem somente a escolha individual do paciente.

Forte e Carvalho (2012, p. 38-39) ratificam que

Decisões sobre fim de vida em UTI são mais do que simples escolhas técnicas, e envolvem uma complexa relação que envolve por um lado médicos e equipe multiprofissional, com seus conhecimentos específicos em cada uma de suas áreas do saber, e por outro, os pacientes e suas famílias, com as suas biografias, identidades, desejos e preferências únicas.

Por isso, cada vez mais vemos o crescimento do modelo ideal de decisão compartilhada, sendo esta entendida como um método que busca pelo meio-termo entre as técnicas de tratar doenças e as técnicas de cuidar do sofrimento,

no qual profissionais colocam suas opiniões técnicas sobre doenças, mas, antes, buscam compreender os valores de vida de pacientes para, assim, respeitarem pacientes como pessoas, como fins em si mesmos, e respeitarem também uma boa prática profissional baseada em evidências [...] Decisão compartilhada é a base para uma relação ética entre indivíduos que tenham direito de se autodeterminar, não de maneira em que cada parte não se importe com a outra, mas, sim, como indivíduos que procuram um mesmo objetivo comum: o paciente no centro e profissionais que se importem e busquem, por meio de diálogo, um cuidado de qualidade e segurança, respeitando valores humanos e prática baseada em evidências (Forte, 2022, p. 2-3).

E é nesse contexto que a dinâmica relacional estabelecida entre o paciente e o médico possibilitará decisões que busquem não somente a manutenção da vida, mas o conforto e alívio do sofrimento com a promoção da dignidade do paciente em um ambiente marcado pela ausência temporária ou permanentemente da

autonomia. Portanto, pressupomos que a participação ativa dos pacientes e a adesão de seus desejos possibilita maior preparo para sua terminalidade da vida e diminui os conflitos bioéticos que permeiam seu processo de morrer.

4.3 BIOÉTICA: UMA ÉTICA APLICADA NO CUIDADO EM SAÚDE

A ética e o cuidado são a base da práxis profissional. E a atuação na UTI-A requer dos médicos uma rotina de ações que visam atingir objetivos relacionados à vida dos pacientes. A incessante busca pela cura da enfermidade e equilíbrio das funções orgânicas traz consigo dilemas e conflitos éticos na tomada de decisões que ocasiona, na maioria das vezes, sentimentos de medo, frustração e impotência tanto pelo profissional como pelo próprio paciente.

Encontrar o equilíbrio entre decisões clínicas técnicas e decisões éticas se tornou o maior desafio imposto a esses profissionais que precisam alinhar a conduta terapêutica da assistência na terminalidade de vida com o cuidado almejado pelo paciente e familiar. Torna-se, portanto, necessário que a equipe assistencial tenha uma formação de ensino em saúde com uma fundamentação ética que traga o conhecimento de ética aplicada e da bioética, perpassando meramente os princípios generalistas do seu código de conduta ética profissional.

No campo do cuidado em saúde, as questões éticas decorrentes da prática assistencial despertaram interesse da filosofia, segundo Durand (2003), através da preocupação de filósofos em responder aos conflitos e dilemas morais concretos a partir do enfoque nas questões éticas substantivas advindas das experiências e ações humanas. O autor relata que o avanço tecnológico, a partir de 1960, possibilitou intervenções técnicas sobre a vida humana que permitiram salvar, melhorar, prolongar e manter a vida, como a hemodiálise e a reanimação por respiração artificial.

Porém, tais técnicas também trouxeram consigo muitos questionamentos sobre pesquisas em seres humanos, o risco de abuso, de interrupções das regras, a inadmissibilidade de tratamento e até mesmo a redefinição do conceito de morte. Emergiu-se, nesse contexto, fortes críticas ao emprego de “critérios sociais para decisões tão cruciais como as que implicam a vida e a morte de seres humanos” (Durand, 2003, p. 28) e ao paternalismo médico tradicional, assim como a reivindicação pela autonomia dos pacientes na tomada de decisões referente à sua

saúde e aos tratamentos necessários.

As balizas postas se tornaram insuficientes para responder às novas questões suscitadas pela ciência e humanidade. Dessa forma, a partir da década de 1970, intensificou-se a reflexão e a elaboração de novos discursos éticos. Em consonância, ocorreu uma movimentação em países ocidentais de reaproximação com a corrente filosófica da ética das virtudes visto as enormes contribuições da teoria frente aos debates bioéticos

Ora, uma grande corrente tradicional na ética (e na ética médica) prioriza a qualidade das pessoas que agem e as maneiras de desenvolver suas atitudes e disposições. Mais ou menos deixada de lado nas últimas décadas, essa corrente ressurgiu. Assim, nos Estados Unidos, James F. Drane procura fundar a ética médica da virtude na natureza da relação médico-paciente: relação em que entram dimensões médicas, espirituais, voluntárias, afetivas, sociais, religiosas. Na França, a influência de Paul Ricœur na bioética é evidente, especialmente a sua concepção da sabedoria prática, sua análise do juízo moral, sua descrição de uma ética baseada na noção de *souci* (preocupação). Aproveitando o novo interesse em Aristóteles por parte de alguns filósofos, Gilles Voyer, no Québec, propõe uma renovação da abordagem ética no encontro clínico a partir da virtude da prudência. Na Espanha, uma ética médica centrada na virtude foi defendida de maneira notável pelo médico humanista Pedro Lain Entralgo (Durand, 2003, p. 55).

Diante dessa revolução social e biotecnológica, emergiu a bioética enquanto um fenômeno cultural. O sentido próprio do termo se deu em 1971 no artigo "Bioethics, the Science of Survival" do bioquímico e cancerologista americano Van Rensselaer Potter. Schramm (2011, p. 304) relata que

Embora esse termo não tenha sido criado *ipsis litteris* por Potter, pois já tinha sido utilizado em alemão por Fritz Jahr em 1927 – mas com uma marcada conotação kantiana de imperativo moral bastante diferente da concepção "interdisciplinar" desse bioquímico engajado na luta contra o câncer –, pode-se afirmar que foi Potter que deu, inicialmente, ao termo o sentido próprio de saber interdisciplinar, utilizando para tal fim a metáfora da "ponte", aplicada ao saber científico e ao saber moral e para indicar a necessidade de superar – ou contornar – a separação entre fatos e valores, prevista pela lei de Hume, e de enfrentar pragmaticamente a proibição lógica de cometer uma falácia naturalista.

Dessa forma, Potter refletiu sobre a relação inversa entre o exponencial de avanço tecnológico e o atraso da reflexão sobre a sua utilização e avaliou a necessidade da criação de uma nova ciência que aliasse o conhecimento biológico (*bíos - bio*) com os valores humanos (*ethos - ética*) através de um saber da ordem da sabedoria (Durand, 2003). No decorrer dessas últimas décadas, a bioética vem se

desenvolvendo e se consolidando enquanto ética aplicada que visa descrever, compreender e responder conflitos morais da práxis humana.

No Brasil, Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009) relatam que o surgimento da bioética se deu a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 que ao trazer a concepção de liberdade e direitos, possibilitou uma reflexão crítica que respondesse às questões reais. Como fundamentação, utilizaremos a definição de bioética como “o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados em saúde, que emprega uma variedade de metodologias éticas em um ambiente interdisciplinar” (Rego; Palácios; Siqueira-Batista, 2009, p. 32).

Schramm (2002) ratifica que a bioética é uma ética aplicada que objetiva responder aos dilemas e conflitos morais decorrentes da prática das ciências da vida e da saúde baseado em sistema de valores. Afirma, ainda, que a bioética apresenta uma tripla função reconhecida acadêmica e socialmente de: (a) descritiva ao descrever e analisar os conflitos em pauta; (b) normativa em relação aos conflitos ao suprimir comportamentos considerados reprováveis e prescrever os considerados aprovados; e, (c) protetora ao amparar os envolvidos em disputas de interesse e valores, dando prioridade aos mais ‘fracos’.

Segundo Dias (2016, p. 108), um dos caminhos de se justificar o caráter prescritivo da moralidade é através de uma perspectiva voltada para uma concepção de bem viver, compreendida como perfeccionismo moral que

busca responder à indagação acerca do que seja uma boa vida, reconhecendo, como ponto de partida, que pelo menos algumas atividades, capacidades ou formas de relação humanas possuem um valor não instrumental por razões que independem dos estados mentais atuais ou potenciais do agente. [...] A fonte de tais valores será, então, buscada em certos fatos sobre a sociedade ou em certas capacidades fundamentais inerentes a todos os indivíduos.

O perfeccionismo moral possibilita que a bioética possua três grandes fundamentações éticas normativas contemporâneas: a deontologia (teoria dos princípios), o consequencialismo (utilitarismo) e as virtudes (éticas da virtude). Os principialistas buscam o estabelecimento de normas (regras e princípios) para regulamentação das ações. Já os utilitaristas focam na análise das consequências previsíveis das ações objetivando obter o máximo de benefícios para um maior número de pessoas. E os virtuosos buscam realçar o papel dos agentes morais na tomada de decisões éticas.

Cruz (2020, p. 594) aponta que com o surgimento da bioética enquanto uma nova área do saber, assistiu-se

uma mudança de paradigma na ética dos cuidados de saúde, de um modelo baseado na virtude e na inviolabilidade da vida humana, expresso no Juramento de Hipócrates, para um modelo cimentado na autonomia e qualidade de vida do paciente, para o que contribuiu a proposta da metodologia principialista de Beauchamp e Childress e da crescente influência do utilitarismo nas comissões de ética.

A base norteadora do nosso estudo é a teoria da ética do cuidado, inserida no campo das virtudes. Porém, é essencial situar que o modelo principialista foi a primeira corrente a se estruturar dentro da bioética e segue sendo a hegemônica. Também conhecida como ética do dever, essa teoria avalia as ações humanas em função dos princípios e o seu valor moral se assenta na justiça. A teoria dos princípios, através de Beauchamp & Childress, contribui com princípios para a proteção dos seres humanos e compreende que a ação eticamente adequada é aquela que se orienta por princípios morais universalmente aceitos.

Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009, p. 42) relatam que “o respeito às pessoas foi definido como o respeito à autonomia das pessoas, o dever de agir com justiça, e a obrigação de fazer o bem foi desdobrada, sendo expressa a obrigação de não causar dano”. Esses princípios são, respectivamente, os de: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, que segundo os próprios autores, tiveram uma difusão extremamente positiva, porém, também, trouxeram uma imensa simplificação da bioética que segue sendo compreendida ou confundida com a corrente.

Diniz e Vélez (1998, p. 255) pontuam que essa teoria tornou-se “um check-list ético tamanha sua capacidade de instrumentalização”. Para as autoras, o maior mérito da teoria é a capacidade de tornar técnico os dilemas morais e trazer soluções acessíveis a um público que não domina os estudos bioéticos. Porém, assim como Rego, Palácios e Siqueira-Batista, as autoras ratificam que o uso massivo da teoria provocou seu reducionismo grosseiro, descontextualizando os quatro princípios do corpo da obra.

As autoras supracitadas trazem quatro grandes críticas a teoria dos princípios, sendo elas: (a) a teoria se pressupõe como universalizável; (b) a ideologia liberal valoriza o individualismo e acaba por colocar a autonomia como

valor máximo; (c) a bioética preserva, em sua estrutura, interesses de pessoas detentoras de vantagens sociais e privilégios; e, (d) a bioética se afasta de estudos críticos que possibilitam seu avanço. Diniz e Vélez (1998) sinalizam a importância de transformar a bioética de facilitadora da ciência e da medicina para uma instância crítica.

Em consonância com a proposta do estudo que aborda a relação médico-paciente, permeada de hierarquia e poder, partimos do pressuposto que apesar de reconhecida a sua importância dentro da bioética, no campo do cuidado em saúde é constatado a insuficiência do referencial principialista visto que as ações pautadas somente em normas morais (regras e princípios) acabam por desconsiderar contextos sociais específicos, narrativas e as relações de cuidado envoltas de valores e virtudes.

Considerando que o saber técnico não está dissociado do agir ético, constata-se a necessidade desses princípios e das virtudes se correlacionarem de forma complementar como garantia para tomadas de decisões justas. Portanto, nesse estudo não há pretensão de comparar superioridades entre o campo principialista e das virtudes. Reconhecemos as limitações de suas sustentações teóricas e da atuação prática de ambas, assim como a necessidade da sua complementaridade. Dessa forma, neste estudo, defendemos a retomada das virtudes no campo do cuidado em saúde em equilíbrio aos princípios, principalmente no enfoque da dinâmica relacional constituída entre médicos e pacientes, visto que é o agente quem interpreta os princípios e o seu caráter está no centro da escolha e ação moral.

Sendo assim, esse direcionamento teórico se dá pela crença que o cuidado intensivo em pacientes em terminalidade de vida possibilita um debate que perpassa normas morais centradas na reflexão da ação em si (do que fazer), emergindo a importância de se compreender quem são os agentes morais envolvidos nessa relação e qual o seu papel nas decisões éticas já que suas escolhas sobre o agir está relacionado diretamente com os seus valores.

A ética do cuidado reforça a importância das relações humanas, dando valor moral tanto às pessoas como às comunidades e afirma que nossas decisões devem considerar as relações existentes. “Fazer a coisa certa e viver a vida moralmente boa deve ser entendida no contexto da confiança, reciprocidade e preocupação pelos outros” (Manning, 2009, p. 112, tradução nossa). Dessa forma, a vida passa ser provida de valores morais que também fundamentam a práxis profissional.

4.4 ÉTICA DO CUIDADO: PERSPECTIVAS DE CAROL GILLIGAN

O cuidar tem diversas faces. A teoria de desenvolvimento moral de Carol Gilligan foi originada pela sua observação quanto à disparidade entre as experiências das mulheres e a representação do desenvolvimento humano, notada nas bibliografias da psicologia, que acabava por transparecer como um problema no desenvolvimento feminino.

Gilligan teve a percepção de que havia dois modos de se falar sobre a moralidade, o que ela chama de vozes distintas. E observou em uma seleção de amostra de mulheres, que as vozes das mulheres soavam distintas. A autora constatou que as pesquisas excluía as mulheres dos estudos teórico-críticos da psicologia. Portanto, o fato das mulheres não se ajustarem aos modelos existentes de desenvolvimento humano era um problema na representação.

Gilligan, em sua obra *Uma Voz Diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta*¹⁰ (1982), critica que os homens sejam representantes exclusivos do desenvolvimento moral humano. A voz diferente dita por Gilligan é caracterizada pelo tema e não pelo gênero. A autora relata que sua associação com mulheres é apenas uma observação empírica e que seu objetivo é “aclarar uma distinção entre dois modos de pensar e focalizar um problema de interpretação mais do que representar uma generalização sobre ambos os sexos” (Gilligan, 1982, p. 12).

Gilligan (1982) discorre sobre diversos teóricos da Psicologia que em seus estudos consideraram apenas o desenvolvimento do sexo masculino e igualam os resultados obtidos ao desenvolvimento moral humano, como Freud, Piaget e Kohlberg, demonstrando preconceito valorativo e observacional, e tendendo a considerar o

comportamento masculino como a norma e o comportamento feminino como uma espécie de desvio da norma. Em outros termos, os homens eram a medida da humanidade e as marcas da maturidade eram a autonomia e a racionalidade – ambas qualidades ‘masculinas’ (Kuhnen, 2015, p. 140).

¹⁰ Neste estudo utilizaremos a conceituação de paciente em terminalidade de vida de Moritz *et al.* (2008, p. 423).

Sua obra é uma crítica direta à inexistência das mulheres no estudo que gerou a teoria dos seis estágios do desenvolvimento moral de Kohlberg. Esses estágios foram definidos a partir de entrevistas com crianças e adolescentes e traçados como uma sequência evolutiva universal e invariante que consistia em

uma progressão de três níveis a partir de um entendimento egocêntrico de equidade baseado na necessidade individual (estágios um e dois), à concepção de equidade com base em convenções de acordo social e com elas partilhadas (estágios três e quatro) e finalmente a um entendimento da equidade que se baseia na lógica móvel de igualdade e reciprocidade (estágios cinco e seis) (Gilligan, 1982, p. 38).

Em seu estudo, Kohlberg acompanhou o desenvolvimento de oitenta e quatro meninos durante 20 anos. Pela escala do teórico, as mulheres aparecem escala do teórico, as mulheres aparecem como deficientes morais ao serem categorizadas pelo estágio três. Gilligan (1982, p. 28) relata que

Nesse estágio, a moralidade é concebida em termos interpessoais e a bondade é igualada com o ajudar e agradar a outrem. Essa concepção de bondade é considerada por Kohlberg e Kramer (1969) como funcional na vida de mulheres, na medida que suas vidas acontecem no lar.

Gilligan complementa que para Kohlberg e Kramer os homens encontram-se em “estágios mais elevados, onde os relacionamentos estão subordinados a regras (estágio quatro) e as regras a princípios universais de justiça (estágios cinco e seis)” (Gilligan, 1982, p. 29). Gilligan aponta para o paradoxo de que justamente os elementos tradicionais que definem a bondade da mulher, que são o cuidado e a sensibilidade às necessidades do outro, são as mesmas que definem a sua deficiência no desenvolvimento moral.

Instigada sobre a escala de desenvolvimento moral, Gilligan passou a colaborar na pesquisa de Kohlberg. No entanto, começou a perceber que suas idéias refletiam sua própria filosofia e experiência de vida, ignorando as experiências femininas. A inquietação da autora aumentou ao verificar que 15 entre 25 discentes inscritas na disciplina de desenvolvimento moral de Kohlberg desistiram do curso. Para Kohlberg essas mulheres eram moralmente defeituosas, portanto, não conseguiam acompanhar suas aulas (Carvalho, 2022).

Porém, Gilligan decidiu encontrar essas mesmas discentes e entrevistá-las para identificar suas perspectivas morais. E a autora constatou que a teoria moral

baseada em direitos e princípios não contemplava as questões que essas discentes buscam por respostas. Gilligan (1982) concluiu que o problema moral não surge da disputa de direitos e sim das responsabilidades conflitantes.

Gilligan reflete que é a distinta construção da moralidade que ocasiona a limitação e o fracasso das mulheres no sistema de Kohlberg. A proposta de estudo da autora se fundamenta na percepção de que, no estudo de Kohlberg, houve a incompreensão do entrevistador quanto a distinta forma de resolução de dilemas éticos, no qual a voz masculina enxerga através de sistema de lógica e da lei e a voz feminina através de comunicação e do relacionamento.

A autora faz uma releitura das entrevistas realizadas por Kohlberg e utiliza-se da de Amy no dilema de Heinz para fomentar que o desenvolvimento feminino de moralidade se canaliza para uma ética do cuidado

[...] surgindo do reconhecimento de relacionamento, sua crença na comunicação como modo de solucionar conflito, e sua convicção de que a solução do dilema provirá de sua imperiosa representação parecem longe de ingênuos ou cognitivamente imaturos (Gilligan, 1982, p. 41).

Para a autora, a conexão humana enseja o reconhecimento da responsabilidade de uns pelos outros, o que conota um ato de cuidado e a moralidade do agir. Nessa perspectiva do cuidado, a vida é vista como uma teia ou rede de relacionamentos humanos que os tornam dependentes uns dos outros, ou seja, conectados. A imoralidade do agente se dá pela negação do próprio cuidado, advindo da ciência da necessidade do outro. E é pelo processo de comunicação que toma esse conhecimento (Carvalho, 2022).

Portanto, para a Gilligan (1982, p. 29), essa

concepção de moralidade como envolvida com atividade de cuidado centra o desenvolvimento moral em torno da compreensão da responsabilidade e dos relacionamentos, assim como a concepção de moralidade como equidade vincula o desenvolvimento moral à compreensão de direitos e regras.

Dessa forma, Gilligan (1982) defende que existem diferentes modos de entendimento moral e não imaturidade cognitiva feminina. A autora afirma, ainda, que “as imagens contrastantes de hierarquia e rede no pensamento das crianças sobre conflito e opção morais aclaram duas perspectivas de moralidade que são complementares em vez de sequenciais ou opostas” (Gilligan, 1982, p. 44). Dessa

forma, há uma resignificação dos dilemas morais.

Zoboli (2004, p. 25) reforça que

O imperativo moral para as mulheres configura-se na obrigação de cuidar, já para os homens, aparece como o dever de respeitar as pessoas, protegendo-as de qualquer interferência em sua autonomia ou nos direitos à vida e à auto-realização. A esta perspectiva que define os problemas éticos com base em valores hierárquicos e nas disputas impessoais de direitos Gilligan chama “ética da justiça”, contrapondo-a à “ética do cuidado”, prevalente na visão feminina

Trata-se de uma nova forma de se pensar a ética e a moralidade onde torna-se necessário a integração do respeito aos direitos com o cuidar. A ética do cuidado proposta por Gilligan traz como valores o cuidado e a reciprocidade nas relações, possibilitando uma teoria moral que compreenda o cuidado inserido na complexidade de contexto do outro e que traz a comunicação como método de solução dos dilemas.

Compreender essa teoria pressupõe a percepção dos principais elementos envolvidos em seu discurso que são: (a) a consciência de que a relação entre as pessoas proporciona o reconhecimento da responsabilidade de uns com os outros; (b) o entendimento de moralidade como consequência dessa relação; (c) a certeza de que a solução dos conflitos se dá via comunicação (Kuhnen, 2010).

Gilligan traça o desenvolvimento da ética do cuidado a partir de seu estudo sobre aborto, visando o afastamento da escala de desenvolvimento de Kohlberg. O objetivo do estudo era verificar “os diferentes modos pelos quais as mulheres pensam sobre dilemas em suas vidas” (Gilligan, 1982, p. 83) em uma sociedade patriarcal. Esses dilemas foram marcados pelo constante uso dos termos “egoísta” e “responsável” pelas próprias mulheres, e revelaram a sequência de três perspectivas: egoísmo, responsabilidade e cuidado reflexivo.

A sequência tem como perspectiva inicial o cuidado de si mesma assegurando a sua sobrevivência. “A mulher pensa em cuidar de si mesma porque sente que está inteiramente só” (Gilligan, 1982, p. 85). Ou seja, são tomadas decisões pragmáticas baseadas nas próprias necessidades de sobrevivência. Carvalho (2022) aponta que trata-se de uma perspectiva egoísta, sustentada por um sentimento de solidão. Em seguida há uma fase transitória no qual esse julgamento é criticado como egoísta a modo que se inicia a elaboração do conceito de responsabilidade.

Gilligan (1982, p. 85) afirma que “essa [transição] crítica assinala um novo entendimento da conexão entre o eu e os outros a qual é articulada pelo conceito de responsabilidade”. Elabora-se, assim, a segunda perspectiva que funde o conceito de responsabilidade com moralidade maternal que assegura o cuidado com o dependente. Inicia-se a transição da preocupação exclusiva com o “eu” para com outro, trazendo o estereótipo da bondade feminina que se autossacrifica em prol de seus descendentes.

Durante essa etapa do estudo, Gilligan compreendeu que as duas primeiras sequências revelam características sociais importantes. “Enquanto da primeira perspectiva a moralidade é uma questão de sanções impostas por uma sociedade da qual se é mais súdito do que cidadão, da segunda perspectiva o julgamento moral repousa em normas e expectativas compartilhadas.” (Gilligan, 1982, p. 90). Essa passagem da primeira para segunda marca a participação social e a validação da mulher enquanto membro de uma sociedade dotada de valores sociais.

Embora agora com normas e valores compartilhados, Kuhnen (2015, p. 167) reflete que essa perspectiva tornou-se a essência feminina em uma sociedade patriarcal que

[...] impõem um tipo de exigências às mulheres que as leva a internalizar uma obrigação de auto-sacrifício em nomes daqueles com os quais se relaciona. É nesse momento que a voz relacional pode ser entendida como uma voz feminina convencional, cujo valor depende da capacidade para cuidar e proteger os outros. Conforme Gilligan bem observa, quando assumem essa etapa do desenvolvimento moral, mulheres passam a construir um mundo inundado de estereótipos sobre a bondade feminina, sobre o modo como devem se comportar para agradar e satisfazer as necessidades dos outros, derivando disso sua própria segurança.

Carvalho (2022, p. 38) aponta que uma nova transação se inicia quando “a devoção ao outro gera o desequilíbrio oriundo da exclusão de si mesma”. Ou seja, essa fase é marcada pela percepção que o cuidado responsável com o outro não deve implicar na negação do cuidado de si. Gilligan aponta que surge a terceira perspectiva enquanto síntese dialética entre o egoísmo (primeira perspectiva) e a responsabilidade (segunda perspectiva), interconectando o eu e o outro, e centrando-se na dinâmica das relações humanas e sociais, e que dá origem ao desenvolvimento de uma ética do cuidado.

Para Gilligan, o ideal de maturidade moral se dá com o cuidado reflexivo, ou seja, no alcance da consciência da interconexão e do cuidado das relações, que possibilita a responsabilidade coletiva, ou seja, de todos por todos, assim como por

si mesmo. Embora críticos apontam que seu trabalho retrata a condição feminina, a autora traz uma teoria de desenvolvimento moral para homens e mulheres, como pode ser confirmado no trecho

admitir a verdade da perspectiva das mulheres para a concepção de desenvolvimento moral é reconhecer para ambos os sexos a importância por toda a vida da conexão entre o eu e o outro, a universalidade da necessidade de compaixão e cuidado (Gilligan, 1982, p. 108).

Kuhnen (2015, p.171) aponta que nesse nível de maturidade moral

o indivíduo não se dá apenas conta da existência de direitos, da dignidade humana, de uma perspectiva de justiça refinada e da internalização de princípios universais que guiam sua conduta, mas também de que ele está situado em meio a uma esfera de relações complexas que envolvem o cuidado responsável de si e dos outros.

Sendo assim, o indivíduo tem a capacidade mútua de exercer o desenvolvimento moral do cuidado responsável respeitando os direitos individuais e coletivos. Justamente por essa percepção que Gilligan defende a complementaridade entre a moralidade da justiça e a moralidade do cuidado.

Carvalho (2022, p. 40-41) ratifica que

a ética da justiça, baseada na separação, modera para as mulheres o potencial autodestrutivo de uma vida autossacrificial, trazendo à lume a verdade psicológica de que cuidar de si não é egoísta, ao passo que a ética do cuidado, baseada na interconexão, corrige para os homens o potencial isolacionista de uma moralidade de não-interferência, direitos individuais e autonomia privada.

Portanto, para Gilligan, é a percepção da complementaridade das perspectivas dessas duas eticidades que possibilita a maturidade moral dos indivíduos. Dessa forma, a moralidade da justiça (voz masculina) e a moralidade do cuidado (voz feminina) se distinguem não pelo gênero e sim pelo enfoque interpretativo da vida. No entanto, a utilização dos termos ocasionou a Gilligan fortes críticas de autoras feministas que viram em seu estudo como uma tentativa de generalizar uma suposta natureza psicológica das mulheres. Outra crítica recebida foi quanto a desconsideração de fatores sociais.

Carvalho (2022, p. 34) ratifica que se esse fosse o intuito da obra, Gilligan teria coletado “uma ampla amostra de mulheres de diferentes sociedades e culturas para gerar conclusões universalizáveis”. No entanto, Gilligan no início da

obra esclareceu que

Não cogito das origens das diferenças relatadas, nem de sua distribuição numa população mais ampla, nem nas culturas ou através dos tempos. Evidentemente essas diferenças num contexto social onde fatores de posição e poder sociais se combinam com a biologia reprodutiva para modelar a experiência de homens e mulheres e as relações entre os sexos. meu interesse reside na interpretação de experiências e pensamentos, nas vozes diferentes e nos diálogos que elas suscitam (Gilligan, 1982, p. 12).

Assim como Gilligan e ratificados por Kuhnen e Carvalho, nessa dissertação defenderemos o pressuposto da ampliação do sentido da moralidade. A teoria da Ética do Cuidado quando aplicada ao atual campo do cuidado em saúde, contribui para o rompimento da concepção moderna de individualidade e da racionalidade universal, reinserindo o homem em seu contexto social que leva em consideração as circunstâncias empíricas, saindo exclusivamente da ética deontológica. Dessa forma, o foco central irradia do valor moral do agir para o ser que age, ou seja, prioriza-se o caráter e os motivos do agente em detrimento de regras e/ou consequências. Assumir tal perspectiva possibilita o alcance do objetivo deste estudo.

5 A RELAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO CENTRO DO CUIDADO: REFLEXÃO SOBRE A DINÂMICA RELACIONAL ÉTICA ENTRE MÉDICO-PACIENTE NO CONTEXTO DA TERMINALIDADE DA VIDA EM UTI-A

Toda prática é estruturada por arranjos sociais e possui um bem interno. No cuidado em saúde, esse bem interno (também compreendido como objetivo próprio) pode ser considerado o bem do paciente. E para além de uma prática pautada na legalidade e na ética profissional, acreditamos que somente o enfoque nas pessoas dá sentido à prática. O cuidado em saúde necessita considerar a complexidade das relações, sendo inviável o mesmo ser pautado apenas na deontologia, o que remete ao convite a uma ética do cuidado.

No capítulo anterior buscou-se a reflexão e conexão entre cuidado, terminalidade de vida e ética do cuidado. E essa reflexão nos remete a importância da relação e da comunicação como forma de efetivar um cuidado responsável. No contexto hospitalar, o cuidado não deve negar “a consideração como igual daquele que é o cuidador na relação e daquele que é cuidado” (Kuhnen, 2015, p. 170). Porém, o que observamos na realidade é que a relação entre médico e paciente é assimétrica enquanto partilha de poder.

Vattimo (2023) sinaliza que a relação médico-paciente é uma relação com características especiais porque (a) apresenta especificidades no que concerne a emersão da subjetividade das partes através dos seus valores, expectativas e experiências prévias; (b) a divergência na busca pelo seu próprio bem interior; a desigualdade do conhecimento sobre a doença do paciente frente ao saber dos profissionais da equipe; e, (c) o papel que as partes assumem frente ao processo de adoecimento.

Os autores afirmam que é necessário o reconhecimento dessas especificidades para que possa superá-las e proporcionar um entendimento entre médico e paciente.

Para chegar ao melhor entendimento com o paciente, o médico deve identificar, entre outros pontos, os objetivos da relação, suas próprias obrigações, os valores do atendido, e seu entendimento moral sobre a autonomia. Da parte do paciente, diferentes posturas individuais também podem influenciar a relação: há quem, por exemplo, adote uma postura passiva e confie cegamente no profissional, adotando o “papel do doente”, por razões como influências culturais, contexto socioeconômico, disponibilidade dos recursos de saúde, entre outros, ou por se sentirem

desconfortáveis ou ansiosos quando a tomada de decisão recai sobre eles (Vattimo, 2023, p. 864).

Devido ao domínio do conhecimento científico sobre o corpo humano, os médicos dispõem da detenção de diagnósticos, tratamentos, prognósticos e até mesmo da determinação da terminalidade de vida de seus pacientes. Segundo Epstein (2006, p. 174), “tudo isso transforma a pessoa do médico em agente com poder sobre nosso bem estar físico e nossa saúde”. O autor sinaliza, também, que essa relação assimétrica quando continuada assume estágios exacerbados e patológicos a depender do grau de dependência e perfil psicológico dos atores. Vattimo (2023) nos trouxe a proposta que essa dinâmica relacional apresentando os quatro modelos propostos pelos autores Emanuel e Emanuel.

O modelo paternalista é baseado na tradição hipocrática e é caracterizado por condutas definidas apenas pelo médico, sem a participação do paciente. Esse modelo foi predominante na medicina, tendo perdido espaço com a discussão sobre autonomia do paciente na década de 1970. Nele, o médico exerce sua autoridade e poder na relação com o paciente. Portanto, as tomadas de decisões são unilaterais do médico, como observado em Vattimo (2023, p. 865)

No modelo paternalista, o médico decide o que é melhor para o paciente, com pouca ou nenhuma discussão com ele, com a premissa de que os critérios de escolha foram objetivos e representam valores compartilhados por ambos, importantes para todos os seres racionais, como a preservação da saúde do indivíduo. Mesmo que, em um primeiro momento, o paciente não concorde com a decisão tomada (por não reconhecer os critérios de escolha), assume-se que será grato, mesmo que no futuro. A autonomia se limita à concordância do paciente, seja agora ou a posteriori.

Embora tenha havido avanços bioéticos, a saúde contemporânea ainda é marcada por esse modelo de relação. Existe a correlação do poderio médico não apenas com o paciente, mas também dentro da equipe multiprofissional, no qual o conhecimento das demais categorias são invalidadas pelo médico que assume papel de detentor do conhecimento e das melhores escolhas para o paciente. Vattimo (2023) sinaliza que esse modelo ainda é muito difundido nos atendimentos de emergência e consentido pelo Código de Ética Médica (CEM) em situações que apresentam risco de vida, independentemente da capacidade do paciente para consentir.

Quando abordamos a terminalidade de vida, observamos o rompimento

desse modelo, visto que ao não dispor mais de plano terapêutico curativo, a equipe médica perde sua detenção de poder frente às melhores escolhas que determinam para o paciente e transferem para o mesmo ou à família a responsabilidade de decidir sobre seu fim de vida. E o segundo modelo trazido por Vattimo (2023) remete a essa realidade da falta de cuidado na relação.

O modelo informativo é caracterizado pela acomodação do médico. Nesse modelo o médico se limita a fornecer informação relevante para o paciente escolher a intervenção a ser executada. Ou seja, o médico assume o papel de transmitir informações, deixando o poder de decisão sob responsabilidade do paciente e executando as ações propostas pelo mesmo. Vattimo (2023, p. 866) conclui que

No modelo informativo não há campo para os valores do médico, o qual também não deve buscar entender ou julgar os valores do paciente. O profissional se limita apenas a ser fonte de informação técnica, restrita à sua área de expertise. O modelo informativo, portanto, se adequa bem às teorias morais que mais valorizam a autonomia, que é vista como controle total do paciente sobre a tomada da decisão médica.

Vattimo (2023) traz como evolução desse relacionamento o modelo interpretativo. Esse modelo é caracterizado pelo médico não se limitar ao fornecimento de informação técnica e sim atuar como conselheiro do paciente. A autonomia é entendida como busca pelo autoentendimento para auxiliar na tomada da decisão compatível com os desejos do paciente. O autor conclui, ainda, que

No modelo interpretativo, assume-se que os valores que baseiam os reais desejos do paciente não são totalmente conhecidos por ele ou fixos. O objetivo do médico deve ser, portanto, investigá-los e interpretá-los, para compreender, sem julgamentos, o que o paciente realmente deseja. O profissional então auxilia seu paciente a selecionar as intervenções disponíveis que representam de forma mais fidedigna esses valores (Vattimo, 2023, p. 866).

Esse modelo, embora apresente vantagens frente aos dois anteriores, se limita ao fato da própria dificuldade da equipe médica em dispor de tempo e habilidade para abordar os valores dos pacientes. Vattimo (2023, p. 872) reflete ainda que alguns críticos argumentam que nesse modelo “alguns médicos podem querer impor seus valores, sob o pretexto de que estão elucidando os valores de seus pacientes”. Assim como também não permite a sugestão para que os pacientes adotem outros valores que beneficiam sua condição clínica, comprometendo as

ações de promoção à saúde.

Tais modelos não respondem às necessidades de cuidado. Ora os médicos retiram do paciente seu poder decisório, ora se exime do seu papel e transferem para os pacientes decisões que não são apenas valorativas e como também técnicas. O cuidado em saúde vem exigindo cada vez mais a consolidação de um modelo cuja recomendação médica permita a reflexão do paciente a respeito de sua própria condição e possibilite decisões compartilhadas. Dessa forma, Vattimo (2023) traz o quarto modelo como sendo o ideal no cuidado em saúde.

O modelo deliberativo propõe uma nova forma de relação entre médico e paciente e é caracterizado pela orientação não apenas do que pode ser feito, como qual seria a melhor ação. Nesse modelo a autonomia é entendida como autodesenvolvimento. Ou seja, apesar do paciente estar no controle, ele pode considerar o que o médico julga como mais adequado à situação dele. Portanto, nesse modelo

A meta é ajudar o paciente a determinar e escolher os melhores valores que podem se aplicar à sua situação clínica. Aqui, o médico também ajuda a elucidar os valores do paciente e expõe as opções disponíveis, porém, também sugere quais valores são mais adequados e devem ser almejados. Médico e paciente, portanto, analisam as opções e as julgam em conjunto. A palavra final, contudo, é do paciente (Vattimo, 2023, p. 866).

O modelo deliberativo vai ao encontro da ética do cuidado que preconiza que a dinâmica relacional entre médico e paciente deva guiar as ações que levam ao bem pelo motivo certo e não somente pela necessidade, assim como permitir ao paciente lidar com as situações e decisões que envolvem a terminalidade de vida. Para a ética do cuidado, a terminalidade está, também, diretamente relacionada à qualidade e projeto de vida do paciente. Porém, ainda hoje é comum ser uma decisão unilateral da equipe médica, baseada em dados objetivos e subjetivos.

Observamos através dos modelos de relação que as decisões médicas unilaterais trazem ao questionamento sobre a autonomia do paciente. Embora muito se discuta sobre a utilização ou não da palavra paciente, visto que se espera da pessoa uma postura ativa e não passiva frente a sua doença, propositalmente abraçamos a utilização desse termo neste estudo devido a sua etimologia. Paciente vem do latim "*patientem*" que significa o que sofre, o que padece. É assim que muitos pacientes em contexto de terminalidade da vida se encontram internados na

UTI-A.

A UTI-A possui uma característica própria: salvar vidas. No entanto, entre as necessidades de preservação da vida encontram-se pacientes que sentem medo, ansiedade e tristeza frente ao risco iminente de morte, da perda de autonomia e dos estressores do ambiente da UTI. Embora seja, ainda, um setor marcado pela frieza das relações, Moritz *et al.* (2012) aponta que, muitas vezes, esses sentimentos são compartilhados pelos profissionais integrantes da equipe médica.

Epstein (2006, p. 102) aponta que a construção da relação médico e paciente tem dupla constituição: “em parte, pelas necessidades e expectativas de cada um e pela capacidade que eles têm para estabelecer uma interação comunicativa adequada às necessidades de ambos”. Para o autor, essa constituição perpassa a dimensão afetivo-expressiva e a dimensão técnico-instrumental e demonstra que essa interação comunicativa é constantemente negociada entre ambos.

Siqueira (2011) aponta que a dinâmica relacional vem sendo desconstruída ao longo dos anos em decorrência do crescimento da tecnologia na medicina que fez com que a prática profissional de anamneses elucidativas se atrofiasse, dando lugar a precisão das informações fornecidas por equipamentos e conferindo-lhes maior grau de importância do que o próprio paciente. Dessa forma, a relação que era vista como complementar, tornou-se essencial.

A vinculação entre profissional e enfermo, que o ato médico impõe, é resultado de dois movimentos que se completam: o do enfermo que procura o profissional e o do médico que acolhe o paciente. Embora ambos sejam qualitativamente distintos, Hipócrates os descreveu por um único termo: *philia* – que deve ser traduzido como amizade, amor, solidariedade e compaixão (Siqueira, 2011, p. 19).

E a desconstrução dessa dinâmica relacional está cada vez mais se tornando o principal agente estressor na internação em UTI. Estudos, como de Gomes e Carvalho (2018), apontam que para o paciente de UTI a incerteza do diagnóstico e tratamento, assim como a má qualidade da comunicação ou atenção da equipe são os fatores que mais geram sentimento de ansiedade e medo. É inegável que o prognóstico de um paciente terminal vem acompanhado de notícias difíceis, porém é preciso dialogar sobre elas.

Vattimo e Belfiore (2023a, p. 600) define má notícia como “qualquer informação que possa alterar drasticamente a visão de um paciente sobre seu futuro

ou que resulte em um déficit cognitivo, comportamental ou emocional na pessoa que a recebe, que persiste por algum tempo após o recebimento da notícia”. Contudo, o ser humano é subjetivo e a definição se a notícia é má ou não está relacionada não apenas ao contexto clínico e a percepção do médico, mas também aos valores e experiências desse paciente.

Portanto, para fins deste estudo seguiremos a orientação pela utilização da nomenclatura notícias difíceis. Mas também nos cabe perguntar: O que é o difícil no processo da comunicação: o conteúdo da notícia a ser dada ou a interação entre o médico e o paciente?

A comunicação é parte do cuidado. E enquanto uma esfera do cuidado, para além de efetiva, clara e dinâmica, precisamos transformá-la em afetiva. Observa-se que cada vez mais, a equipe médica tem sido chamada a assumir uma postura ética de acolhimento. Forte e Souza (2012, p. 14) refletem que a comunicação “se relaciona com as decisões tomadas e também com a saúde e a qualidade de vida das pessoas envolvidas, especialmente em situações delicadas como aquelas relacionadas ao fim de vida”

Tratar da dinâmica relacional entre médico e paciente através do viés da comunicação como cuidado pressupõe abordar tomada de decisão compartilhada. Vattimo (2023, p. 873) afirma que no compartilhamento de decisão

médico e paciente devem ter mútua participação e respeito, cabendo ao profissional ajudar seu paciente a entender a situação clínica e os cursos de ação disponíveis. Ao paciente, cabe transmitir suas preocupações e desejos. A decisão final é feita, então, em conjunto, de forma colaborativa. Na decisão médica compartilhada, tanto a contribuição do médico quanto a do paciente são ativas e essenciais. Enquanto o médico fornece a técnica, o paciente fornece conhecimento sobre seus desejos e valores subjetivos, estabelecendo-se, assim, uma divisão de fatos e valores.

Conclui-se que as tomadas de decisão compartilhadas exigem que o médico e o paciente estabeleçam uma relação de confiança. Manning (2009) traz a reflexão que o cuidado é caracterizado pela consciência da relação. Inicialmente, existe uma relação mais básica que prossegue para uma relação imediata de necessidade e da capacidade de satisfazer essa necessidade. A autora contribui discorrendo sobre a existência de quatro processos centrais numa ética de cuidado: atenção moral, compreensão simpática, consciência da relação, e harmonia e acomodação.

A atenção moral é a atenção prestada à situação em toda a sua complexidade. Ou seja, para a autora quando se está moralmente atento, adquire-se

conhecimento detalhado que permite resposta simpática à situação. A compreensão simpática requer estar aberto a se identificar e simpatizar com as pessoas envolvidas na situação. Tal atitude permite compreender, responder e satisfazer a necessidade do outro “de forma a preservar o seu sentido de competência e dignidade, ao mesmo tempo que abordamos as suas necessidades ou aliviemos o seu sofrimento” (Manning, 2009, p. 107, tradução nossa).

A consciência da relação trata da importância de se examinar a situação do ponto de vista dos cuidados para que os sujeitos tenham sensibilização para as relações. A autora supracitada conclui ainda que

Podemos estar conscientes da rede de relações que ligam os seres humanos, e preocupamo-nos em preservar e nutrir essas relações. À medida que as pessoas atentas pensam no que devem fazer, tentam não minar estas relações, mas antes alimentar e alargar as relações que apoiamos florescimento humano (Manning, 2009, p. 107, tradução nossa).

Manning (2009) descreve que a harmonia e a acomodação estão relacionadas com a noção de consciência da relação. Segundo a autora, para alimentar redes de cuidados é necessário acomodar as necessidades de todos, incluindo a si próprio. Embora não seja viável alinhar o que todos pensam e precisam, Manning ratifica a importância de se dar a todos os interessados um sentido de envolvimento e consideração no processo para que se preserve a harmonia.

A empatia, portanto, tornou-se um elemento central no debate sobre as interações sociais no cuidado em saúde. Ainda que sendo um elemento central para a constituição de uma dinâmica relacional entre médico e paciente, nota-se resistência por parte desses profissionais. Muffato e Gaiva (2019, p. 2) complementam que o “cuidado empático envolve a valorização da equidade em saúde, com sensibilização recíproca entre profissional e paciente, e do reconhecimento do outro em sua singularidade e complexidade”.

A experiência de atuação profissional em UTI-A possibilitou a percepção de que, a empatia por parte da equipe médica influencia diretamente na sua prática clínica, favorecendo projetos terapêuticos individuais e tomadas de decisões assertivas. E em complementaridade às reflexões postas pelos autores supracitados, podemos perceber que a constituição de uma relação empática é intrínseca à comunicação.

Uma interação interpessoal empática e compassiva entre médico e paciente influencia positivamente o entendimento deste último sobre questões relativas a sua saúde, as decisões tomadas quanto a seu tratamento, sua capacidade de ajustamento a sua nova realidade e seu bem-estar psicológico. [...] Um médico pode limitar as conexões empáticas com seus pacientes quando enxerga a empatia apenas como a sensação de compaixão e cuidado. Ao contrário, médicos que vêem a empatia como a capacidade de entender a perspectiva do paciente tendem a não achar necessário se distanciar emocionalmente. Por fim, a flexibilidade na avaliação e tratamento dos pacientes, baseada em fatores individuais e situacionais, é valorizada por médicos empáticos, permitindo a adoção de condutas individualizadas para cada paciente segundo tais fatores (Vattimo; Belfiore, 2023a, p. 604-605).

É a comunicação para englobar a complexidade e atender as necessidades que envolve a terminalidade de vida, orienta-se o “cultivo de habilidades de comunicação, muitas das quais podem ser treinadas e aprendidas” (Vattimo; Belfiore, 2023a, p. 612). Cada vez mais estudos apontam que estratégias estão sendo utilizadas por profissionais da equipe médica para condução de um processo de comunicação efetivo e afetivo.

Vattimo e Belfiore (2023a) propõem o protocolo chamado em inglês de SPIKES, que é: S: setting up (preparar a entrevista); P: patient’s perceptions (assimilar a percepção do paciente); I: patient’s invitation (avaliar o desejo por informação do paciente); K: knowledge to the patient (fornecer as informações ao paciente); E: empathic responses (utilizar empatia para lidar com as emoções do paciente); e, S: strategy and summary (estratégia e síntese).

Encontramos em Forte e Souza (2012) a sugestão da utilização da regra mnemônica chamada em inglês de VALUE como forma de alcançar uma comunicação pautada no cuidado, que consiste em V: valorize (valorizar o que os familiares disserem); A: acknowledge (empatizar e validar emoções, como frustração, raiva, medo, etc.); L: listen (ouvir a família); U: understand (entender o paciente como pessoa, isto é, o que ele fazia, o que gostava o que não gostava, etc.);e, E: elicit questions (perguntar ativamente tentando esclarecer dúvidas).

Independente da utilização ou não de técnicas de comunicação, o que precisa ter como base na atuação e intervenção é que o adoecer impacta psicossocialmente a equipe médica e o paciente, que cada vez mais tem buscado por um modelo de atenção baseado no cuidado que considere suas crenças e valores, principalmente no contexto da terminalidade de vida. A percepção de uma melhor comunicação com a equipe por parte do paciente possibilita essa confiança na tomada de

decisões.

E uma tomada de decisão confiante requer a introdução precoce das questões de fim de vida para que o paciente possa se preparar para situações difíceis, o que inclui a morte. Isso evita tomadas de decisões sob pressão e garante a preservação da sua autonomia, principalmente quando internados em UTI e, muitas vezes, não possuindo mais capacidade de consentimento. Nessas situações clínicas, tem se discutido muito sobre as diretivas antecipadas de vontade que prevê o respeito aos valores e desejos do paciente.

São os valores do paciente, portanto, que devem guiar a discussão sobre decisões de fim de vida, de forma que o familiar possa compreender que sua decisão não corresponde ao que ele prefere, mas sim às preferências do paciente, tirando de si o fardo decisório (Vattimo; Belfiore; Ducatti, 2023, p. 650).

A comunicação efetiva e afetiva tem propiciado a decisão compartilhada através de um plano de cuidado alinhado aos valores do paciente. Em um ambiente altamente tecnológico com a UTI, a adoção da comunicação enquanto parte do cuidado, tem repercutido em um menor uso de recursos tecnológicos quando estes não apresentam benefício ao paciente. Porém, apesar desse avanço no cuidado, ainda são comuns conflitos entre pacientes e a equipe médica nesse contexto de terminalidade da vida.

Vattimo, Belfiore e Ducatti (2023) apontam que esses conflitos atingem até um terço dos casos no contexto de decisões de fim de vida de UTI. E Epstein (2006, p. 104) ratifica, ainda, que muitos conflitos são ocasionados pela comunicação falha, seja pela “(a) incompreensão, por parte do médico, das palavras usadas pelo paciente para expressar a dor e sofrimento; (b) falta ou dificuldade do médico para transmitir informações adequadas ao paciente; (c) dificuldade do paciente na adesão ao tratamento”.

Isso evidencia a insuficiência da técnica na condução do processo de morrer nas UTIs e traz o questionamento sobre como preencher essa lacuna. Defendemos a necessidade de que a equipe médica, embora responsável pela promoção do cuidado, torne-se junto ao paciente, objeto de cuidado. Portanto, avaliamos como sendo essencial o aprofundamento no estabelecimento de uma dinâmica relacional entre o médico e o paciente como mediação para angústias, dilemas e conflitos oriundos do cuidado, em especial na terminalidade de vida.

Portanto, faz-se necessário conhecer quais são os principais conflitos bioéticos oriundos das decisões de cuidado na terminalidade de vida na UTI como forma de evitar a desconfiança do paciente, sindicâncias ético-profissionais, abandonos de tratamento e até mesmo uma má qualidade na prestação dos serviços ofertados. Assim como contribuir com reflexões para as resoluções desses conflitos bioéticos através de uma ética do cuidado.

6 A VIDA E O PROCESSO DE MORRER: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE OS CONFLITOS BIOÉTICOS NA TERMINALIDADE DA VIDA EM UTI-A

A morte é um problema social¹¹. Elias (2001, n.p.) reflete que a “morte é especialmente difícil de resolver porque os vivos acham difícil identificar-se com os moribundos”. Para o autor, a imagem e a atitude em relação à morte está relacionada à relativa segurança, previsibilidade e aumento da expectativa de vida. Portanto, o alongar da vida acaba por adiar a morte. Porém, é necessário aceitar que todas as vidas têm um fim. Logo, precisamos lidar com a finitude humana como um fato da nossa existência.

Ariès (2012) relata que durante milênios o homem foi o senhor soberano da sua morte e a via com normalidade visto que raramente ocorria de forma súbita, o que lhe permitia despedidas, ordens e recomendações. Historicamente, cabia aos médicos a comunicação da terminalidade da vida. Porém, no século XVIII o mesmo renuncia seu papel, passando no século XIX somente a falar quando interrogado e assim mesmo, com ressalvas. Desde então, coube a família esse comunicado para suprir a necessidade da revelação.

Na contemporaneidade, observa-se o silêncio. Adotou-se um novo costume, considerado por Ariès (2012, p. 219) como uma regra moral que a pessoa “morra na ignorância de sua morte”. O autor relaciona essa inversão não apenas a cultura do bem estar que não dá espaço ao sofrimento e a morte, mas ao monopólio afetivo familiar que tenta afastar a percepção da presença da morte como recusa em admitir a morte daqueles a quem se ama. Ocasionalmente, assim, a renúncia do doente à sua própria morte, o impossibilitando de organizá-la e planejá-la, assim como o privando de seus direitos.

Ariès (2012, p. 225) afirma que existem duas maneiras de morrer mal: “uma consiste na busca de uma troca de emoções e a outra, na recusa em comunicar-se”. Observa-se que pronunciar a palavra morte pode ocasionar uma tensão emocional dos envolvidos. O autor aponta que, atualmente, a única forma de romper esse isolamento de comunicação e deixar com que a morte transpareça e seja pronunciada é quando tratamos de doenças com fama ou que de fato sejam incuráveis. Atualmente, o câncer se tornou a representação da morte.

¹¹ Em conformidade com o autor Norbert Elias em sua obra *A solidão dos Moribundos* (2001).

Ariès (2012) sinaliza que é retirado do doente grave a sua angústia existencial e passa a lhe ser exigido que seus pensamentos sejam condicionados somente ao diagnóstico e tratamento da doença. Inicia-se um novo padrão comportamental, no qual o doente passa a ser tratado de forma infantilizada, retirando do mesmo sua responsabilidade e sua capacidade de refletir e decidir. E nesse contexto, Ariès (2012, p. 264) afirma que se inicia a “‘medicalização’ da ideia que se faz da vida, ou seja, com a invasão das técnicas da vida”, configurando a tomada de poder pelo médico hospitalar.

Moritz *et al.* (2008, p. 422) trazem a reflexão que a partir do século XX, houve o enorme crescimento do poder de intervenção do médico “sem que ocorresse simultaneamente uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos”. Aspectos sociais e culturais dificultam o tratamento de um paciente em terminalidade de vida em sua casa. Os hospitais se tornaram, portanto, o lugar da morte moderna, apresentando a estimativa de cerca de 70% das mortes do mundo ocorrerem em suas dependências.

E no ambiente hospitalar, a morte e o processo de morrer ganham maior expressividade justamente nas Unidades de Terapia Intensiva. Embora façam parte do cotidiano da equipe assistencial, o processo de morte ainda causa desconforto aos profissionais que atuam em um setor marcado pelo paradigma curativo e caracterizado pelo cuidado intensivo e crítico em uma medicina de alta tecnologia que visa o emprego de recursos para a manutenção da vida.

A UTI-A configura-se, portanto, como um setor de cuidado com enorme complexidade e dramaticidade e que de acordo com Pessini (2016, p. 55),

De um lado, estamos diante de expressões magníficas do progresso técnico-científico da medicina, que realiza verdadeiros “milagres” ao salvar vidas que até há muito pouco tempo era simplesmente impossível fazer, a não ser em sonho! Por outro, assombra e assusta o fato de podermos ser obrigados a passar por prolongado, sofrido e inútil processo de morte!

Sendo assim, o progresso da medicina intensiva proporcionou uma mudança diante da morte. Não apenas pela alienação do paciente frente a sua terminalidade de vida, mas também pela variabilidade de sua duração que pode ser abreviada ou estendida conforme o desejo da equipe assistencial e da família. Podemos afirmar que nas UTIs torna-se quase impossível morrer sem a anuência do médico intensivista. E é dessa complexidade em saber quando e por quanto tempo utilizar

de todo aparato tecnológico e o custo-benefício dessa decisão que emergem as inúmeras questões éticas relacionadas ao cuidado na terminalidade de vida em UTI-A.

Os dilemas relacionados à terminalidade da vida passaram a ocupar um espaço relevante e persistente nas discussões bioéticas. Pessini (2016, p. 55) descreve que a UTI é permeada por dilemas relacionados às

decisões terapêuticas de investir ou não no tratamento do paciente; definição de estado de reversibilidade ou não; administração de nutrição e hidratação; comunicação de más notícias; participação dos familiares no processo de decisões do paciente; interação profissional da equipe de cuidados que atua na UTI com o paciente e familiares (humanização); decisões judiciais para admissão de pacientes em UTI, entre tantas outras.

Dessa forma, torna-se essencial identificar quais são os principais conflitos bioéticos apontados por médicos e pacientes de forma a contribuir, segundo Moritz (2012), para a proporcionalidade ou equilíbrio entre a eficácia do tratamento proposto, o benefício ao paciente de acordo com seu valor e a onerosidade da intervenção, garantindo que o cuidado esteja de acordo com os ideais de valores para uma morte digna para o paciente.

6.1 METODOLOGIA

Esse capítulo trata de uma revisão integrativa da literatura acadêmica que consiste na síntese sistemática e organizada de múltiplos estudos a fim de apontar os principais conflitos bioéticos vivenciados na relação médico-paciente no cuidado de terminalidade de vida em unidades de terapia intensiva.

6.1.1 Identificação da pergunta estruturada

Iniciamos, de forma clara e objetiva, com a identificação do termo central da pesquisa que foi: conflitos bioéticos na relação médico-paciente no cuidado de pacientes em contexto de terminalidade de vida internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Prosseguimos com a utilização da estratégia dos acrônimos PICo (Lockwood *et al.*, 2020), resultando nos seguintes parâmetros:

População	Paciente em terminalidade de vida
Interesse	Conflito bioético na relação médico-paciente
Contexto	Unidade de terapia intensiva adulto

Dessa forma, a pergunta estruturada foi definida como: Quais são os conflitos bioéticos na relação médico-paciente que aparecem nas produções científicas relacionados ao cuidado em terminalidade de vida de pacientes internados em unidades de terapia intensiva adulto?

6.1.2 Descritores em saúde

Através das palavras chaves identificadas no decorrer do estudo, optamos em dividi-las em quatro blocos de afinidade, sendo três com base na estratégia dos acrônimos PICO e um com palavras chaves extras que auxiliarão na busca. Foram utilizados os termos do Medical Subject Headings (MeSH), presentes também nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS):

Quadro 1 - Descritores em saúde utilizados no estudo

	<i>Palavra Chave</i>	<i>DeCS</i>	<i>MeSH</i>
P	paciente terminal	doente terminal	terminally ill / critically ill patients
	doença terminal	estado terminal	critical illness
I	conflitos bioéticos	temas bioéticos	bioethical issues
	futilidade terapêutica	futilidade médica	medical futility
	bioética	bioética	bioethics
	ética clínica	ética clínica	ethics, clinical
	análise ética	análise ética	ethical analysis
	relação médico-paciente	relações médico-paciente	physician-patient relations
	equipe de assistência médica	equipe de assistência ao paciente	patient care team / healthcare team

	tomadas de decisões	tomada de decisões	decision making/ decision-making
Co	cuidado de fim de vida	assistência terminal	terminal care /end-of- life care
	cuidado intensivo	cuidados críticos	critical care
	unidade de terapia intensiva/ UTI	unidades de terapia intensiva	intensive care units

Fonte: Elaboração própria.

6.1.3 Estratégias de buscas

Como forma de estratégia da seleção da amostra a ser analisada, foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos com textos completos e disponíveis gratuitamente, que possibilitem o levantamento e a identificação de conflitos bioéticos no cuidado da terminalidade de vida em UTI, que tenham como participantes médico e/ou pacientes adultos e que aborde a perspectiva dessa população, que tenham sido publicados no período de 2013 e 2023 e nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram excluídos resumos, editoriais, livros, documentos, monografias, dissertações, teses, cartas ao editor, anais de eventos científicos, relatos de experiências, estudos de: caso, reflexão ou revisão da literatura (narrativa, integrativa ou sistemática); artigos repetidos na mesma base de dados ou em bases diferentes; estudos relacionados a pandemia SARS-COV-2 (Covid-19) devido a especificidade e periodicidade da situação; estudos que abordam cuidados paliativos visto que pressupõe já ter ocorrido consenso entre paciente-médico-família; estudos sobre morte encefálica, pois limitaria a relação médico-família; e, estudos associados a legislações específicas que regulamentam limitação do esforço terapêutico/ limitação de suporte de vida, eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade, visto que são legislações não amplamente aplicáveis.

A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2023 na base de dados PubMed, Oasisbr, SciELO e na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo todas as bases disponíveis nesta plataforma, como: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

(MEDLINE). Utilizamos os descritores informados em 4.1.2 com os booleanos AND e OR, conforme pode ser visto na tabela abaixo.

Tabela 1 - Estratégia de busca

Base de dados	Estratégia de busca	Achados	Após filtros e exclusões	Seleção por título	Seleção por resumo
BVS	(doente terminal) OR (terminally ill) OR (estado terminal) OR (critical illness) AND (assistência terminal) OR (terminal care) OR (cuidados críticos) OR (critical care) AND (unidades de terapia intensiva) OR (intensive care units) AND (bioética) OR (bioethics) OR (temas bioéticos) OR (bioethical issues) OR (ética clínica) OR (ethics, clinical) OR (análise ética) OR (ethical analysis) AND (relações médico-paciente) OR (physician-patient relations)	112	45	9	0
	(unidades de terapia intensiva) OR (intensive care units) AND (relações médico-paciente) OR (physician-patient relations) AND (futilidade médica) OR (medical futility) AND (temas bioéticos) OR (bioethics issues)	32	6	4	0
	(relações médico-paciente) OR (physician-patient relations) OR (doente terminal) OR (paciente terminal) OR (terminally ill) AND (assistência terminal) OR (terminal care) OR (cuidados críticos) OR (critical care) AND (unidades de terapia intensiva) OR (intensive care units) AND (bioética) OR (bioethics) OR (temas bioéticos) OR (bioethical issues)	42	17	1	1 sendo,1 lng
	(unidades de terapia intensiva) OR (intensive care units) AND (relações médico-paciente) OR (physician-patient relations) AND (temas bioéticos) OR (bioethics issues)	912	252	33	0

	(relações médico-paciente) OR (relação médico-paciente) OR (physician-patient relations) OR (doente terminal) OR (paciente terminal) OR (terminally ill) AND (assistência terminal) OR (cuidados de fim de vida) OR (terminal care) OR (end-of-life care) AND (unidades de terapia intensiva) OR (UTI) OR (intensive care units) OR (intensive care unit) AND (problemas éticos) OR (temas bioéticos) OR (ethical issues)	261	111	16	0
	OR (bioethical issue) OR (bioethical issues)				
	(relações médico-paciente) OR (relação médico-paciente) OR (physician-patient relations) OR (doente terminal) OR (paciente terminal) OR (terminally ill) OR (equipe de assistência ao paciente) OR (equipe de assistência médica) OR (patient care team) OR (healthcare team) AND (assistência terminal) OR (cuidados de fim de vida) OR (terminal care) OR (end-of-life care) AND (unidades de terapia intensiva) OR (UTI) OR (intensive care units) OR (intensive care unit) AND (problemas éticos) OR (temas bioéticos) OR (ethical issues) OR (bioethical issue) OR (bioethical issues)	300	139	23	1 sendo,1 Port
PubMed	(terminally ill) OR (critical illness) AND (terminal care) OR (critical care) AND (intensive care units) AND (bioethics) OR (bioethical issues) OR (ethics, clinical) OR (ethical analysis) AND (physician-patient relations)	8338	116	13	0
	(end-of-life care) OR (critically ill patients) AND (decision-making) AND (intensive care units)	2.177	158	20	0
	(medical futility) AND (intensive care units)	423	73	10	1 sendo,1 Ing

	(physician-patient relations) AND (intensive care units)	682	30	4	0
	(bioethics) OR (bioethical issue) OR (ethics, clinical) OR (ethical analysis) AND (intensive care units)	2.857	463	5	0
	(decision making) OR (decision-making) AND (intensive care units)	5.233	294	11	0
	(physician-patient relations) OR (patient care team) OR (healthcare team) AND (intensive care units)	6.270	295	5	1 sendo,1 Ing
	(terminally ill) OR (critically ill patients) AND (intensive care units)	26.289	576	1	0
Oasisbr	(relações médico-paciente) OR (relação médico-paciente) OR (doente terminal) OR (paciente terminal) OR (equipe de assistência médica) AND (assistência terminal) OR (cuidados críticos) OR (cuidados de fim de vida) AND (unidades de terapia intensiva) OR (UTI) AND (bioética) OR (temas bioéticos)	12	3	1	0
	(unidades de terapia intensiva) AND (bioética)	131	41	6	0
	(futilidade médica) AND (unidades de terapia intensiva)	18	4	2	0
	(relações médico-paciente) OR (equipe de assistência médica) AND (unidade de terapia intensiva)	379	88	2	0
	(temas bioéticos) OR (ética clínica) OR (análise ética) AND (unidades de terapia intensiva)	635	161	4	0
	(tomada de decisões) AND (unidades de terapia intensiva)	145	43	1	1 sendo,1 Port
	(doente terminal) OR (assistência terminal) OR (estado terminal) OR (cuidados críticos) AND (unidades de terapia intensiva)	1.321	572	11	0

SciELO	(doente terminal) OR (terminally ill) OR (estado terminal) OR (critical illness) AND (assistência terminal) OR (terminal care) OR (cuidados críticos) OR (critical care) AND (unidades de terapia intensiva) OR (intensive care units) AND (bioética) OR (bioethics) OR (temas bioéticos) OR (bioethical issues) OR (ética clínica) OR (ethics, clinical) OR (análise ética) OR (ethical analysis) AND (relações médico-paciente) OR (physician-patient relations)	2	2	0	0
	(doente terminal) OR (terminally ill) AND (unidades de terapia	25	15	2	0
	intensiva) OR (intensive care units) AND (bioética) OR (bioethics) OR (temas bioéticos) OR (bioethical issues)				
	(doente terminal) OR (terminally ill) OR (estado terminal) OR (critical illness) AND (unidades de terapia intensiva) OR (intensive care units) AND (bioética) OR (bioethics) OR (temas bioéticos) OR (bioethical issues) OR (ética clínica) OR (ethics, clinical) OR (análise ética) OR (ethical analysis)	82	55	1	0
	(assistência terminal) OR (terminal care) OR (cuidados críticos) OR (critical care) AND (unidades de terapia intensiva) OR (intensive care units) AND (bioética) OR (bioethics) OR (temas bioéticos) OR (bioethical issues) OR (futilidade médica) OR (medical futility)	838	541	21	1 sendo, 1 Esp
	(futilidade médica) OR (medical futility) AND (unidades de terapia intensiva) OR (intensive care units)	52	30	9	1 sendo, 1 Esp
	(physician-patient relations) OR (relações médico-paciente) OR (equipe de assistência ao paciente) OR (patient care team) OR (healthcare team) AND (unidades de terapia intensiva) OR (intensive care units)	839	516	3	1 sendo, 1 Port

Fonte: Elaboração própria.

A pesquisa realizada nas bases de dados e plataforma resultou em 58.407 artigos, sendo BVS (n=1.659), PubMed (n=52.269), Oasisbr (n=2.641) e SciELO (n=1.838). Após a aplicação de filtros e dos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 53.761 artigos, sendo BVS (n=1.089), PubMed (n=50.264), Oasisbr (n=1.729) e SciELO (n=679).

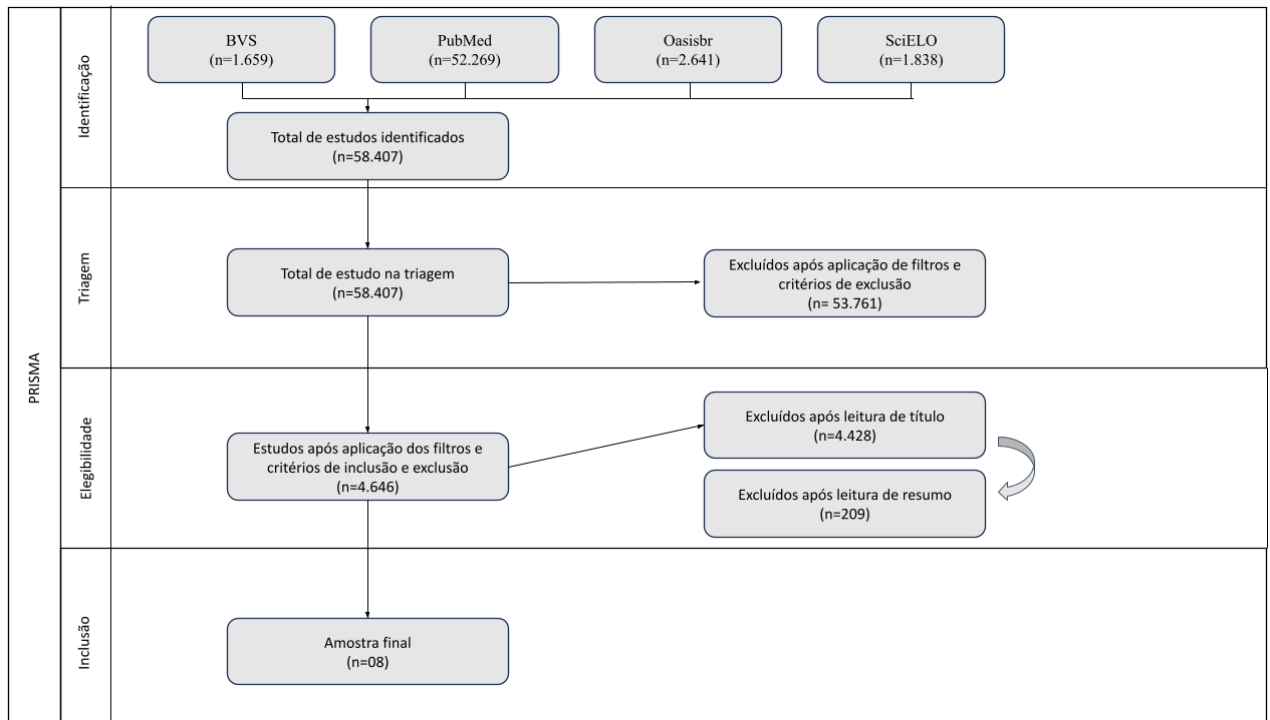
Foram analisados pelo título 4.646 artigos, sendo BVS (n=570), PubMed (n=2.005), Oasisbr (n=912) e SciELO (n=1.159). Desses, 4.428 excluídos por não se enquadrarem na temática proposta, totalizando 218 artigos selecionados para leitura dos resumos, sendo BVS (n=86), PubMed (n=69), Oasisbr (n=27) e SciELO (n=36).

Após leitura do resumo 209 foram excluídos por não apresentarem informações que possibilitassem a identificação de conflitos bioéticos na relação médico-paciente no contexto da terminalidade de vida em UTI-A ou por não abordarem exclusivamente a perspectiva médica e/ou do paciente. Dessa forma, 8 artigos foram selecionados para a leitura integral do texto, sendo BVS (n=2), PubMed (n=2), Oasisbr (n=1) e SciELO (n=3).

Para a seleção dos artigos, foi utilizado como ferramenta de gerenciamento de referências bibliográficas o programa Zotero. E como método de sistematização das buscas foi utilizado o instrumento PRISMA. Moher *et al* (2015) relata que a utilização do fluxograma auxilia o pesquisador na melhora do relato de revisões sistemáticas e meta-análises. Durante a sistematização foi mantida a autenticidade das idéias dos autores dos artigos originais.

6.2 SISTEMATIZAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Figura 1 - Fluxograma, segundo Prisma, para selecionar os estudos encontrados



Fonte: Elaboração própria.

Para a etapa de leitura e análise dos artigos, foi elaborado quadro com as seguintes informações: identificação (título e autor), características (periódico, base de dados, ano e país de publicação), objetivo e conclusão do estudo, estudo (tipo e população participante), resultados (principais contribuições) e dilemas bioéticos (identificação dos temas bioéticos). Após o levantamento dos principais conflitos bioéticos vivenciados na relação médico-paciente no contexto da terminalidade de vida em Unidade de Terapia Intensiva, será realizada análise e discussão através técnica de análise de conteúdo temático-categorial.

Quadro 2 - Artigos incluídos na revisão integrativa

IDENTIFICAÇÃO		CARACTERÍSTICA	ESTUDO	OBJETIVO/ CONCLUSÃO	RESULTADO ¹²	DILEMAS BIOÉTICOS ¹³
1	Girbau, Monedero e Centeno El buen cuidado de pacientes que fallecen en unidades de cuidados intensivos en España. Un estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial	Anales del Sistema Sanitario de Navarra SciELO Espanha 2017	Estudo de coorte observacional e retrospectivo Participantes: 282 pacientes	Avaliar a qualidade do atendimento clínico prestado aos pacientes que morrem em unidades de terapia intensiva (UTI) na Espanha. Os autores concluem em seu estudo que as UTIs espanholas não alcançam os níveis mínimos dos padrões internacionais de cuidado de fim de fim.	<p>“É comum que os pacientes morram sozinhos, sintam dor e tenham outros sintomas mal controlados” (p.340)</p> <p>“Eles também experimentam os eventos adversos de tratamentos intensivos mantidos muitas vezes até o final.”(p.340)</p> <p>“qualidade global da assistência no final da vida deficiente nas UTIs” (p.346)</p> <p>“O registo das ADs não é devidamente aplicado [...] Atualmente, eles não são usados para decidir internações em UTI e não são eficazes na tomada de decisões” (p.346)</p> <p>“o mau manejo sintomático na UTI é bem conhecido há muitos anos” (p.347)</p> <p>“uma vez enfocadas as preferências e valores do paciente, os objetivos do tratamento podem ser definidos de forma adequada, desde o início e registrados no prontuário, para evitar variabilidade sujeita a mudanças de</p>	<p>Obstinação terapêutica</p> <p>Futilidade Terapêutica</p> <p>Ineficácia da prática clínica</p> <p>Desrespeito às preferências do paciente</p> <p>Desqualificação da equipe médica</p> <p>Ineficácia da prática clínica</p>

¹² Trata-se de Unidades de Registro (URs), conforme técnica de Oliveira (2008). Todos os trechos retirados dos artigos e incluídos nesta coluna estarão na LÍNGUA PORTUGUESA, ora pela originalidade, ora por tradução nossa.

¹³ A identificação dos conflitos bioéticos se deram por nomenclaturas temáticas que permitiram chegar até as unidades de significação.

					profissionais entre turnos ou turnos (p.347)	
					“Apesar dos claros benefícios do regime aberto de visitação, ainda há resistência em instituí-lo, tanto por parte de médicos quanto de enfermeiros” (p.347)	Ineficácia da prática clínica
2	Baykara <i>et al</i> Factors affecting the attitudes and opinions of ICU physicians regarding end-of-life decisions for their patients and themselves: A survey study from Turkey.	PLoS One Medline,BVS Turquia2020	Estudo Quantitativo Participantes: 595 médicos	Investigar as opiniões e atitudes dos médicos da unidade de terapia intensiva (UTI) em relação às decisões de fim de vida (FDV) Os autores concluem em seu estudo que os médicos turcos de UTI estão sob pressão devido a uma alta proporção de pacientes terminais em suas UTIs e uma inadequação das políticas de FDV e sugerem que o volume de pacientes terminais nas UTIs onde trabalham afeta as atitudes dos médicos em relação às decisões de FDV, tanto para si quanto	“a formação cultural e a formação religiosa influenciam as atitudes e a prática médica dos médicos” (p.2) “A falta de legislação em torno dos cuidados de FDV coloca os médicos em situações difíceis em termos de decisões de FDV” (p.3) “o tratamento excessivo na EOL é frequentemente observado, que muitas vezes não está de acordo com os desejos dos pacientes” (p.3) "Quem deve ser envolvido no processo de decisão da DNR/DNI?", 529 (96,9%) dos médicos indicaram o médico do paciente, seguidos por 379 (69,4%) que indicaram o paciente ou seus representantes legais” (p.10) “A relação médico-paciente na Turquia depende em grande parte da crença de que um médico sempre faz o melhor para seu paciente e deve sempre proteger a vida.” (p.12) “a suspensão do tratamento em pacientes terminais, que são formas mais passivas de eutanásia” (p.12)	Interferências valorativas e pessoais na tomada de decisões Ausência de respaldo ético e legal para tomadas de decisões Desrespeito às preferências do paciente Tomada de decisão unilateral do médico Paternalismo médico Eutanásia

				para seus pacientes terminais.	<p>“Os médicos têm um papel crucial no processo decisório das FDV. Os médicos frequentemente iniciam discussões sobre o tratamento que sustenta a vida, fazem recomendações sobre planos de tratamento e educam pacientes e familiares” (p.13)</p> <p>“necessidade de reuniões e discussões interdisciplinares antes do encontro com o paciente/família e a tomada de decisão conjunta para aumentar a objetividade das decisões de FDV” (p. 14)</p> <p>“necessário dar educação e treinamento aos médicos em cuidados de FDV em nível de graduação e pós-graduação” (p.14)</p> <p>“o volume de pacientes terminais nas UTIs onde trabalham afetam as atitudes dos médicos em relação às decisões de FDV por si mesmos.” (p.14)</p> <p>“a suspensão de tratamentos que sustentam a vida sejam permitidas nos casos em que os médicos têm certeza da inevitabilidade da morte, a nutrição básica deve ser mantida (p.15).</p>	<p>Relação médico-paciente-família</p> <p>Tomada de decisão compartilhada</p> <p>Melhoria na formação e qualificação profissional</p> <p>Interferências de demandas profissionais na tomada de decisões</p> <p>Limitação do esforço terapêutico</p>
3	Hsu <i>et al.</i> Impact of patient-centred and family-centred	BMJ Open PubMed Taiwan2019	Estudo transversal retrospectivo Participantes:	Avaliar o impacto das reuniões de cuidados centradas no paciente e na família (PFCCM) nas medidas	“intervenções médicas excessivas que exigem mais esforço e recursos financeiros, com perspectivas limitadas de alterar o quadro clínico final” (p.1)	Futilidade médica

	<p>care meetings on intensive care and resource utilization in patients with terminal illness: a</p> <p>single-center retrospective observational study in Taiwan</p>		<p>6843 pacientes avaliados através de prontuário eletrônico</p>	<p>intensivas e na utilização de recursos durante a hospitalização em fim de vida (EOL) entre pacientes terminais.</p> <hr/> <p>Os autores concluem em seu estudo que a tomada de decisão compartilhada está associada à menor utilização de cuidados intensivos e gastos médicos diários durante a hospitalização por EOL em pacientes terminais..</p>	<p>“Os tratamentos médicos e a tecnologia avançaram rapidamente; nesse processo, certos pacientes terminais podem ser submetidos a intervenções médicas mais agressivas e desnecessárias durante o período de final de vida.” (p.1)</p> <hr/> <p>“expectativa familiar irrealista de que os pacientes com EOL fossem submetidos a um tratamento agressivo foi um preditor significativo de cuidados intensivos prolongados e excessivos sem benefício de sobrevivência” (p.1)</p> <hr/> <p>“Na perspectiva dos pacientes e de seus familiares, comunicação eficaz, tomada de decisão compartilhada e relacionamentos com médicos e equipes clínicas são essenciais para fornecer cuidados EOL de qualidade” (p.2)</p> <hr/> <p>“Os médicos assistentes e os pacientes ou suas famílias convocaram reuniões formais de cuidados centrados no paciente e na família (PFCCM) para explicar estado da doença e prognóstico, e discutir o tratamento opções de atendimento EOL e local preferido para o óbito” (p.2)</p> <hr/> <p>“Certas medidas agressivas de cuidado na EOL, incluindo terapias intensivas, de alta tecnologia e muitas vezes não comprovadas podem estar</p>	<p>Obstinação terapêutica</p> <hr/> <p>Relação médico-paciente-família</p> <hr/> <p>Não se aplica (expectativas de cuidado)</p> <hr/> <p>Tomada de decisão compartilhada</p> <hr/> <p>Desrespeito às preferências do paciente</p>
--	---	--	--	---	---	---

					<p>associado negativamente com as preferências dos pacientes por tratamentos de suporte à vida” (p.4)</p> <hr/> <p>“deficiências nas comunicações EOL” (p.5)</p> <hr/> <p>“os objetivos dos cuidados e as discussões sobre preferências de tratamento são necessários para minimizar os tratamentos inadequados no EOL” (p.5)</p> <hr/> <p>“Este estudo sugere que a tomada de decisão compartilhada entre pacientes, familiares e médicos pode minimizar intervenções médicas e cirúrgicas desnecessárias no EOL.” (p.5)</p> <hr/> <p>“Apoio emocional, tomada de decisão compartilhada e respeito são essenciais para fornecer cuidados EOL de qualidade (p.5)</p> <hr/> <p>“o medo de afetar o enfrentamento emocional e a esperança dos pacientes é uma barreira para os médicos se envolverem em discussões EOL” (p.5-6)</p> <hr/> <p>“as opiniões dos pacientes e familiares sobre os cuidados de EOL diferem, e as discussões de EOL que envolvem pacientes e familiares podem, portanto, ser necessárias para resolver conflitos” (p.6)</p>	<hr/> <p>Comunicação deficitária</p> <hr/> <p>Não se aplica (expectativa de cuidado)</p> <hr/> <p>Tomada de decisão compartilhada</p> <hr/> <p>Não se aplica (expectativa de cuidado)</p> <hr/> <p>Despreparo da equipe médica</p> <hr/> <p>Tensões e conflitos na tomada de decisões</p>
4	Gempeler Rueda <i>et al.</i>	Universitas Medica	Estudo observacional	Analisar as intervenções	“a meta da assistência à saúde deve deslocar-se de uma meta inatingível,	Não se aplica (expectativa de cuidado)

	Intervenciones médicas no proporcionales al final de la vida en un hospital de alta complejidad en Colombia	SciELO Colômbia 2021	descriptivo retrospectivo Participantes: 931 pacientes avaliados através de prontuário eletrônico	realizadas numa coorte de pacientes falecidos num hospital universitário de alta complexidade e definir a sua proporcionalidade terapêutica com base no estudo da prevalência de “tratamentos não benéficos” Os autores concluem em seu estudo que Intervenções não proporcionais ou não benéficas no final da vida são prevalentes na prática clínica, que é um problema persistente da medicina moderna que precisa ser abordado, devido ao seu impacto negativo sobre pacientes, familiares, profissionais de saúde e o sistema de saúde.	como a cura, para a de cuidado e alívio dos sintomas, mantendo a melhor qualidade de vida em sentido integral, tanto física, emocional, mental e espiritual para o paciente.” (p.2) “muitas vezes são mantidos esforços curativos e desproporcionalmente agressivos, que não levam a nenhum benefício real para o paciente e, muitas vezes, prolongam sua agonia e deterioram a qualidade do pouco tempo que lhe resta para viver” (p.2) “Essas intervenções são consideradas tratamentos não benéficos, não proporcionais ou fúteis e perpetuam uma prática frequente na prática clínica moderna que causa sofrimento moral no pessoal de saúde, ações antiéticas.” (p.2) “O conceito de futilidade pode ser tomado como uma percepção subjetiva da perda do benefício de um tratamento, levando-se em conta múltiplos elementos associados e não limitados a respostas fisiológicas, como fatores sociais, econômicos, pessoais, desejos do paciente e de seus familiares, entre outros. Por esta razão, a definição da futilidade de um tratamento em um paciente específico não pode ser extrapolada para outros pacientes e é difícil de quantificar na prática clínica” (p.2)	Obstinação terapêutica Prática clínica antiética Futilidade terapêutica Obstinação terapêutica
--	---	----------------------------	--	---	--	---

				<p>“O termo <i>tratamento não benéfico</i>, utilizado por Singal et, é definido como uma intervenção ineficaz para atingir os objetivos propostos ou não útil do ponto de vista do paciente. Alguns autores não falam apenas de tratamentos, mas também de intervenções não benéficas ou desproporcionais, uma vez que exames paraclínicos, diagnóstico por imagem e até mesmo a tomada de sinais vitais no final da vida podem causar desconforto e desconforto ao paciente, sem trazer nenhum benefício direto ao seu cuidado” (p.2)</p> <hr/> <p>“‘tratamentos não benéficos’ no final da vida não só eram ineficazes, antiéticos e caros, como na maioria dos casos estavam até mesmo fora de linha com os desejos dos pacientes” (p.3)</p> <hr/> <p>“tais comportamentos – que podem até se desviar da ética quando submetem um paciente sem possibilidade de se beneficiar de uma intervenção a um espectro de danos físicos, psicológicos, emocionais e econômicos – também afetam seus entes queridos” (p.6)</p> <hr/> <p>“à incerteza diante de certas patologias complexas e múltiplas, bem como ao peso da pressão de pacientes ou familiares nos casos em que se estima um benefício clínico questionável ou</p>	<hr/> <p>Desrespeito às preferências do paciente</p> <hr/> <p>Prática clínica antiética</p> <hr/> <p>Despreparo da equipe médica</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>inexistente na decisão de internação em terapia intensiva” (p.6)</p> <p>“a dificuldade que ainda existe na identificação dos pacientes em final de vida e a insistência em realizar todas as medidas possíveis para prolongar a vida, o que talvez seja influenciado por múltiplos fatores citados por outros autores, como a angústia moral dos profissionais de saúde, falhas de comunicação, pressão da família, recursos disponíveis, preocupações trabalhistas e legais” (p.6)</p>	<p>Interferências na prática clínicas</p>
5	<p>Nunes e Sousa</p> <p>Limitação do suporte de vida na terapia intensiva: percepção médica</p>	<p>Rev Bioética</p> <p>Oasisbr</p> <p>Brasil</p> <p>2017</p>	<p>Estudo Qualitativo</p> <p>Participantes: 14 médicos</p>	<p>Analisar o processo de tomada de decisão médica para a limitação do suporte de vida de pacientes terminais internados em Unidades de Terapia Intensiva.</p> <p>As autoras concluem em seu estudo que e há necessidade de aprimorar a formação médica em relação à morte e seus desafios</p>	<p>“A limitação do suporte de vida (LSV), também chamada de limitação do esforço terapêutico, é definida como a decisão de não instituir terapêutica médica ou interromper suporte avançado de vida já instituído em pacientes terminais sem possibilidade de recuperação” (p.555)</p> <p>“A LSV é prática legal no Brasil, garantida pela publicação da Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM), e dá respaldo ao médico para limitar ou suspender procedimentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”.(p.555)</p> <p>“Entretanto, apesar de a LSV ser prática crescente no mundo ainda é cercada de conflitos, pois mesmo com amparo legal persistem inseguranças e</p>	<p>Limitação do esforço terapêutico</p> <p>Legalidade da prática de limitação do esforço terapêutico</p> <p>Insegurança na tomada de decisão por LET</p>

				<p>dificuldades no que tange a tomada de decisão por sua adoção” p.555)</p> <hr/> <p>“Pacientes críticos, frequentemente com capacidade de decisão comprometida, têm sua terapêutica a cargo da equipe médica e da família” (p.555)</p> <hr/> <p>“Não iniciar ou suspender a utilização de determinadas técnicas são questões moral e legalmente equivalentes. Entretanto, os sujeitos deste estudo se mostraram resistentes em suspender algo já instituído, mesmo que saibam quando o tratamento é inútil”. (p.557)</p> <hr/> <p>“respeito à prática da ortotanásia, ou seja, o não prolongamento da vida por meios artificiais quando diagnosticada a terminalidade. Reforça-se, nesse sentido, a contribuição dos cuidados paliativos integrados, para que as decisões de LSV sejam tomadas o quanto antes no direcionamento da ortotanásia dos pacientes” (p.557)</p> <hr/> <p>“evitar procedimentos que não resultem em melhor qualidade de vida e abreviar o sofrimento, buscando-se a conduta mais sensata possível – já que alguns tratamentos não apresentam benefícios justificáveis, causando baixa qualidade de vida, sem perspectiva de cura da doença de base” (p.557)</p>	<hr/> <p>Tomada de decisão substitutiva</p> <hr/> <p>Obstinação terapêutica</p> <hr/> <p>Ortotanásia</p> <hr/> <p>Obstinação terapêutica</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>“os cuidados ao fim da vida, que são parte importante dos cuidados paliativos, mas diferem destes porque se referem à assistência específica que a pessoa deve receber durante a última etapa de vida. Esses cuidados são oportunos a partir do momento em que o indivíduo se encontra em declínio progressivo e inexorável, e se estendem ao acolhimento de familiares em luto” (p.558)</p> <p>“dificuldade do processo de LSV lidar com a família do paciente” (p.558)</p> <p>“a comunicação empática se mostrou central no acolhimento da família, na compreensão de que cada uma tem sua maneira particular de reagir diante da terminalidade. Esse aspecto está relacionado à história de vida, cultura, ideologia, mitos, entre outros.”(p.558)</p> <p>“é pertinente que o profissional de saúde tenha empatia pelos envolvidos na situação, isto é, compreenda as experiências únicas que paciente e família vivenciam, sem julgamentos ou preconceitos, com o intuito verdadeiro de cuidar” (p.558)</p> <p>“a decisão pela limitação terapêutica não deve ser tomada isoladamente pelo médico, que deve prezar pelo diálogo com os familiares do doente terminal”(p.559)</p>	<p>Não se aplica (expectativa de cuidado)</p> <p>Relação médico-paciente-família</p> <p>Não se aplica (expectativa de cuidado)</p> <p>Não se aplica (expectativa de cuidado)</p> <p>Tomada de decisão compartilhada</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>“evidencia-se a supremacia da decisão médica” (p.559)</p> <hr/> <p>“a opinião da família não deve ser considerada quando se trata de LSV” (p.559)</p> <hr/> <p>“o médico tem assumido o papel de único responsável pela decisão de limitar esforços” (p.559)</p> <hr/> <p>“O profissional até reconhece a importância da família e seus valores, mas em caso de opiniões discordantes sua decisão prevalece. Para o médico, a família dificilmente concorda com o diagnóstico de terminalidade do doente por causa do envolvimento emocional. Na verdade, a família tende a decidir pelo que seria melhor para si e não para seu ente querido (p.559)”</p> <hr/> <p>“refletir sobre sua inserção em assuntos referentes à terminalidade é imprescindível para garantir a dignidade e o cumprimento das vontades manifestadas pelo paciente, além de proporcionar conforto aos familiares nessa situação estressante” (p.559)</p> <hr/> <p>[as diretivas antecipadas de vontade] “representa suporte ético e legal para garantir que profissionais de saúde respeitem a vontade da pessoa que designa um representante para tomar decisões, geralmente um familiar”. (p.559)</p>	<p>Tomada de decisão unilateral do médico</p> <hr/> <p>Tomada de decisão unilateral do médico</p> <hr/> <p>Tomada de decisão unilateral do médico</p> <hr/> <p>Tensões e conflitos na tomada de decisões</p> <hr/> <p>Não se aplica (expectativa de cuidado)</p> <hr/> <p>Diretivas Antecipada de vontade</p>
--	--	--	--	---	---

					<p>“os médicos reconhecem no diagnóstico da terminalidade receio, relatividade e subjetividade” (p.560)</p> <p>“profissionais de saúde não se sentem preparados para comunicar más notícias” (p.560)</p> <p>“prevalece a formação que cria barreiras a sentimentos e emoções” (p.560)</p> <p>“o maior problema surge quando a fragilidade do outro revela ao médico sua própria fragilidade e finitude,” (p.560)</p> <p>“não reanimar indivíduos em fase terminal de doença progressiva é algo apontado em estudo como ato humano que vai ao encontro do princípio bioético da não maleficência, uma vez que visa minimizar o sofrimento e evitar a distanásia” (p.560)</p>	<p>Despreparo da equipe médica</p> <p>Despreparo da equipe médica</p> <p>Despreparo da equipe médica</p> <p>Despreparo da equipe médica</p> <p>Ortotanásia</p>
6	Correa, Castanhel e Grosseman Percepção de pacientes sobre a comunicação médica e suas necessidades durante internação na unidade de	Revista Brasileira de Terapia Intensiva SciELO Brasil 2021	Estudo transversal descritivo e qualitativo exploratório Participantes: 103 pacientes	Conhecer a percepção de pacientes sobre a comunicação médica, bem como suas necessidades durante internação na unidade de cuidados intensivos Os autores concluíram que a qualidade da	<p>“Diversos motivos podem levar os profissionais de saúde que trabalham na UCI a deixar a comunicação com o paciente em segundo plano, às vezes, sem que eles se deem conta, podendo resultar em falhas na comunicação” (p.402)</p> <p>“Para outros pacientes, as informações eram repassadas apenas para a família, apesar de sua vontade de saber mais” (p.404)</p>	<p>Falha de comunicação</p> <p>Desrespeito à autonomia do paciente</p>

	cuidados intensivos			<p>comunicação médica com os pacientes é boa e poderia melhorar com maior disponibilidade de tempo do médico e da equipe para ela. Outras necessidades sentidas incluem respeito, alívio da dor e adaptações na dinâmica e no ambiente da unidade de cuidados intensivos.</p>	<p>“certos médicos não os escutavam, parecendo ‘apressados’ ”.(p.404)</p> <p>“alguns pacientes referiram não entender as informações fornecidas, o que gerava neles ansiedade e desespero” (p.408)</p> <p>“consideravam que não tinham controle nas decisões sobre seu cuidado ou que sua opinião fosse importante.” (p.408)</p> <p>“pacientes acreditam que decisões clínicas importantes devem ser de responsabilidade dos profissionais que cuidam de sua saúde”(p.408)</p>	<p>Ineficácia da prática clínica</p> <p>Comunicação insuficiente</p> <p>Desrespeito às preferências do paciente</p> <p>Paternalismo médico</p>
7	<p>Monteiro <i>et al</i></p> <p>Terminalidade em UTI: dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista</p>	<p>Psicol. Estud. (Online)</p> <p>LILACS,BVS</p> <p>Brasil 2016</p>	<p>Estudo Qualitativo</p> <p>Participantes:6 médicos intensivistas</p>	<p>Discutir as dimensões emocionais e éticas envolvidas no cuidado do médico com o paciente em situação de terminalidade em UTI</p> <p>As autoras concluíram que a complexidade envolvida na definição da terminalidade, aliada ao avançadas técnicas da medicina como ventilação</p>	<p>“o médico assume a responsabilidade pela vida do doente, sendo o ator central no cenário da terapia intensiva” (p.66)</p> <p>“Estes se angustiam por ter que salvar a vida do paciente a todo custo, por ter que tomar decisões sobre recusa ou suspensão de tratamento e, com frequência, sentem-se sozinhos, impotentes e com dificuldades para abordar familiares, que fazem perguntas constantes sobre a evolução do paciente” (p.66)</p> <p>[a morte] “tem a vergonha, o fracasso e o erro médico como seus atributos e leva à percepção dos limites na busca da cura ou do prolongamento da</p>	<p>Paternalismo médico</p> <p>Ineficácia da prática clínica</p> <p>Despreparo da equipe médica</p>

				<p>mecânica, hemodiálise, nutrição enteral e parenteral, entre outras, podem favorecer a promoção da distanásia em UTI, constituindo um cenário propício para o surgimento de conflitos entre a família e a equipe médica</p>	<p>vida, o que causa sofrimento aos profissionais envolvidos.” (p.66)</p> <p>“Se, por um lado, os equipamentos de suporte avançado de vida presentes na terapia intensiva salvam vidas, por outro, prolongam o processo de morrer e adiam a morte, em pacientes com doenças avançadas, progressivas e incuráveis, trazendo sofrimento para todos os envolvidos e favorecendo atitudes distanásicas”(p.67)</p> <p>“A distanásia se caracteriza pela manutenção de tratamentos invasivos em pacientes sem possibilidade de recuperação, submetendo-os a um processo de morte lenta, ansiosa e sofrida.”(p.67)</p> <p>[desafios da terminalidade de vida na UTI] “integração entre as diversas categorias profissionais, entre as equipes, os doentes e seus familiares, além da presença de diferentes referenciais de valor e de julgamento moral entre os atores sociais“ (p.67)</p> <p>“O processo de medicalização da morte traz em seu bojo questões éticas ligadas à prática médica –recusa e suspensão do tratamento, futilidade terapêutica, reanimação cardíaca, entre outros” (p.67)</p> <p>“As UTIs apresentam de forma peculiar dilemas éticos relacionados</p>	<hr/> <p>Obstinação terapêutica</p> <hr/> <p>Distanásia</p> <hr/> <p>Interferências na práticaclínicas</p> <hr/> <p>Interferências na práticaclínicas</p> <hr/> <p>Interferências na práticaclínicas</p>
--	--	--	--	---	---	--

				<p>aos limites de ação terapêutica face à pluralidade dos valores das pessoas envolvidas” (p.67)</p> <hr/> <p>“os critérios de internação em terapia intensiva não são seguidos à risca pelos médicos, que internam pacientes, muitas vezes, em fase final de vida e que não se beneficiam do arsenal tecnológico disponível nessa unidade.” (p.68)</p> <hr/> <p>“quando a cura é inatingível, é o bem-estar do paciente e a promoção de uma morte digna e tranquila, evitando-se medidas fúteis, a partir de consenso com a família” (p.69)</p> <hr/> <p>“em terapia intensiva, os dados objetivos são preferidos aos dados subjetivos.” (p.70)</p> <hr/> <p>“Para se proteger das tensões e conflitos oriundos do contato com a morte e seu estigma, a equipe constrói coletivamente defesas para mascará-los, mantendo-se afastada emocionalmente do doente e de sua família.” (p.71)</p> <hr/> <p>“a formação médica preconiza o não envolvimento emocional do médico com o doente e sua família” (p.71)</p> <hr/> <p>“doente sedado assemelha-se ao cadáver (um corpo sem voz), [...] já a família questiona, indaga e sofre,</p>	<hr/> <p>Despreparo da equipe médica</p> <hr/> <p>Ortotanásia</p> <hr/> <p>Ineficácia da prática clínica</p> <hr/> <p>Despreparo da equipe médica</p> <hr/> <p>Desqualificação da equipe médica</p> <hr/> <p>Relação médico-paciente-família</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>colocando em cena a dimensão do 'cuidado', pouco valorizado no modelo biomédico" (p.71)</p> <hr/> <p>"Eles vivem lutos cotidianos em sua prática profissional e nem sempre conseguem compartilhar seu sofrimento, pois experimentam a ambivalência entre sensibilização, aproximação e empatia e o distanciamento como defesa" (p.72)</p> <hr/> <p>"Ao convocar a família para participar do processo de tomada de decisão, é importante respeitar o timing de cada membro, sua necessidade de esperança e entender que a família avança e retrocede em estágios durante sua adaptação à situação de terminalidade" (p.73)</p> <hr/> <p>"Devido às características culturais e ao grande tabu que envolve a morte, a decisão dos profissionais é muito baseada no receio da repercussão legal, jurídica" (p.73)</p> <hr/> <p>"Há também um despreparo da equipe intensivista em indicar a abordagem paliativa, bem como um desconhecimento acerca dos aspectos ético-legais envolvidos" (p.73)</p> <hr/> <p>"Os dilemas éticos em UTI relacionados aos limites de ação terapêutica esbarram na pluralidade dos valores das pessoas envolvidas,</p>	<hr/> <p>Despreparo da equipe médica</p> <hr/> <p>Tomada de decisão compartilhada</p> <hr/> <p>Necessidade de respaldo ético e legal para tomadas de decisões</p> <hr/> <p>Despreparo da equipe médica</p> <hr/> <p>Interferências valorativas e pessoais na tomada de decisões</p>
--	--	--	--	---	---

					<p>sendo mais difícil chegar a um consenso” (p.73)</p> <hr/> <p>“Apesar de criticarem a distanásia, às vezes, permitem-na, com o intuito de dar tempo à família para se preparar para a perda de seu ente querido” (p.73)</p> <hr/> <p>“Como ocorre usualmente, o paciente em UTI está sedado em seus momentos finais de vida, cabendo à família e à equipe médica a decisão pelo tipo de morte, com atitudes ortotanásicas ou distanásicas” (p.74)</p> <hr/> <p>“Uma saída para esses dilemas é o uso das Diretivas Antecipadas de Vontade, também denominadas de Testamento Vital [...] que tem como protagonista o paciente e seus desejos” (p.74)</p>	<hr/> <p>Despreparo da equipe médica</p> <hr/> <p>Tomada de decisão substitutiva</p> <hr/> <p>Diretivas Antecipada devontade</p>
8	<p>Fan e Hsieh</p> <p>The Experience of Do-Not-Resuscitate Orders and End-of-Life Care Discussions among Physicians.</p>	<p>Int. j. environ. res. public health (Online)</p> <p>PubMed</p> <p>Taiwan2020</p>	<p>Estudo Qualitativo</p> <p>Participantes: 16 médicos</p>	<p>Explorar a experiência de discussão sobre cuidados de ONR e EOL entre médicos em Taiwan</p> <hr/> <p>Os autores concluem que os médicos devem considerar não apenas opiniões dos pacientes, mas</p>	<p>“médicos que não conduziam tais discussões regularmente ou não forneciam tempo e informações suficientes, e as discussões que eram tarde demais para os pacientes participarem da tomada de decisão” (p.1-2)</p> <hr/> <p>“Falar sobre a morte, as ordens de morte e da DNR é difícil para os médicos, que experimentam o sofrimento emocional”. (p.2)</p> <hr/> <p>“as barreiras do sistema incluíam cargas de trabalho excessivas,</p>	<p>Ineficácia da prática clínica</p> <hr/> <p>Interferências na prática clínicas</p> <hr/> <p>Interferências na prática clínicas</p>

				<p>também dos membros da família para superar as várias barreiras na tomada de decisões.</p>	<p>compartilhamento de informações ineficientes entre diferentes departamentos e falta de apoio legal, ético e psicossocial”(p.2)</p> <hr/> <p>“As tensões e conflitos familiares dificultaram o alcance do consenso, e os médicos tiveram dificuldade em gerenciar a dinâmica familiar complexa”(p.2)</p> <hr/> <p>“as barreiras pessoais dos médicos incluíram sentimentos não resolvidos sobre a morte e o morrer, o medo de tirar a esperança, o medo de prejudicar o relacionamento médico -paciente ou prejudicar o paciente”(p.2)</p> <hr/> <p>“Os médicos residentes podem não estar preparados para lidar com a tomada de decisões da EOL, interpretar mal as preferências dos pacientes, e sua experiência clínica geralmente está em desacordo com o que foram ensinados em formal currículos” (p.2)</p> <hr/> <p>“Quando a condição física e o status de consciência dos pacientes não permitiram que eles tomassem decisões, os membros da família tiveram que assumir a responsabilidade pela tomada de decisões”(p.4)</p> <hr/> <p>[família] “eles não podiam aceitar o fato de que os pacientes estavam quase mortos; Eles pediam aos</p>	<hr/> <p>Tensões e conflitos na tomada de decisões</p> <hr/> <p>Despreparo da equipe médica</p> <hr/> <p>Despreparo da equipe médica</p> <hr/> <p>Tomada de decisão substitutiva</p> <hr/> <p>Distanásia</p>
--	--	--	--	--	---	--

				<p>médicos e à equipe que tomassem medidas que pudessem prolongar a vida dos pacientes.”(p.4)</p> <hr/> <p>“Havia opiniões diferentes entre os membros da família sobre as decisões da EOL, e os conflitos entre os membros da família eram uma das barreiras que os médicos tiveram que abordar.”(p.4)</p> <hr/> <p>“Para os médicos no pronto -socorro e na UTI, no entanto, pode ser a primeira vez que eles viram os pacientes e tiveram que tomar decisões com base nas informações atuais e na opinião de membros da família.”(p.5)</p> <hr/> <p>“Os pacientes muitas vezes não consideravam as questões de ONR relevantes ou achavam difícil pensar quando a sua condição física estava boa; mas também achavam difícil aceitar quando estavam perto da morte.”(p.5)</p> <hr/> <p>“eles deram informações precisas e definidas, como a probabilidade ou taxa de sobrevivência em pacientes moribundos após receber RCP. No entanto, eles tiveram que lidar com as respostas emocionais dos pacientes e familiares e explorar as preocupações reais ou preocupações por trás das emoções.”(p.5)</p> <hr/> <p>“Devido aos papéis significativos dos membros da família nas decisões da</p>	<hr/> <p>Tensões e conflitos na tomada de decisões</p> <hr/> <p>Tomada de decisão substitutiva</p> <hr/> <p>Tomada de decisão substitutiva</p> <hr/> <p>Relação médico-paciente-família</p> <hr/> <p>Tensões e conflitos na tomada de decisões</p>
--	--	--	--	---	--

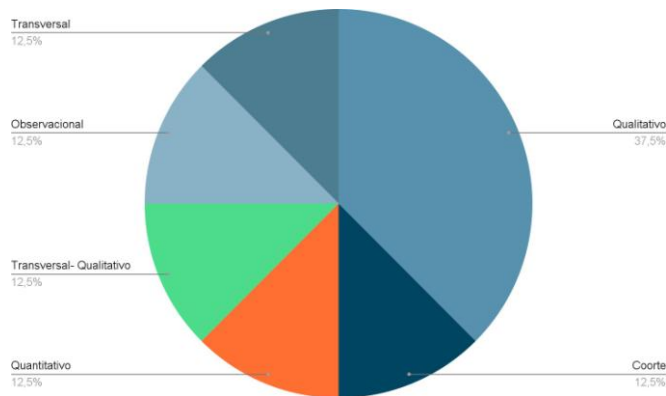
				<p>EOL, as conferências familiares eram frequentemente usadas para resolver os conflitos entre pacientes e familiares.”(p.6)</p> <hr/> <p>“a maioria deles afirmou que aprendeu habilidades de comunicação com sua experiência clínica.”(p.6)</p> <hr/> <p>“os membros da família tinham o poder de impedir que os médicos contassem a verdade discutindo-a com os pacientes, e então tomam uma decisão quando os pacientes perderam a consciência.”(p.6)</p> <hr/> <p>“e os pacientes não concordarem com uma ordem de DNR, eles tiveram que realizar a RCP. No entanto, como profissionais médicos, eles sabiam que não seria bem sucedido ou teria nenhum benefício, então questionaram se tinham que realizar procedimentos de RCP até o fim.”(p.6)</p> <hr/> <p>“os médicos tiveram que estabelecer parcerias com pacientes e membros familiares para discussão e tomada de decisão”(p.7)</p> <hr/> <p>“conflitos entre profissionais, como prioridade de atendimento, sobreposição de funções e indefinição de responsabilidades, e falta de comunicação, podem dificultar a colaboração ”(p.7)</p>	<hr/> <p>Melhoria na formação e qualificação profissional</p> <hr/> <p>Desrespeito à autonomia do paciente</p> <hr/> <p>Ausência de respaldo ético e legal para tomadas de decisões</p> <hr/> <p>Tomada de decisão compartilhada</p> <hr/> <p>Interferências na práticaclínicas</p> <hr/> <p>Melhoria na formação e</p>
--	--	--	--	---	---

					“os médicos precisam desenvolver habilidades de comunicação e sensibilidade [...] estabelecer relacionamentos de confiança com pacientes e familiares, resolvendo as barreiras, fornecendo informações e lidando com reações emocionais.”(p.7)	qualificação profissional
--	--	--	--	--	--	---------------------------

Fonte: Elaboração própria.

Foram analisados 8 artigos, dos quais 03 (37,5%) são estudos qualitativos ^(5,7,8), 01 (12,5%) é estudo coorte ⁽¹⁾, 01 (12,5%) é estudo observacional ⁽⁴⁾, 01 (12,5%) é estudo quantitativo ⁽²⁾, 01 (12,5%) é estudo transversal ⁽³⁾ e 01 (12,5%) é estudo transversal e qualitativo ⁽⁶⁾. Avaliamos positivamente a diversidade de tipos de estudos encontrados, visto que possibilita uma visão abrangente das evidências disponíveis, assim como a compreensão mais consistente do objeto pesquisado.

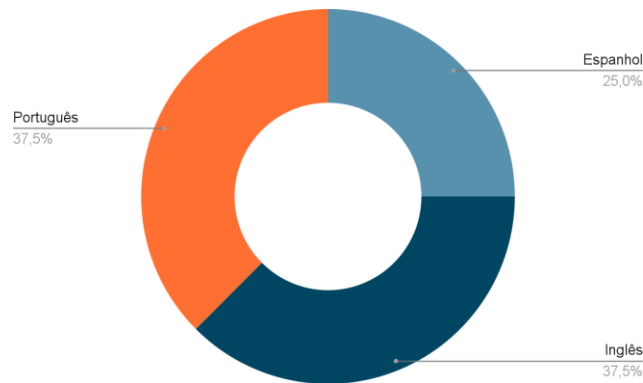
Gráfico 1 - Artigos por tipo de estudo



Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao idioma dos artigos, foram 03 (37,5%) eram em português ^(5,6,7), 02 (25%) eram em espanhol ^(1,4) e 03 (37,5%) eram em inglês ^(2,3,8). Apesar de não haver discrepância entre a linguagem de publicação dos artigos selecionados, durante as buscas observamos o predomínio da língua inglesa frente às demais. Observamos a acentuada diminuição da diversidade linguística nas produções acadêmicas, no qual pesquisadores optam por publicar em língua que não a sua materna. Isso impede, muitas vezes, a representação cultural compartilhada ao mundo.

Um dos principais motivos para a preferência de publicação na língua inglesa, que muitos pesquisadores denominam como a “ditadura do inglês”, é pela crença de que se a ciência não for escrita nessa língua não tem a mesma qualidade. É uma realidade posta, também, que se o pesquisador não escrever em inglês significa que não terá acesso a publicação em revistas internacionais conceituadas e logo não terá chance da ampla divulgação do seu estudo. Dessa forma, a língua inglesa tornou-se hegemônica ao conhecimento científico.

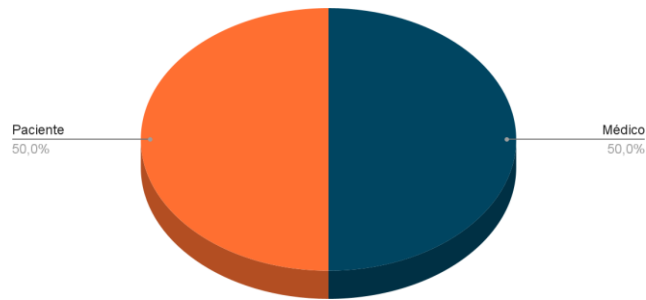
Gráfico 2 - Artigos por idioma

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à população envolvida nos estudos, 04 (50%) estudos avaliaram os conflitos bioéticos através da percepção da categoria médica ^(2,5,7,8) e 04 (50%) trouxeram a perspectiva do paciente ^(1,3,4,6). Observa-se que apesar do cuidado do paciente em terminalidade de vida deva ser direcionado aos seus valores, crenças e desejos, há a predominância de se analisar os conflitos bioéticos através da percepção isolada ora do médico, ora do paciente, mostrando a fragilidade da relação médico-paciente.

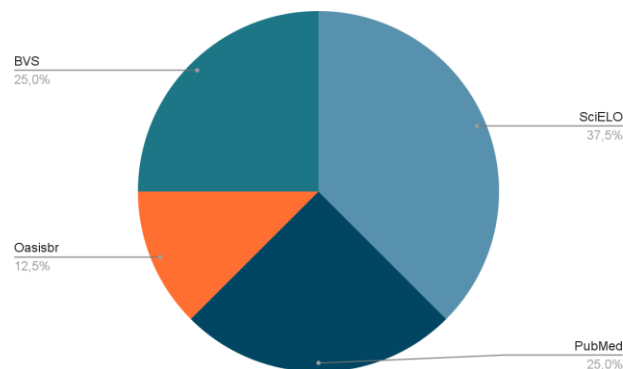
Também foi observado durante as buscas a predominância de estudos focados no papel da família frente às tomadas de decisões. Embora seja habitual os mesmos se tornarem tomadores de decisões substitutos, isso evidencia que cada vez menos pacientes têm tomado decisão sobre a condução da sua terminalidade de vida junto ao médico enquanto aptos clinicamente para tomadas de decisões..

Essa percepção nos remete ao fato do médico se apoderar da doença do paciente e somente repassar decisões no momento em que o paciente não tem mais possibilidade de cura e muitas vezes de tomar as próprias decisões, transferindo e sobrecarregando emocionalmente a família.

Gráfico 3 - Artigos por população envolvida

Fonte: Elaboração própria.

Os artigos incluídos eram das seguintes bases ou plataforma de dados: 02 (25%) da BVS ^(2,7), 02 (25%) da Pubmed ^(3,8), 01 (12,5%) da Oasisbr ⁽⁵⁾ e 03 (37,5%) da SciELO ^(1,4,6). Apesar de não haver discrepância entre as bases de dados na seleção das amostras, observamos na *Figura 1*, que quase 90% dos artigos identificados foram localizados na base de dados PubMed. Isso se dá por ser uma base de dados exclusiva para área da saúde que se tornou referência por garantir visibilidade e acesso ao conhecimento científico na área da saúde.

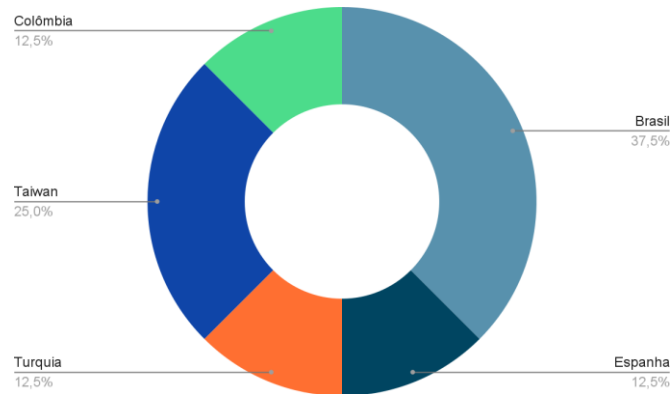
Gráfico 4 - Artigos por base ou plataforma de dados

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao país onde foi realizado o estudo obtivemos os seguintes achados: 03 (37,5%) estudos foram realizados no Brasil ^(5,6,7), 01 (12,5%) estudo foi realizado na Espanha ⁽¹⁾, 01 (12,5%) estudo foi realizado na Turquia ⁽²⁾, 02 (25%) estudos foram realizados em Taiwan ^(3,8) e 01 (12,5%) estudo foi realizado na Colômbia ⁽⁴⁾. Podemos observar que os estudos ocorreram em países onde não há regulamentação de LET, eutanásia, suicídio assistido e DAV. Em primeira instância nos faz acreditar que a ausência da normatização ético-jurídica é um motivador dos

conflitos bioéticos na terminalidade de vida.

Gráfico 5 - Artigos por países de realização do estudo



Fonte: Elaboração própria.

6.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICO-CATEGORIAL

Como proposta metodológica da revisão integrativa, realizamos a análise qualitativa dos dados coletados no estudo através do instrumento da técnica de análise de conteúdo temático-categorial de Oliveira (2008), visando o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, nos artigos selecionados. Oliveira utiliza das contribuições de Bardin ao trazer a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações e sinaliza a importância de desenvolvê-la de forma sistematizada.

Para instrumentalizá-la, aderimos aos conceitos trazidos pela autora como: (a) objetividade, no qual buscou-se a clareza e a precisão dos critérios indicados de forma que permita a análise ser verificada e reproduzida por outro pesquisador; (b) sistematicidade, visto que buscamos levar em consideração tudo decorrente do problema estudado, sem seleção arbitrária de elementos apenas de interesse ao pesquisador; (c) conteúdo manifesto, que possibilita a análise do que foi efetivamente expresso, eliminando possibilidades de preconceito da pesquisadora.

Conforme apontado por Oliveira (2008), realizamos um conjunto de procedimentos metodológicos para o desenvolvimento da análise proposta conforme ratificado pela autora a proposta das etapas da análise de conteúdo de Bardin. Na fase de pré análise foi definido como objetivo o levantamento dos principais conflitos bioéticos vivenciados na relação médico-paciente no cuidado de pacientes em

terminalidade de vida internados em unidades de terapia intensiva. E foi levantado como hipótese que a própria relação médico-paciente é o principal motivador dos conflitos bioéticos no cuidado ao paciente em contexto da terminalidade de vida.

Foram selecionados 8 artigos para a fase da pré análise, no qual realizamos a leitura integral e flutuante do texto, seguindo as normas de: (a) exaustividade, com a leitura completa das amostras; (b) representatividade, com o maior número de amostra baseado nos critérios pré-estabelecidos; (c) homogeneidade, visto que obedeceram critérios precisos de escolha; e, (d) pertinência, já que as amostras correspondem ao objetivo da revisão.

Transitamos da pré análise para a exploração do material com a definição da Unidade de Registro que foi o tema, agregando os sentidos das falas dos interlocutores dentro do contexto de fala de potenciais conflitos bioéticos. Foram destacados trechos ou frases dos 8 artigos selecionados que traziam informações pertinentes ao objetivo da revisão integrativa. As URs foram organizadas e registradas no *quadro 2 (coluna resultados)* e associada a temas bioéticos no *quadro 2 (coluna conclusão)*. Dessa forma, cada tema foi composto por um conjunto de URs que foram agrupadas pelo mesmo sentido.

Prosseguimos a segunda etapa com a codificação indutiva dos temas que com maior frequência se repetiam no decorrer da leitura dos artigos selecionados. Optamos iniciar a codificação sem códigos predeterminados para que de fato pudessemos encontrar sua unidade de significação. Observada a similaridade entre temas, foi iniciado um prévio agrupamento que possibilitou no decorrer do exercício, encontramos códigos coerente às unidades de significação (*quadro 3*).

Finalizado o agrupamento das URs por unidades de significação, as mesmas foram quantificadas baseado na incidência que as URs apareceram nos artigos selecionados e que nos permitiu chegar a categorização a ser vista na *tabela 3* e discutida no título 6.4. Para a categorização buscamos seguir os seguintes critérios de qualidades: (a) Exclusão mútua, no qual cada elemento não pode existir em mais de uma divisão; (b) Pertinência, através da adequação da categoria à abordagem teórica escolhida e ao material do corpus; (c) Objetividade e a fidelidade, visto que as diferentes partes do mesmo material foram codificadas da mesma maneira; e, (d) Produtividade, já que o conjunto de categorias forneceu resultados férteis.

Quadro 3 - Codificação indutiva dos temas

PRINCIPAIS TEMAS DAS URs	UR COM TEMAS SIMILARES	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
Obstinação terapêutica [1,3,4,5,7]	- Futilidade Terapêutica [1,4] - Futilidade médica [3] - Distanásia [7,8]	Formas de morrer na UTI
Desrespeito às preferências do paciente [2,3,4,6]	- Desrespeito à autonomia do paciente [6,8]	Desrespeito ao paciente
Ineficácia da prática clínica [1,6,7,8]		Limitações na atuação profissional
Despreparo da equipe médica [3,4,5,7,8]	- Desqualificação da equipe médica [1,7] - Melhoria na formação e qualificação profissional [2,8]	Limitações de formação profissional
Ausência de respaldo ético e legal para tomadas de decisões [2,8]	- Legalidade da prática de limitação do esforço terapêutico [5] - Necessidade de respaldo ético e legal para tomadas de decisões [7]	Insegurança jurídica para prática profissional e tomada de decisões
Tomada de decisão unilateral do médico [2,5]		Processo de tomada de decisões
Paternalismo médico [2,6,7]		Divergências éticas na atuação profissional
Limitação de suporte terapêutico [2,5]		Processos de morte na UTI
Eutanásia [2]		Formas de morrer na UTI
Relação médico-paciente- família [2,3,5,7,8]		Dinâmica relacional ética
Tomada de decisão compartilhada [2,3,5,7,8]		Processo de tomada de decisões
Comunicação deficitária [3]	- Falha de comunicação [6] - Comunicação insuficiente [6]	Divergências éticas na comunicação

Tensões e conflitos na tomada de decisões [3,5,8]		Conflitos na tomada de decisões
Interferências valorativas e pessoais na tomada de decisões [2,7]	- Interferências de demandas profissionais na tomada de decisões [2]	Conflitos na tomada de decisões
Prática clínica antiética [4]	- Interferências na prática clínicas [4,7,8]	Divergências éticas na atuação profissional
Insegurança na tomada de decisão por LET [5]		Insegurança na tomada de decisões
Tomada de decisão substitutiva [5,7,8]		Processo de tomada de decisões
Ortotanásia [5,7]		Processos de morte na UTI
Diretivas Antecipada de vontade [5,7]		Normativa ética para tomada de decisões

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2 - Síntese dos temas das URs por unidades de significação na análise de conteúdo

	AGRUPAMENTO DOS TEMAS DAS URs POR UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	NÚMERO DE UNIDADE DE REGISTRO (UR) POR ARTIGO								
		1	2	3	4	5	6	7	8	Total
1	Obstinação terapêutica Futilidade Terapêutica Futilidade Médica Limitação do esforço terapêutico Eutanásia Ortotanásia	2	2	2	3	5	N/A	3	1	18
2	Tomada de decisão compartilhada Tensões e conflitos na tomada de decisões Interferências valorativas e pessoais na tomada de decisões Tomada de decisão unilateral do médico Interferência de demandas profissionais na tomada de decisões Tomada de decisão substitutiva	N/A	4	3	N/A	7	N/A	3	7	24
3	Desqualificação/ despreparo da equipe médica Necessidade de melhoria na formação e qualificação profissional Ineficácia da prática clínica	4	1	1	1	4	1	9	5	26
4	Desrespeito às preferências do paciente Paternalismo médico Relação médico-paciente- família Prática clínica antiética Interferências na prática clínicas Desrespeito à autonomia do paciente Falha de comunicação Comunicação deficitária Comunicação insuficiente	1	3	3	4	1	5	5	5	27
5	Ausência de respaldo ético e legal para tomadas de decisões Legalidade da prática de limitação do esforço terapêutico Diretiva Antecipada de vontade	N/A	1	N/A	N/A	2	N/A	2	1	6
	TOTAL	7	11	9	8	19	6	22	19	101

N/A = Não Apareceu no estudo

Fonte: Elaboração própria.

A segunda etapa da análise de conteúdo permitiu a observância de duas dimensões importantes das unidades de significação (temas), que são: dimensão quantitativa e dimensão qualitativa. Quantitativamente, podemos observar a importância da reflexão acerca dos conflitos bioéticos na relação médico-paciente a partir do total de 101 unidades de registro no conjunto da análise dos 8 artigos selecionados, dos quais 52,47% (n=53) das URs encontradas estão relacionadas diretamente ao papel do médico, seja pela sua formação, atuação ou intervenção.

Esse achado nos remete a importância de trazer a relação médico-paciente ao centro do debate dos conflitos bioéticos na UTI visto que é uma relação marcada pela hierarquia e poder com influência direta na tomada de decisões éticas. Qualitativamente, as URs possibilitaram a aproximação com o objeto do estudo alinhado ao referencial teórico adotado. Concluímos, essa etapa com a categorização empírica da análise de conteúdo, que conforme sinalizado por Oliveira (2008, p. 573), possibilitam atributos que

definem a sua qualidade, em termos de expressão dos significados contidos no texto. São elas: sintetizam as unidades de registro extraídas do texto; agregam os significados existentes no texto em subconjuntos; são específicas; *comportam* a maior parte do material analisado.

Tabela 3 - Síntese da categorização da análise de conteúdo

	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	Nº DE UR	% DE UR	CATEGORIZAÇÃO
1	Processos de morte na UTI Formas de morrer na UTI	18	17,82%	Práticas de fim de vida em UTI-A
2	Processo de tomada de decisões Conflitos na tomada de decisões Insegurança na tomada de decisões	24	23,76%	Tomada de decisões éticas
3	Limitações na atuação profissional Limitações de formação profissional	26	25,74%	Formação e atuação médica em UTI-A
4	Desrespeito ao paciente Divergências éticas na atuação profissional Dinâmica relacional ética Divergências éticas na comunicação	27	26,73%	Questões bioéticas na intervenção profissional
5	Insegurança jurídica para prática profissional tomada de decisões Normativa ética para tomada de decisões	6	5,95%	Normas ético-jurídicas na tomada de decisões
	TOTAL	101	100%	

Fonte: Elaboração própria.

6.4 DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

6.4.1 Práticas de fim de vida em UTI-A

O avanço biotecnológico interdita a morte¹⁴. Com todo o recurso e investimento tecnológico, o morrer deixou de ser um fenômeno natural e assumiu um direcionamento social. Costa (2015) ratifica que a partir da década de 1960, a morte clínica parou de ser natural, visto que corpos passaram a ser mantidos vivos com a sustentação da circulação e da respiração. Inicia-se aqui a reflexão que as mortes passaram a ser adiadas ou aceleradas, tornando-se um “processo eminentemente social, ligado a escolhas (individuais e/ou coletivas)” (Costa, 2015, p. 147).

Manter-se vivo passou a ser associado ao quanto de investimento tecnológico o paciente terá acesso. Segundo Costa (2015, p. 147), “quanto mais investimento tecnológico, mais tempo de vida haverá; quanto menos investimento, menos tempo”. Kovács (2008) afirma que esse avanço tecnológico fascina pacientes, familiares e equipe assistencial que passam a se preocupar com a manutenção da vida. E médicos, ao serem bombardeados com as diversas inovações tecnológicas, passaram a ter dificuldade na tomada de decisões de tratamento.

Nesse contexto, emerge a discussão sobre o matar e o deixar morrer nas UTIs. E esse novo paradigma da morte nos remete aos dilemas éticos da prática de fim de vida em UTI-A^(1,2,3,4,5,7,8), categoria essa que contou com 18 URs que abordaram o processo de morte^(2,5,7) e as formas de morrer^(1,2,3,4,5,7,8). Como exposto pelos autores supracitados, os aparatos técnico-científicos, cada vez mais, estão determinando o prolongamento da vida na UTI-A, muitas vezes, sem levar em consideração a qualidade de vida do paciente.

Encontramos em 3 URs a confirmação do sofrimento ao qual pacientes são submetidos em sua finitude de vida, seja pela solidão e mal manejo de sintomas⁽¹⁾, seja pela utilização irrestrita dos equipamentos de suporte avançado de vida^(3,7), como pode ser observado: *É comum que os pacientes morram sozinhos, sintam dor e tenham outros sintomas mal controlados⁽¹⁾; Os tratamentos médicos e a*

¹⁴ Em conformidade com a autora Kovács (2008).

tecnologia avançaram rapidamente; nesse processo, certos pacientes terminais podem ser submetidos a intervenções médicas mais agressivas e desnecessárias durante o período de final de vida ⁽³⁾; e, Se, por um lado, os equipamentos de suporte avançado de vida presentes na terapia intensiva salvam vidas, por outro, prolongam o processo de morrer e adiam a morte, em pacientes com doenças avançadas, progressivas e incuráveis, trazendo sofrimento para todos os envolvidos e favorecendo atitudes distanásicas ⁽⁷⁾ (grifo nosso).

A distanásia^{15 (7,8)}, também conhecida como obstinação terapêutica ^(1,3,4,5,7) reflete exatamente essa nova forma de morrer nas UTIs-A: com sofrimento desproporcional e desnecessário, trazendo à tona a moralidade e a legalidade desse processo. Essa percepção se ratifica na UR: *Muitas vezes são mantidos esforços curativos e desproporcionalmente agressivos, que não levam a nenhum benefício real para o paciente e, muitas vezes, prolongam sua agonia e deterioram a qualidade do pouco tempo que lhe resta para viver ⁽⁴⁾ (grifo nosso)*

No caso da terminalidade de vida constata-se a dificuldade na aceitação da finitude de vida, tanto por pacientes, como por familiares e pela própria equipe médica, que acabam optando pela insistência em adotar medidas desproporcionais para prolongar essa vida artificialmente, prolongando concomitantemente o sofrimento do paciente. Um estudo chamou atenção ao abordar as expectativas irrealistas da família e a dificuldade de lidar com o processo de morrer, como pode ser observado na UR: *Eles não podiam aceitar o fato de que os pacientes estavam quase mortos. Eles pediam aos médicos e à equipe que tomassem medidas que pudessem prolongar a vida dos paciente ⁽⁸⁾ (grifo nosso)*

Afonso (2023) ratifica essa percepção ao afirmar que a prática da distanásia é um fenômeno originário de ambos os extremos da relação médico-paciente. Por parte do paciente e familiares, a prática é respaldada pelas suas instabilidades emocionais que “demandam tratamentos que acreditam poder curar ou postergar o avanço da enfermidade” (Afonso, 2023, p. 891). Já da parte do médico, “a dificuldade em lidar com a morte de seu paciente ou comunicá-la pode resultar na obstinação terapêutica e, conseqüentemente, em futilidade” (Afonso, 2023, p. 892).

¹⁵ “consiste na utilização de recursos tecnológicos da medicina com a finalidade de prolongar artificialmente a vida do paciente, ainda que tais procedimentos possam lhe causar sofrimento desproporcional e desnecessário” (Afonso, 2023b, p. 891).

A futilidade terapêutica ^(1,4), também chamada de futilidade médica ⁽³⁾ é uma consequência da obstinação terapêutica visto que, segundo Afonso (2023, p. 891) trata-se da “prescrição de medicamentos e procedimentos cujo resultado se mostra terapêuticamente fútil ou, então, inapropriado do ponto de vista moral e ético”. Independente da nomenclatura a ser utilizada, ambas reforçam a complexa questão que envolve os tratamentos não benéficos ao paciente na contemporaneidade, como pode ser confirmado nas URs seguintes: *Eles também experimentam os eventos adversos de tratamentos intensivos mantidos muitas vezes até o final* ⁽¹⁾ e *Intervenções médicas excessivas que exigem mais esforço e recursos financeiros, com perspectivas limitadas de alterar o quadro clínico final* ⁽³⁾ (grifo nosso).

E esse prolongamento da vida, desconsiderando os limites de tratamento, passou a afastar o paciente do seu próprio processo de morrer, diminuindo a sua autonomia e deixando sua dignidade em segundo plano, favorecendo o paternalismo médico. Esse novo cenário, advindo da forma de morrer em UTIs, acendeu as discussões éticas aplicadas ao cuidado de fim de vida na busca pelo respeito à autonomia, dignidade e valores do paciente.

Portanto, o cuidado ao paciente em terminalidade de vida deve ser individualizado de forma que atenda às necessidades e preferências de cada um. E encontramos alinhamento dessa percepção junto a UR: *Levando-se em conta múltiplos elementos associados e não limitados a respostas fisiológicas, como fatores sociais, econômicos, pessoais, desejos do paciente e de seus familiares, entre outros. Por esta razão, a definição da futilidade de um tratamento em um paciente específico não pode ser extrapolada para outros pacientes* ⁽⁴⁾ (grifo nosso).

Dessa forma, os médicos começaram a ser chamados a possibilitar uma morte digna¹⁶ ao paciente e conceitos como ortotanásia¹⁷ e limitação de esforço terapêutico¹⁸ passaram a fazer parte dos discursos bioéticos como alternativa para uma morte com dignidade, sendo esta última “associada à necessidade de cuidados de saúde efetivos, inclusive quanto ao controle da dor” (Dadalto, 2019, p. 5). No Brasil, a busca pela morte digna tem se amparado na Constituição, art 5º, III que

¹⁶ “relaciona-se à possibilidade que o indivíduo tem de, diante de determinados estados clínicos, fazer escolhas sobre seu fim” (Dadalto, 2019, p. 2).

¹⁷ “é tida hoje como a morte certa, aquela que não prolonga a vida da pessoa com doença grave, incurável e/ou terminal, nem mesmo a abrevia” (Dadalto, 2019, p. 5).

¹⁸ “abstenção, supressão ou limitação de todo tratamento fútil, extraordinário ou desproporcional diante da iminência da morte do paciente” (Dadalto, 2019, p. 5).

prevê a proibição de tratamento desumano ou degradante, assim como em resoluções do CFM.

A ortotanásia ^(5,7) se fundamenta nos princípios deontológicos da beneficência (fazer o bem ao paciente) e não maleficência (evitar o mal ao paciente). Rego; Palácios; Siqueira-Batista (2009) relatam que a proposição do conceito de ortotanásia contribui para a ampliação do debate bioético sobre o fim de vida. Para os autores, para quem defende a adoção deste termo, a “ortotanásia deve ser compreendida como uma atitude entre a eutanásia e a distanásia, que asseguraria uma morte digna, sem abreviações e sem sofrimentos adicionais, por vezes associada à oferta de cuidados paliativos” (Rego; Palácios; Siqueira-Batista, 2009, p.117).

Sendo assim, médicos têm encontrado na ortotanásia o conforto para a tomada de decisões que envolvem o cuidado na terminalidade de vida, como pode ser observado nas URs: *Não reanimar indivíduos em fase terminal de doença progressiva é algo apontado em estudo como ato humano que vai ao encontro do princípio bioético da não maleficência, uma vez que visa minimizar o sofrimento e evitar a distanásia ⁽⁵⁾ e Quando a cura é inatingível, é o bem-estar do paciente e a promoção de uma morte digna e tranquila, evitando-se medidas fúteis, a partir de consenso com a família ⁽⁷⁾ (grifo nosso).*

Acreditamos que uma das formas de garantir ao paciente uma morte digna é através da limitação do esforço terapêutico ^(2,5), no qual medidas fúteis deixam de ser adotadas, mas ainda garantindo aos pacientes os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao seu sofrimento. Portanto, não há comprometimento à assistência ofertada ao paciente, como pode ser observado na UR: *A suspensão de tratamentos que sustentam a vida sejam permitidas nos casos em que os médicos têm certeza da inevitabilidade da morte, a nutrição básica deve ser mantida ⁽²⁾ (grifo nosso).*

Porém, ainda é habitual que alguns médicos se vêem na posição de ao limitar esforço terapêutico, encontrarem-se no dilema ético da eutanásia¹⁹ do qual a sua etimologia deriva do grego e significa "boa morte" e que tem por objetivo o desfecho da morte como estado melhor do que o paciente permanecer vivo. Apesar disso,

¹⁹ “a abreviação do processo de morrer de um enfermo, por ação ou não ação, com o objetivo último de aliviar um grande e insuportável sofrimento.” (Rego; Palácios; Siqueira-Batista, 2009, p. 110).

ainda é considerado crime na legislação brasileira. Encontramos em um estudo selecionado, uma UR que traz com clareza essa linha tênue que a LET se encontra na assistência ao paciente em terminalidade de vida: *A suspensão do tratamento em pacientes terminais, que são formas mais passivas de eutanásia* ⁽²⁾ (grifo nosso)

Portanto, a LET é envolta de polêmicas, visto a sua associação com a eutanásia. Do ponto de vista bioético, pode ser compreendida a partir de duas correntes: (a) ortotanásia, como sendo o meio para a morte com dignidade no momento certo, com controle da dor e sintomas; e, (b) eutanásia, como sendo o meio de levar à morte para abreviar a dor. Mas, de fato, existe tempo certo? O que e quem determina esse tempo? Esse tempo é o certo para quem? Porque a eutanásia não pode ser uma assistência envolta de cuidado e que promova a morte digna?

Costa (2015) afirma que a expressão ortotanásia nada mais é do que a tentativa de manter um caráter metafísico do tempo certo. Assim como Costa (2015), acreditamos que a terminologia da ortotanásia serve apenas para amenizar a abordagem ética sobre as: eutanásia passiva²⁰ e eutanásia de duplo efeito²¹. Dias (2013, p. 156) também compactua com a mesma percepção ao afirmar

A expressão ortotanásia desvia o ouvinte da nebulosa e temida discussão acerca do fim da vida, e procura apaziguar seus temores com o tema, aparentemente menos sombrio, da boa morte. Trata-se de um artifício retórico para suavizar uma discussão difícil e calorosa que trata do fim da vida e do poder de decisão sobre esse fim.

A eutanásia ⁽²⁾ fundamenta-se no princípio deontológico da autonomia²². Dadalto (2019, p. 2) aponta que, na contemporaneidade, há o desenvolvimento do modelo da eutanásia autônoma “que coloca o paciente no centro do ato”, passando a ser visto como sujeito de direitos cuja autonomia precisa ser respeitada. O respeito à autonomia do paciente, segundo Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009, p. 46) significa “apresentar, de forma clara e transparente, o que se passa com o sujeito e

²⁰ “quando a morte ocorre por omissão proposital em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da sobrevida” (Rego; Palácios; Siqueira-Batista, 2009, p. 110).

²¹ “casos em que a morte é acelerada como consequência de ações médicas não visando ao êxito letal, mas sim ao alívio do sofrimento de um paciente” (Rego; Palácios; Siqueira-Batista, 2009, p. 110).

²² “no âmbito do principialismo ela deve ser compreendida como o governo pessoal do eu, que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros quanto de limitações pessoais que criam embaraços para a escolha, tais como a compreensão inadequada” (Rego; Palácios; Siqueira-Batista, 2009, p. 44-45).

as opções que a ciência biomédica coloca a seu dispor, respeitando a sua decisão sobre o que ele entende ser melhor para si”.

Assim como Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009), acreditamos que se o paciente teve autonomia para tomada de decisões ao longo da sua vida, o mesmo deve ter a igual possibilidade de decidir sobre o seu fim de vida. Essa categoria de análise nos permitiu uma maior aproximação e complementaridade entre as correntes dos princípios e a Ética do Cuidado ao pressupor que o paciente tem direito de dispor da sua vida conforme as suas preferências (crenças, valores, desejos) e que as mesmas devam ser respeitadas pelo médico.

Portanto, do ponto de vista bioético trazer à Ética do Cuidado para o debate sobre a forma e o processo de morrer, permite alinhamento da tomada de decisões éticas no fim de vida ao princípio da qualidade de vida. Compreendemos que cabe ao paciente a definição do que lhe seria uma boa vida, assim como uma morte digna. Defendemos que através do investimento na relação entre médico e o paciente é que será estabelecida as preferências dos pacientes, o que possibilitará a exploração das possíveis causas para o desejo da LET e o desenvolvimento conjunto da tomada de decisão possíveis.

Concluimos a análise dessa categoria com a compreensão que na atual configuração de assistência ao paciente em terminalidade de vida nas UTIs, os mesmos não morrem e sim são deixados morrer, como confirmado no estudo ⁽¹⁾ que trouxe como resultado que mais da metade dos pacientes participantes morreram somente após a limitação de tratamento que sustenta a vida. Também, pudemos concluir que morte digna é um conceito complexo e difícil de definição por envolver a percepção valorativa dos agentes morais.

6.4.2 Tomada de decisões éticas

Não há dados técnicos que guiem tomada de decisões independente de valores²³. Costa (2017) traz a reflexão que a Ética ao trabalhar com valores morais, se torna uma abordagem inevitável no processo de tomada de decisão e acaba por exigir dos profissionais de saúde a necessidade de aprofundar o conhecimento

²³ Em conformidade com o autor Costa (2017).

sobre Bioética clínica²⁴ para uma intervenção profissional mais prudente.

O autor supracitado afirma que os valores não devem ser restritos somente à preferência individual, mas que devem estar incorporados a um grupo de valores apropriados em um dado contexto. Pode-se assim dizer que tratam-se de valores éticos relativos no qual “em um dado contexto, envolvendo determinados atores, haveria uma ação mais correta, mais apropriada” (Costa, 2017, n.p.). Embora sejam valores relativos, os mesmos precisam ser moralmente aceitos na sociedade.

Em consonância, Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009) ratificam que a tomada de decisão é um dos aspectos centrais da prática clínica. Para os autores, aos profissionais de saúde é demandado não apenas saber a tomada de decisão adequada do ponto de vista técnico, mas sim a escolha de qual promoverá o bem para o paciente segundo a perspectiva do próprio. Não se trata de acatar somente às preferências do paciente, como posto por Rego, Palácios e Siqueira-Batista, em nome de um suposto respeito à autonomia²⁵ do indivíduo. Trata-se da reestruturação da relação médico-paciente.

Portanto, defendemos que não há como abordar tomada de decisões éticas valorativas dissociadas dos agentes morais envolvidos no processo. E, justamente, por esse motivo, que a tomada de decisões referente ao tratamento de pacientes em terminalidade de vida apresentam muitos aspectos éticos, principalmente quando estes se encontram em contexto de fim de vida internados em UTIs.

Não à toa, chegou-se à categoria de tomada de decisões éticas através da abordagem temática em cinco estudos ^(2,3,5,7,8) e que totalizou 24 URs. Em consonância com Costa (2017), pudemos confirmar que os valores dos agentes morais envolvidos no processo, de fato, interferem na tomada de decisões ^(2,7) como se pode observar nas URs: *a formação cultural e a formação religiosa influenciam as atitudes e a prática médica dos médicos* ⁽²⁾ e *Os dilemas éticos em UTI relacionados aos limites de ação terapêutica esbarram na pluralidade dos valores das pessoas envolvidas, sendo mais difícil chegar a um consenso* ⁽⁷⁾ (grifo nosso).

²⁴ “A Bioética clínica seria, então, um subconjunto da Ética aplicada relacionada com processos de tomada de decisão diante de um caso concreto na área da saúde” (Costa, 2017, n.p.).

²⁵ “A autonomia de um indivíduo diz respeito à sua capacidade de autodeterminação [...], requer o reconhecimento do outro como sujeito moral, ou seja, capaz de avaliar e decidir sobre questões morais, especialmente aquelas que lhe concernem” (Rego; Palácios, Siqueira Batista, 2009, p. 80-81).

E justamente por essa pluralidade de valores que surgem tensões e conflitos na tomada de decisões éticas ^(3,5,8). Tensões e conflitos estes advindos tanto da (a) relação paciente-família ⁽³⁾, como pode ser visto na UR: *as opiniões dos pacientes e familiares sobre os cuidados de EOL diferem, e as discussões de EOL que envolvem pacientes e familiares podem, portanto, ser necessárias para resolver conflitos* ⁽³⁾; como da (b) relação médico-família ⁽⁵⁾ através da UR *O profissional até reconhece a importância da família e seus valores, mas em caso de opiniões discordantes sua decisão prevalece* ⁽⁵⁾; e entre (c) os próprios membros familiares ⁽³⁻⁸⁾ como visto nas URs: *As tensões e conflitos familiares dificultaram o alcance do consenso, e os médicos tiveram dificuldade em gerenciar a dinâmica familiar complexa* ⁽⁸⁾ e *Havia opiniões diferentes entre os membros da família sobre as decisões da EOL, e os conflitos entre os membros da família eram uma das barreiras que os médicos tiveram que abordar* ⁽³⁾ (grifo nosso).

Embora a fundamentação teórica deste estudo demonstra que a relação médico-paciente é permeada de tensões, nenhuma amostra selecionada abordou de forma direta essa relação conflitante. Acreditamos que a ausência dessa abordagem seja reflexo de uma postura paternalista dos médicos ⁽²⁾, que tomam para si decisões de tratamento enquanto há possibilidade de cura, conforme afirmação na UR *evidencia-se a supremacia da decisão médica* ⁽²⁾ (grifo nosso), e quando constatada a terminalidade de vida transferem para pacientes e familiares decisões sobre o processo de morrer. Momento este em que, em vários casos, pacientes já não se encontram aptos para tomada de decisões, mascarando as tensões e conflitos nessa relação.

Tal postura nos remete a tomada de decisão unilateral médica ^(2,5) ratificada na UR *o médico tem assumido o papel de único responsável pela decisão de limitar esforços* ⁽²⁾ (grifo nosso) e que é reforçada, principalmente, quando envolve decisões sobre Limitação de Esforço Terapêutico (LET) ⁽²⁾. O estudo ⁽⁵⁾ apontou, ainda, que mesmo em países onde a LET é regulamentada, ainda segue sendo uma tomada de decisão envolta em conflitos, como visto na UR: *Entretanto, apesar de a LSV ser prática crescente no mundo ainda é cercada de conflitos, pois mesmo com amparo legal persistem inseguranças e dificuldades no que tange a tomada de decisão por sua adoção* ⁽⁵⁾. (grifo nosso).

E as UTIs acabam se configurando como cenário onde mais se aparece a

necessidade de tomada de decisão que envolve suporte de vida. E para além das interferências valorativas no processo de tomada de decisão, as demandas profissionais ⁽²⁾ e a rotina institucional acabam por afetar diretamente em como a equipe médica conduz essas decisões que envolvem limitação do esforço terapêutico fazendo com que médicos sejam mais ou menos propícios à LET, como afirmado na UR: *o volume de pacientes terminais nas UTIs onde trabalham afetam as atitudes dos médicos em relação às decisões de FDV por si mesmos* ⁽²⁾ (grifo nosso). Embora uma interessante constatação, Baykara *et al* não a aprofundou em seu estudo.

Ao analisar essa categoria, podemos perceber que a tomada de decisão em UTI, por si só, é desafiadora. Esse setor possui a particularidade de nem sempre o médico intensivista conhecer previamente o paciente ⁽⁸⁾, como constatado na UR *Para os médicos no pronto-socorro e na UTI, no entanto, pode ser a primeira vez que eles viram os pacientes e tiveram que tomar decisões com base nas informações atuais e na opinião de membros da família* ⁽⁸⁾ (grifo nosso).

E pela UTI ser um setor que atende pacientes em situação de agravamento clínico, muitas das tomadas de decisões acabam sendo substitutivas^{26 (5,7,8)} como se pode observar nas URs: *Pacientes críticos, frequentemente com capacidade de decisão comprometida, têm sua terapêutica a cargo da equipe médica e da família* ⁽⁵⁾ e *Como ocorre usualmente, o paciente em UTI está sedado em seus momentos finais de vida, cabendo à família e à equipe médica a decisão pelo tipo de morte, com atitudes ortotánásicas ou distanásicas* ⁽⁷⁾ (grifo nosso).

Acreditamos que dentro do processo de tomada de decisão, principalmente no cuidado de fim de vida, o tomador substitutivo de decisões seja médico, familiar ou representante legal, tem como principal desafio compreender que a decisão tomada não pertence à ele, ou seja, ao indivíduo que a tomou, mas ao paciente que deve ter seus valores e desejos expressos (quando ainda detentor de capacidade de consentir) respeitados.

Um ponto de visto importante achado no estudo ⁽⁸⁾ e que difere dos demais estudos que trazem o paternalismo médico como motivador para as tomadas de decisões substitutivas, os autores do artigo apontam que muitas vezes os próprios

²⁶ “trata-se do princípio que guia uma pessoa na tomada de decisão sobre a saúde de um paciente, em seu nome, quando este perdeu sua capacidade para consentir” (Vattimo; Afonso; Sá, 2023, p. 828).

pacientes não querem fazer parte desse processo decisório, seja por não compreender a gravidade do prognóstico, seja por não querer lidar com a sua própria finitude da vida, como pode ser visto na UR: *Os pacientes muitas vezes não consideravam as questões de ONR relevantes ou achavam difícil pensar quando a sua condição física estava boa; mas também achavam difícil aceitar quando estavam perto da morte* ⁽⁸⁾ (grifo nosso).

Portanto, torna-se necessário trazer a tomada de decisão para dentro do debate do cuidado para que se desenvolva uma atuação ética que foque não somente no paciente ou no médico e sim na relação entre eles. Essa perspectiva exige do médico despir-se do seu poderio para elevar, como posto por Costa (2017), o cuidar como uma virtude a ser desenvolvida por esse profissional e o alinha à Ética do Cuidado.

Ao investirem nessa relação, médicos conhecerão os valores (desejos, crenças, percepções) do paciente de forma a conduzir com segurança as tomadas de decisões do tratamento em situações no qual o paciente não encontra-se mais apto para tomada de decisões, de forma que respeite a sua autonomia e as suas preferências, favorecendo a diminuição da obstinação terapêutica e das tensões no processo da tomada de decisão substitutiva.

Acreditamos que a tomada de decisão compartilhada^{27 (2,3,5,7,8)} é o processo decisório que mais se alinha à Ética do Cuidado visto que, como posto por Forte (2022), exige uma habilidade e competência em comunicação de forma que facilite a sua compreensão sobre a finitude da vida e a estruturação de uma dinâmica relacional ética entre o médico e o paciente que auxilie na tomada de decisões ou que busquem junto aos familiares esse referencial de cuidado.

Portanto, defendemos que a relação e a comunicação devem estar no centro do cuidado e pudemos confirmar essa importância através das URs: *os médicos tiveram que estabelecer parcerias com pacientes e membros familiares para discussão e tomada de decisão* ⁽⁸⁾ e *Ao convocar a família para participar do processo de tomada de decisão, é importante respeitar o timing de cada membro,*

²⁷ “profissionais colocam suas opiniões técnicas sobre doenças, mas, antes, buscam compreender os valores de vida de pacientes para, assim, respeitarem pacientes como pessoas, como fins em si mesmos, e respeitarem também uma boa prática profissional baseada em evidências” (Forte, 2022, p. 2).

sua necessidade de esperança e entender que a família avança e retrocede em estágios durante sua adaptação à situação de terminalidade ⁽⁷⁾ (grifo nosso).

E o objetivo do cuidado envolve “decisões e preferências abrangentes relacionadas à saúde, desde a intensidade da assistência desejada, até decisões sobre tratamentos específicos e planejamento para necessidades futuras” (Vattimo; Belfiore, 2023b, p. 36). Portanto, são definidos a partir da interação entre o médico e o paciente, que em consonância com a Ética do Cuidado, desloca o foco do indivíduo para a relação. Portanto, a relação interpessoal entre os agentes envolvidos no conflito bioético possibilita o filtro para tomada de decisões éticas.

Acreditamos, assim como Vattimo e Belfiore (2023b, p. 49) que a tomada de decisões não “devem se limitar a preferências quanto a terapias de manutenção da vida, mas devem ser amplas, abordando como o paciente deseja viver durante toda a sua doença”. As decisões sobre a assistência no fim de vida, principalmente em pacientes com agravamento de DCNT com prognóstico desfavorável e possibilidade de adoção de medidas fúteis, devem ser estimuladas precocemente, visto que, conforme a UR, *a tomada de decisão compartilhada entre pacientes, familiares e médicos pode minimizar intervenções médicas e cirúrgicas desnecessárias no EOL* ⁽³⁾ (grifo nosso).

Concluimos, ao analisar essa categoria, que o maior desafio na tomada de decisões éticas com pacientes em terminalidade de vida são os médicos efetivá-la como um processo decisório compartilhado enquanto o paciente possui poder deliberativo sobre as mesmas e possa decidir sobre a condução do seu tratamento. Pois, como pudemos observar nos estudos selecionados, a tomada de decisões tendem a ser transferidas ao paciente e família apenas quando se trata da decisão sobre a morte.

6.4.3 Normas ético-jurídicas na tomada de decisões

Consentir é uma capacidade de direito²⁸. No contexto do cuidado em saúde, Vattimo, Afonso e Sá (2023) sinalizam que para o exercício efetivo do direito, é preciso envolver a autonomia, buscando base em princípios bioéticos como a dignidade da pessoa humana. Portanto, para refletir sobre as ações na assistência

²⁸ Em conformidade com Vattimo, Afonso e Sá (2023).

aos pacientes em terminalidade de vida e estudar a normatização das questões bioéticas é necessário adentrar no campo do biodireito.

Antes de iniciar a análise dessa categoria, avaliamos que a Constituição brasileira ao trazer como fundamento a dignidade humana²⁹, faz com que o indivíduo seja o centro do ordenamento jurídico, ocasionando a necessidade de explicar sobre a capacidade de consentir³⁰, visto que a mesma está intrinsecamente relacionada ao processo de tomada de decisões do paciente e ao ordenamento jurídico brasileiro.

Para Vattimo, Afonso e Sá (2023), a capacidade de consentir está vinculada ao discernimento, logo “depende fundamentalmente de atributos cognitivos e intelectuais, em vez de se pautar principalmente em mecanismos legais” (Vattimo; Afonso; Sá, 2023, p. 829) e complementam, ainda, que não há clareza, no ordenamento jurídico brasileiro, “quanto à definição de parâmetros e mecanismos para a determinação da capacidade para consentir” (Vattimo; Afonso; Sá, 2023, p. 830).

A Resolução CFM nº 2.232/2019 ratifica a capacidade de consentir como norma ética para a recusa terapêutica por paciente em seu art. 2º.

É assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente (CFM, 2019, n.p.).

Vattimo, Afonso e Sá (2023) afirmam que por diversas possibilidades clínicas levaremos prejuízo das faculdades cognitivas de um paciente, acaba por dificultar a criação de normas e parâmetros para declarar a incapacidade do paciente de consentir, gerando, portanto, a dependência da prática clínica médica frente aos procedimentos legais. Como consequência, aumenta a probabilidade de emergir o poderio médico na tomada de decisões.

Em situações de risco relevante à saúde, o médico não deve aceitar a recusa terapêutica de paciente menor de idade ou de adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros (CFM, 2019, n.p.).

²⁹ “concepção que faz a pessoa fundamento e fim da sociedade e do Estado.” (Dadalto, 2019, p. 8).

³⁰ “O paciente deve ser capaz, portanto, de receber a informação sobre sua condição e as alternativas de tratamento propostas, refletir sobre elas e pesar suas consequências e riscos para, então, tomar uma decisão racional (Vattimo; Afonso; Sá, 2023, p. 829).

Tal perspectiva pode ser confirmada, ainda, no art 5º que prevê que “a recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito” (CFM, 2019,n.p.), sendo este caracterizado como “a recusa terapêutica que coloque em risco a saúde de terceiros” (CFM, 2019, n.p.). Isso nos remete à reflexão sobre até onde a tomada de decisões éticas substitutivas em cuidado de fim, de fato, possuem respaldo legal para que sejam respeitadas e acatadas pela equipe médica.

A categoria Normas ético-jurídicas na tomada de decisões ^(2,5,7,8), embora primordial ao se tratar de uma reflexão sobre os conflitos bioéticos, apareceu somente em metade dos estudos selecionados, totalizando 6 URs. Apesar de normatizações como limitação de esforço terapêutico e diretivas antecipadas de vontade serem presentes na deontologia médica, ainda seguem sem sustentação no ordenamento jurídico brasileiro, causando dúvidas e incertezas no cuidado ao paciente em terminalidade de vida.

Encontramos na UR *Devido às características culturais e ao grande tabu que envolve a morte, a decisão dos profissionais é muito baseada no receio da repercussão legal, jurídica* ⁽⁷⁾ (grifo nosso) a constatação posta por Ariès (2012) e Elias (2001): a morte segue sendo um tabu na era contemporânea. E como visto na primeira categoria de análise, a LET é encarada pela equipe médica com a linha tênue entre a percepção da eutanásia e a amenização da ortotanásia. Porém, independente do viés médico adotado, segue-se tendo insegurança no processo.

A LET iniciou sua tentativa de regulamentação através da Resolução CFM nº 1.805/2006 que previa em seu art 1º que “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” (CFM, 2006, n.p.). A resolução garante, ainda, no 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 (CFM, 2006, n.p.).

Essa resolução traz avanços na conduta médica ao permitir ao profissional romper com a distanásia tão presente nas UTIs, assegurando ao paciente tratamento digno no seu fim de vida através do controle de sintomas, como pode ser visto na UR: *a suspensão de tratamentos que sustentam a vida sejam permitidas*

nos casos em que os médicos têm certeza da inevitabilidade da morte, a nutrição básica deve ser mantida ⁽²⁾ (grifo nosso). Ou seja, ao limitar seu suporte de vida, não significa que o paciente será submetido a morte por desnutrição ou desidratação.

Embora a LET tenha se configurado como uma prática legal no Brasil, como visto na UR: *A LSV é prática legal no Brasil, garantida pela publicação da Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM), e dá respaldo ao médico para limitar ou suspender procedimentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal* ⁽⁵⁾ (grifo nosso) e apesar da Constituição Federal prever em seu art 5º o direito à vida e à liberdade ao indivíduo, que subentende-se inclusive liberdade de decidir sobre a própria vida ou o fim dela, não há no dispositivo nada que regule a extinção da vida que é tida como um bem jurídico indisponível³¹. Portanto, a eutanásia é considerada crime no Brasil.

Ao considerar que pacientes morrem ao terem suporte de vida limitados, a LET é entendida como uma forma de eutanásia passiva. O Código Penal Brasileiro (CPB) em seu art 121 prevê que é ato criminoso matar alguém e em seu art 135 estabelece como omissão de socorro deixar de prestar assistência quando possível fazê-lo sem risco pessoal. No primeiro caso a pena é atenuada se no ato o agente cometer o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral e no segundo caso a pena é triplicada, se resulta a morte. Já o Código Civil Brasileiro (CCB) em seu art 6 afirma que a existência da pessoa natural termina com a morte. Logo, para o ordenamento jurídico brasileiro, subentende-se que a manutenção da vida deve ser estabelecida até que haja uma morte cronológica, estabelecida dentro de critérios legais e científicos.

Portanto, os médicos seguem sendo responsabilizados criminalmente pela LET e acreditamos que esse seja um dos principais dilemas éticos presentes no cuidado de fim de vida. Dessa forma, a categoria se encontra em difícil posição entre indicar a LET sanando com a cultura da distanásia nas UTIs e correr o risco de ser denunciado e responder processo criminal, como pode ser visto nas URs: *A falta de legislação em torno dos cuidados de FDV coloca os médicos em situações difíceis em termos de decisões de FDV* ⁽²⁾ e *Entretanto, apesar de a LSV ser prática*

³¹ [Dicionário] é aquele que não pode ser renunciado, transacionado ou alienado pela vontade das partes envolvidas.

crescente no mundo ainda é cercada de conflitos, pois mesmo com amparo legal persistem inseguranças e dificuldades no que tange a tomada de decisão por sua adoção ⁽⁵⁾ (grifo nosso).

Essa categoria de análise nos remete à reflexão que a tomada de decisões na terminalidade de vida é controverso. Embora a autonomia e a capacidade de consentir sejam princípios que regem o ordenamento jurídico brasileiro, quando se trata de decisões que limitam o suporte de vida as mesmas são cessadas. Como uma possibilidade de garantir o respeito às decisões do paciente e resguardar a categoria médica, tem se tornado comum as diretivas antecipadas de vontade (DAV)³² ^(5,7), como pode ser visto na UR: *Uma saída para esses dilemas é o uso das Diretivas Antecipadas de Vontade, também denominadas de Testamento Vital [...] que tem como protagonista o paciente e seus desejos* ⁽⁷⁾ (grifo nosso).

A Resolução CFM nº 1.995/2012 traz a permissão para que médicos levem em consideração as diretivas antecipadas de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, desde que esteja de acordo com o CEM. Na DAV, o paciente estabelece as diretrizes do seu tratamento e nomeia seu representante que deverá zelar e garantir o cumprimento, como posto na UR: *representa suporte ético e legal para garantir que profissionais de saúde respeitem a vontade da pessoa que designa um representante para tomar decisões, geralmente um familiar* ⁽⁵⁾. Dessa forma, a resolução ratifica que as preferências do paciente prevalecem sobre a dos familiares.

Em consonância, Vattimo, Afonso e Sá (2023, p. 827) ratificam que as diretivas antecipadas permitem que

o enfermo, de forma prévia, indique um procurador ou deixe registrados, em testamento vital, seus desejos, valores e vontades, para que sejam levados em conta em um cenário em que perca sua capacidade para consentir. O principal objetivo da ferramenta é preservar a autonomia do paciente em situações em que ele estaria suscetível a perdê-la, dependendo potencialmente de decisões paternalistas.

Observamos que apesar do enorme avanço trazido pelos debates e resoluções do CFM, os médicos obtêm respaldo normativo em tomada de decisões

³² “conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (CFM, 2012, n.p.).

que envolvem, principalmente, a LET apenas quanto aos processos éticos e disciplinares junto ao Conselho. Constatamos, portanto, que as incertezas na tomada de decisões éticas na terminalidade de vida estão relacionadas ao conflito entre o direito à vida e a dignidade e o princípio da autonomia frente ao ordenamento jurídico brasileiro. O que nos remete ao questionamento: Quem, de fato, decide sobre o fim da vida de um ser humano?

Em conformidade com os achados, podemos perceber que essa decisão está nas mãos dos médicos e da tutela do Estado, que decidem quem e como pode ser o modo de morrer. Assim como Dadalto (2019), defendemos que pelo Brasil ser um Estado Democrático de Direito, o paciente deve ter assegurado o direito fundamental de escolha sobre como deseja vivenciar a sua própria terminalidade e os médicos precisam ser resguardados de ações criminais ao acatarem pela decisão do paciente ou de seu substitutivo.

Concluimos a análise dessa categoria com a certeza de que as tomadas de decisões éticas na terminalidade de vida são cerceadas pelos constrangimentos legais impostos pelo CPB. É necessário excluir a ilicitude de não manter a vida do paciente por meio artificial em casos que independente da terapêutica, o mesmo evoluirá para a morte. A indicação da LET pela equipe médica e o consentimento do paciente ou do substitutivo que deveriam, exclusivamente, guiar as decisões éticas no fim de vida são desconsideradas frente aos processos judiciais, ocasionando a distanásia nas UTIs.

Assim como Dias (2013, p. 157) acreditamos que a liberdade de escolha e a autonomia como valor, reconhecidas pela legislação brasileira e normativas do CFM, é a expressão de “uma capacidade constitutiva da identidade qualitativa do sujeito, ou seja, da qual depende a percepção de sua própria vida como valorada ou, simplesmente, como digna de ser vivida”. Para a autora, essa é uma condição necessária para que agentes morais exerçam uma vida de sucesso.

Embora as normas ético-jurídicas sejam deontológicas, quando trazemos esse indivíduo, que é o centro do ordenamento jurídico, para o cuidado, precisamos abordar a assistência integral através da percepção de que nem todos os pacientes têm a capacidade de serem agentes morais, porém precisam ter suas particularidades, singularidades e relações constituídas respeitadas. Em conformidade com Manning (1998) e Dias (2013), acreditamos que a confiança é o

caminho para que, frente às incertezas jurídicas, “no momento em que não estivermos mais à frente de nossos próprios atos, outros farão valer, por nós, a nossa vontade” (Dias, 2013, p. 158). Portanto, ratificamos a importância da relação médico-paciente estar no centro do cuidado.

6.4.4 Questões bioéticas na intervenção profissional

O Código de Ética Médico (CEM) zela pela coerência jurídica e pelo compromisso com a saúde, com os direitos humanos e com a bioética³³. Para Sanchez e Fraiz (2022, p. 285),

a atuação médica compreende a relação médico-paciente, a competência clínico-cirúrgica e o aprimoramento contínuo do aprendizado, a fim de assegurar uma assistência de qualidade, baseada na ética hipocrática, na ética normativa e na ética deontológica”.

Sanchez e Fraiz (2022) sinalizam que embora a ética, difundida na Grécia Antiga, remete ao comportamento moral do indivíduo na sociedade, na segunda metade do século XX, houve o afastamento da medicina ética clássica, no qual os médicos deixaram de ser virtuosos³⁴ para se tornarem hábeis e competentes. As autoras afirmam que os direitos humanos passaram a ser o cerne para o conceito universal de ética médica que precisava salvaguardar os princípios da integralidade e dignidade humana.

Sanchez e Fraiz (2022) trazem como marco a Declaração de Genebra³⁵. Nesse mesmo período, viu-se a necessidade de focar a atenção no comportamento moral do médico em seu exercício profissional. Dessa forma, a atuação médica passou a ser pautada por um Código de Ética Médico (CEM) que objetiva normatizar o exercício profissional do médico, resguardando profissionais e pacientes, validando e assegurando a qualidade da assistência em saúde. O novo CEM teve

³³ Em conformidade com Sanchez e Fraiz (2022).

³⁴ Aristóteles (1987) aponta que as virtudes são um traço do caráter do indivíduo que se manifesta no agir habitual e que possibilita que desempenhe bem a sua função. Dessa forma, as virtudes são essenciais na constituição do ser humano, seja para a busca do tólos, para uma vida ética, como para a racionalidade humana.

³⁵ “considerada um dos documentos centrais da ética médica, na medida em que visa à estrutura do juramento médico no ingresso à profissão. Baseia-se, pois, nos princípios do Juramento de Hipócrates e, atualmente, é conhecida como a versão moderna do compromisso dos médicos com os princípios humanitários da medicina” (Sanchez; Fraiz, 2022, p. 287).

atualização vigorada em 2019 trazendo em seu escopo os deveres dos médicos em geral, os deveres dos médicos com os pacientes e os deveres dos médicos com seus colegas.

Apesar dos médicos realizarem o ato solene e tradicional do Juramento de Hipócrates em sua formatura e estarem munidos de um código de ética deontológico e diversas normativas do CFM, constata-se que a atuação médica é permeada de dilemas éticos. Temos como hipótese que a dinâmica relacional ética entre médico-paciente ^(2,3,5,7,8) é uma potencial causa de ações que originam o desrespeito ao paciente ^(2,3,4,6,8), as divergências éticas na atuação profissional ^(2,4,6,7,8) e as divergências éticas na comunicação ^(3,6). Surge unanimemente, portanto, a categoria de análise Questões bioéticas na intervenção profissional ^(1,2,3,4,5,6,7,8) através de 27 URs.

Como visto previamente nesta dissertação, ainda vivenciamos uma relação médico-paciente permeada pela fragilidade do paternalismo ^(2,6,7) e da detenção do poderio médico frente à doença do paciente, como pode ser visto nas URs: *A relação médico-paciente na Turquia depende em grande parte da crença de que um médico sempre faz o melhor para seu paciente e deve sempre proteger a vida* ⁽²⁾, *pacientes acreditam que decisões clínicas importantes devem ser de responsabilidade dos profissionais que cuidam de sua saúde* ⁽⁶⁾ e *o médico assume a responsabilidade pela vida do doente, sendo o ator central no cenário da terapia intensiva* ⁽⁷⁾ (grifo nosso).

Essa dinâmica relacional ética ao tornar o médico o agente moral de maior importância, acaba por legitimar o desrespeito ao paciente ^(2,3,4,6,8), seja em suas preferências ^(2,3,4,6), seja em sua autonomia ^(6,8) nas decisões de fim de vida. No que concerne às preferências, observamos que muitas vezes pacientes são submetidos a obstinação terapêutica mesmo o tomador substituto ciente do desacordo frente às suas preferências, como pode ser visto nas URs: *no tratamento excessivo na EOL é frequentemente observado, que muitas vezes não está de acordo com os desejos dos pacientes* ⁽²⁾, *Certas medidas agressivas de cuidado na EOL, incluindo terapias intensivas, de alta tecnologia e muitas vezes não comprovadas podem estar associado negativamente com as preferências dos pacientes por tratamentos de suporte à vida* ⁽³⁾, e *tratamentos não benéficos no final da vida não só eram*

inefcazes, antiéticos e caros, como na maioria dos casos estavam até mesmo fora de linha com os desejos dos pacientes ⁽⁴⁾ (grifo nosso).

Quanto à autonomia do paciente, a mesma é um princípio bioético que, segundo Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009, p. 45), reconhece o direito da pessoa de “ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais”. A autonomia do paciente também está presente no CEM

No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas (CFM, 2019, p. 17).

Embora a mesma se configure como um princípio fundamental na intervenção médica, o processo da terminalidade de vida ameaça a perda da autonomia. Constatamos que os pacientes têm acesso limitado à informação sobre a sua doença e a participação nas decisões do seu tratamento, seja pelo médico, seja pela família que em seu fim de vida acabam por se tornar os principais tomadores substitutos de decisão. As URs seguintes ratificam essa percepção: *Para outros pacientes, as informações eram repassadas apenas para a família, apesar de sua vontade de saber mais* ⁽⁶⁾, [pacientes] *consideravam que não tinham controle nas decisões sobre seu cuidado ou que sua opinião fosse importante* ⁽⁶⁾ e os membros da família tinham o poder de impedir que os médicos contassem a verdade discutindo-a com os pacientes, e então tomam uma decisão quando os pacientes perderam a consciência ⁽⁸⁾ (grifo nosso).

Não podemos desconsiderar que, culturalmente, na relação médico-paciente ^(2,3,5,7,8), os médicos foram munidos socialmente do papel crucial nos processos decisórios, como pode ser visto na UR *Os médicos têm um papel crucial no processo decisório das FDV. Os médicos frequentemente iniciam discussões sobre o tratamento que sustenta a vida, fazem recomendações sobre planos de tratamento e educam pacientes e familiares* ⁽²⁾ (grifo nosso). Em contrapartida, os achados também apontaram que apesar de orientar pacientes para tomada de decisões, nem sempre as diretivas antecipadas de vontade são respeitadas, como pode ser visto na UR *O registro das ADs não é devidamente aplicado [...] Atualmente, eles não são usados para decidir internações em UTI e não são eficazes na tomada de decisões*

⁽¹⁾ (grifo nosso).

Isso ratifica outro assunto já abordado na dissertação: as divergências éticas na comunicação ^(3,6). Observamos que muitos dos conflitos bioéticos estão relacionados à comunicação deficitária entre médico e paciente, seja pelo despreparo do médico em sua formação e atuação ^(3,6), seja pelos pacientes não compreenderem o que lhe é apresentado ⁽⁶⁾. Portanto, o poderio na relação constituída distância o diálogo entre médicos e pacientes, como pode ser visto nas URs: *deficiências nas comunicações EOL* ⁽³⁾, *Diversos motivos podem levar os profissionais de saúde que trabalham na UCI a deixar a comunicação com o paciente em segundo plano, às vezes, sem que eles se deem conta, podendo resultar em falhas na comunicação* ⁽⁶⁾ e *alguns pacientes referiram não entender as informações fornecidas, o que gerava neles ansiedade e desespero* ⁽⁶⁾ (grifo nosso).

E a divergência na comunicação impacta diretamente na tomada de decisões éticas no fim de vida. Médicos por terem dificuldade de lidar com os pacientes, acabam por centralizar as decisões da sua intervenção, desconsiderando as preferências do paciente, mantendo a distanásia e adquirindo caráter de práticas clínicas antiéticas ⁽⁴⁾, como observamos nas URs: *Essas intervenções são consideradas tratamentos não benéficos, não proporcionais ou fúteis e perpetuam uma prática frequente na prática clínica moderna que causa sofrimento moral no pessoal de saúde, ações antiéticas* ⁽⁴⁾, e *tais comportamentos – que podem até se desviar da ética quando submetem um paciente sem possibilidade de se beneficiar de uma intervenção a um espectro de danos físicos, psicológicos, emocionais e econômicos – também afetam seus entes queridos* ⁽⁴⁾ (grifo nosso).

Os achados também apontam que essa dificuldade se estende à relação médico-família, que mesmo não sendo público alvo do estudo, traz grandes contribuições para as práticas clínicas antiéticas, visto que médicos tendem a evitar aproximação das emoções, vide URs: *dificuldade do processo de LSV lidar com a família do paciente* ⁽⁵⁾ e *eles deram informações precisas e definidas, como a probabilidade ou taxa de sobrevivência em pacientes moribundos após receber RCP. No entanto, eles tiveram que lidar com as respostas emocionais dos pacientes e familiares e explorar as preocupações reais ou preocupações por trás das emoções* ⁽⁸⁾ (grifo nosso), assim como das tensões e conflitos nas tomadas de decisões em terminalidade de vida, como observado na UR: *expectativa familiar irrealista de que*

os pacientes com EOL fossem submetidos a um tratamento agressivo foi um preditor significativo de cuidados intensivos prolongados e excessivos sem benefício de sobrevivência ⁽³⁾ (grifo nosso).

Também observamos nos achados três interferências na prática clínica ^(4,7,8) que geram divergências éticas na atuação profissional. A primeira está relacionada ao processo de morrer. Médicos possuem dificuldade na determinação da terminalidade de vida, em abordar a morte e nas decisões sobre a finitude de vida, ocasionando o prolongamento de tratamentos fúteis, assim como gerando sofrimento moral aos profissionais, como posto nas URs: *a dificuldade que ainda existe na identificação dos pacientes em final de vida e a insistência em realizar todas as medidas possíveis para prolongar a vida, o que talvez seja influenciado por múltiplos fatores citados por outros autores, como a angústia moral dos profissionais de saúde, falhas de comunicação, pressão da família, recursos disponíveis, preocupações trabalhistas e legais* ⁽⁴⁾ e *Falar sobre a morte, as ordens da morte e da DNR é difícil para os médicos, que experimentam o sofrimento emocional* ⁽⁸⁾ (grifo nosso).

A segunda está relacionada à qualidade da assistência prestada, no qual médicos ainda encontram dificuldade nas decisões de LET, seja por crenças e valores, seja pela insegurança da ausência de respaldo legal. Como visto, as diretivas antecipadas ainda não obtiveram força na tomada de decisões éticas e médicos seguem perpetuando o prolongamento da vida com medidas fúteis, como ratificado na UR *O processo de medicalização da morte traz em seu bojo questões éticas ligadas à prática médica –recusa e suspensão do tratamento, futilidade terapêutica, reanimação cardíaca, entre outros* ⁽⁷⁾ (grifo nosso).

Encontramos, também, às tensões e conflitos internos na equipe assistencial como uma terceira interferência, no qual a ausência de comunicação, a rotina institucional e a disputa pela hierarquia ou poder ocasionam a falta de colaboração entre médicos e por conseguinte prejuízo na qualidade da assistência prestada aos pacientes em seu cuidado de fim de vida, como posto pelas URs: *conflitos entre profissionais, como prioridade de atendimento, sobreposição de funções e indefinição de responsabilidades, e falta de comunicação, podem dificultar a colaboração* ⁽⁸⁾ e *as barreiras do sistema incluíam cargas de trabalho excessivas, compartilhamento de informações ineficientes entre diferentes departamentos e falta*

de apoio legal, ético e psicossocial ⁽⁸⁾ (grifo nosso).

Podemos observar que essa categoria de análise se alinha ao referencial teórico desta dissertação ao trazer que a UTI apresenta particularidades que impactam diretamente nas questões bioéticas, como pode ser ratificado na UR: *As UTIs apresentam de forma peculiar dilemas éticos relacionados aos limites de ação terapêutica face à pluralidade dos valores das pessoas envolvidas* ⁽⁷⁾, assim como se aproxima à Ética do Cuidado ao trazer que os valores dos agentes morais influenciam na tomada de decisões e que o maior desafio para resolução dos conflitos bioéticos é o estabelecimento de uma dinâmica relacional ética.

Portanto, concluímos essa categoria de análise compreendendo que as questões bioéticas da terminalidade de vida traz desafios à intervenção profissional dos médicos da UTI porque exige uma prática integral, uma dinâmica relacional ética entre paciente-médico-família em meio à pluralidade dos valores dos agentes morais envolvidos, como sinalizado pela UR [desafios da terminalidade de vida na UTI] *integração entre as diversas categorias profissionais, entre as equipes, os doentes e seus familiares, além da presença de diferentes referenciais de valor e de julgamento moral entre os atores sociais* ⁽⁷⁾ (grifo nosso), além de possibilitar o sofrimento moral aos profissionais.

6.4.5 Formação e atuação médica em UTI-A

Não conseguir evitar, adiar a morte ou aliviar o sofrimento faz o profissional vivenciar seus limites, impotência e finitude³⁶. A educação médica no Brasil tem passado por profundas transformações nas últimas décadas como resposta à necessidade de formação de médicos que atendam às demandas da sociedade. Concomitantemente, o aprimoramento contínuo vem sendo apoiado pelo CFM com atualizações de normativas que respondam ao contexto social, respaldando os médicos e resguardando pacientes.

Porém, observamos na prática médica, que a constituição histórica da educação continua perpetuando uma formação com qualidade deficitária ^(1,2,7,8), gerando o despreparo do profissional ^(3,4,5,7,8) e por conseguinte práticas clínicas ineficazes ^(1,6,7,8). Surge, portanto, unanimemente nos artigos selecionados, a

³⁶ Em conformidade com a autora Kovács (2008).

categoria de análise Formação e atuação médica em UTI-A ^(1,2,3,4,5,6,7,8) através de 26 URs que nos possibilita uma análise sobre as diretrizes e limitações éticas no contexto de formação ^(1,2,3,4,5,7,8) e atuação médica ^(1,6,7,8).

Segundo Machado, Wuo e Heinzl (2018), a formação médica no Brasil foi tardia, datada no período colonial de 1808, com início na Bahia e posteriormente no Rio de Janeiro, e seguiu o sistema português de universidade escolástica pautados na fé cristã. Apesar da existência e funcionamento das academias que formavam profissionais denominados “formados em cirurgia”, com o advento da República, em 1889, iniciou-se mudança nessa concepção com a chegada do modelo francês de ensino superior, com conceitos iluministas de homem e sociedade, e que trouxe para São Paulo a primeira universidade enquanto projeto acadêmico e institucional pleno (Machado; Wuo; Heinzl, 2018).

No entanto, Machado, Wuo e Heinzl (2018, p. 68) relatam que foi, somente, durante o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961) “que a universidade brasileira, mais precisamente pelo projeto da instituição da Universidade de Brasília (UNB), apontou como modelo universitário diferenciado, fundamentado pela indissociabilidade entre pesquisa, ciência e tecnologia”. As autoras relatam que a formação médica no país passou a ser fundamentada no “conceito norte-americano de educação superior, com cátedras vitalícias substituídas por departamentos organizados em disciplinas e o ensino dividido em ciclos básicos e profissionalizantes” (Machado; Wuo; Heinzl, 2018, p. 68).

Rego (2003) aponta que esse modelo de ensino médico, conhecido como flexneriano, gerou uma padronização da formação e do conhecimento para o exercício profissional privilegiando “a formação científica de alto nível, o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas (com o estímulo à especialização profissional), acreditando ser possível o entendimento do homem pelo estudo de suas partes” (Rego, 2003, p. 32).

Constata-se que apesar de formar médicos com habilidade técnica e amplo conhecimento patológico, esse modelo além de fragmentar o ensino e o aprendizado, afasta os médicos da “transferência adequada desses aprendizados para a realidade social em que serão inseridos na prática médica” (Machado; Wuo;

Heinzl, 2018, p. 68). Somente após Declaração de Alma-Ata (1978)³⁷, a Carta de Ottawa (1986)³⁸ e a promulgação da nova Constituição (1988)³⁹ que houve uma transformação do conceito de saúde gerando a necessidade de um novo perfil médico.

Como método para implementar o SUS e alcançar toda a população, o Ministério da Saúde precisou organizar os serviços de saúde, e em 1994, instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), exigindo uma mudança no perfil profissional através de uma educação e formação médica com olhar voltado para a realidade social, fazendo com que as instituições de ensino superior adotem, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, desenvolvendo uma formação reflexiva e ética (Machado; Wu; Heinzl, 2018), como ratificado no trecho

Essas abordagens curriculares que propõem metodologias ativas se fundamentam nos princípios da aprendizagem ativa e significativa. Entre eles: (a) a resolução de problemas por meio da articulação entre os campos profissional e acadêmico; (b) o desenvolvimento de conhecimentos transversais por meio da atuação em equipes; (c) a complexidade dos conhecimentos, em atividades pautadas na multidisciplinaridade (Machado; Wu; Heinzl, 2018, p. 70).

Machado, Wu e Heinzl (2018) discorrem sobre a importância das novas arquiteturas curriculares mais flexíveis e metodologias ativas trazendo a contribuição sobre a adesão das instituições brasileiras ao método, criado no Canadá, chamado Problem Based Learning (PBL)⁴⁰, que embora ainda não haja estudos que o evidencie como agente transformador dos profissionais médicos, as autoras consideram que possibilita a superação e transformação na relação educador-educando, visto que ambos passam a partilhar, além de saberes e conhecimentos, o

³⁷ “consistia em promover o acesso à saúde de forma igualitária para todos os cidadãos, sendo estes de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, sob o slogan “Saúde para Todos no Ano 2000” (Machado; Wu; Heinzl, 2018, p. 68).

³⁸ “o conceito de saúde apareceu transformado, deixando de ser a ausência de doença que, seguindo o modelo biomédico, se fundamentava na patogenia e na terapêutica,[...] para tornar-se qualidade de vida”(Machado; Wu; Heinzl, 2018, p. 69).

³⁹ Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através do art 196 que prevê que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988).

⁴⁰ “este modelo curricular, o movimento de incorporação de questões cotidianas, sem que estejam atreladas a disciplinas, transforma o aluno em ator principal no processo de aprendizagem, deslocando a aula do domínio docente para o discente. Transformado no centro construtor do conhecimento, o aluno, agora protagonista do processo, responsabiliza-se pela busca de respostas, pela formulação de hipóteses e consequente produção e absorção de conteúdo” (Machado; Wu; Heinzl, 2018, p. 70).

convívio e a experiência, refletindo posteriormente na melhora da relação médico-paciente.

Porém, o que se observa, através das URs achadas, é que a educação médica brasileira apesar de buscar responder às demandas contemporâneas da sociedade, persiste fundamentada em um “modelo essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrico e com ênfase nas especializações” (Machado; Wu; Heinzl, 2018, p. 68), como pode ser observado nas URs: *a formação médica preconiza o não envolvimento emocional do médico com o doente e sua família* ⁽⁷⁾ e *prevalece a formação que cria barreiras a sentimentos e emoções* ⁽⁵⁾ (grifo nosso).

Essas barreiras na relação médico-paciente se tornam muito visíveis e latentes dentro das UTIs, originando dilemas éticos não apenas na assistência ao paciente em terminalidade de vida e no seu processo de morte, mas inicia desde a admissão no setor ^(4,7), como apontado nas URs: *à incerteza diante de certas patologias complexas e múltiplas, bem como ao peso da pressão de pacientes ou familiares nos casos em que se estima um benefício clínico questionável ou inexistente na decisão de internação em terapia intensiva* ⁽⁴⁾ e *os critérios de internação em terapia intensiva não são seguidos à risca pelos médicos, que internam pacientes, muitas vezes, em fase final de vida e que não se beneficiam do arsenal tecnológico disponível nessa unidade.* ⁽⁷⁾ (grifo nosso).

E ao paciente ser admitido na UTI tendo um benefício clínico questionável, acaba por prejudicar a qualidade da assistência ⁽¹⁾, a tornando deficitária, como pode ser constatada nas URs: *o mau manejo sintomático na UTI é bem conhecido há muitos anos* ⁽¹⁾ e *qualidade global da assistência no final da vida deficiente nas UTIs* ⁽¹⁾ (grifo nosso). Isso evidencia e ratifica um dos principais achados desta revisão, que é o despreparo da equipe em lidar com o processo da morte que ainda é um tabu social e percebida como um fracasso médico, assim como previamente afirmado por Ariès (2012) e Elias (2001) e nos permitindo a reflexão sobre três consequências desse despreparo observado nos achados.

A primeira consequência observada é a dificuldade do médico em determinar a terminalidade da vida ^(1,5,7). Como já previamente posto no referencial teórico e ratificado por Costa (2015), abordar a terminalidade de vida nos remete a perguntas sobre como deve ser o processo dessa decisão, quem deve tomar essa decisão e quando. Respostas essas que médicos não são ensinados em seu processo de

formação, ocasionando incertezas na tomada de decisões, como pode ser observado na UR *os médicos reconhecem no diagnóstico da terminalidade receio, relatividade e subjetividade* ⁽⁵⁾ (grifo nosso).

Isso reflete diretamente na importância que a equipe dá às preferências dos pacientes, como visto na UR *em terapia intensiva, os dados objetivos são preferidos aos dados subjetivos* ⁽⁷⁾ (grifo nosso) que somado a ausência de normativas ético-jurídicas que respaldam suas decisões, médicos acabam por não propor, seguir e/ou registrar condutas em prontuários, como exposto na UR *uma vez enfocadas as preferências e valores do paciente, os objetivos do tratamento podem ser definidos de forma adequada, desde o início e registrados no prontuário, para evitar variabilidade sujeita a mudanças de profissionais entre turnos ou turnos* ⁽¹⁾ (grifo nosso), fazendo com que haja diferentes assistências conforme plantonistas e originando desconfiança e conflitos na relação médico-paciente- família.

E ao se depararem com relações éticas conflituosas, os médicos tendem a buscar a fuga ao invés do enfrentamento, como pode ser visto na UR *Para se proteger das tensões e conflitos oriundos do contato com a morte e seu estigma, a equipe constrói coletivamente defesas para mascará-los, mantendo-se afastada emocionalmente do doente e de sua família* ⁽⁷⁾ (grifo nosso), gerando a segunda consequência que é o afastamento das discussões sobre o cuidado de fim de vida ^(3,8).

Encontramos nesta categoria a contribuição que esse distanciamento se dá pela insegurança do profissional em lidar e acolher as emoções dos pacientes frente a sua própria finitude, impossibilitando muitas vezes que o paciente tome decisões sobre o seu processo de morrer, como pode ser constatado nas URs: *o medo de afetar o enfrentamento emocional e a esperança dos pacientes é uma barreira para os médicos se envolverem em discussões EOL* ⁽³⁾ e *médicos que não conduziam tais discussões regularmente ou não forneciam tempo e informações suficientes, e as discussões que eram tarde demais para os pacientes participarem da tomada de decisão* ⁽⁸⁾ (grifo nosso).

E isso ocasiona a última consequência que é a perpetuação de práticas distanásticas ⁽⁷⁾ nas assistências oferecidas nas UTIs, seja como resultado da educação médica que prioriza as práticas curativas, seja como forma de evitar conflitos éticos com pacientes e familiares, como descrito nas URS: *[a morte] tem a*

vergonha, o fracasso e o erro médico como seus atributos e leva à percepção dos limites na busca da cura ou do prolongamento da vida, o que causa sofrimento aos profissionais envolvidos⁽⁷⁾ e Apesar de criticarem a distanásia, às vezes, permitem-na, com o intuito de dar tempo à família para se preparar para a perda de seu ente querido⁽⁷⁾ (grifo nosso).

Podemos observar que a atuação médica nas UTIs enfrenta barreira emocional e lacuna na formação frente à finitude da vida^(5,7,8), no qual médicos são permeados por sentimentos de medo, angústia, despreparo para comunicar más notícias e insegurança em tomada de decisões, como posto nas URs: *profissionais de saúde não se sentem preparados para comunicar más notícias⁽⁵⁾, Estes se angustiam por ter que salvar a vida do paciente a todo custo, por ter que tomar decisões sobre recusa ou suspensão de tratamento e, com frequência, sentem-se sozinhos, impotentes e com dificuldades para abordar familiares, que fazem perguntas constantes sobre a evolução do paciente⁽⁷⁾, e as barreiras pessoais dos médicos incluíram sentimentos não resolvidos sobre a morte e o morrer, o medo de tirar a esperança, o medo de prejudicar o relacionamento médico-paciente ou prejudicar o paciente⁽⁸⁾ (grifo nosso).*

Essa categoria de análise possibilita a percepção do despreparo da formação e atuação médica, assim como a fragilidade da relação médico-paciente frente ao processo de morte⁽⁵⁾ como visto na UR *o maior problema surge quando a fragilidade do outro revela ao médico sua própria fragilidade e finitude⁽⁵⁾ (grifo nosso).* Conviver com a morte diariamente traz aos médicos dilemas pessoais e profissionais uma educação sólida que os prepare para tomada de decisões éticas. Porém, não é o que se observa no contexto da UTI, como sinalizado na UR *Os médicos residente podem não estar preparados para lidar com a tomada de decisões da EOL, interpretar mal as preferências dos pacientes, e sua experiência clínica geralmente está em desacordo com o que foram ensinados em formal currículos⁽⁸⁾ (grifo nosso).*

Portanto, concluímos essa categoria de análise com a compreensão de que para a resolução dos conflitos bioéticos no contexto da terminalidade de vida nas UTIs é necessário o preenchimento das lacunas na formação médica através de capacitações e treinamentos de bioética a nível de graduação e pós graduação, em consonância com o achado na UR *necessário dar educação e treinamento aos médicos em cuidados de FDV em nível de graduação e pós-graduação⁽²⁾ (grifo*

nosso), trazendo a discussão da relação e da comunicação e resgatando o cuidado esquecido e abandonado nas últimas décadas de educação médica, retornando ao centro a Ética do Cuidado.

Finalizamos sugerindo duas ferramentas, sendo uma para amenizar as barreiras pessoais com a oferta nos espaços de trabalho de acompanhamento psicológico aos profissionais, de forma a amenizar o luto vivenciado diariamente como exposto na UR *Eles vivem lutos cotidianos em sua prática profissional e nem sempre conseguem compartilhar seu sofrimento, pois experimentam a ambivalência entre sensibilização, aproximação e empatia e o distanciamento como defesa* ⁽⁷⁾ (grifo nosso) e a outra para amenizar a centralidade e insegurança na tomada de decisões com a formação de comitê de bioética nos espaços de atuação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação nos possibilitou a compreensão de que o diagnóstico da terminalidade de vida, por não depender exclusivamente de saberes técnicos, ainda é permeado pelo receio e pela subjetividade por parte dos médicos. As limitações na educação médica formam profissionais despreparados para a comunicação e a relação, criando barreiras a sentimentos e emoções na prática clínica e gerando situações de incertezas. A tomada de decisão diante de dilemas morais na prática clínica mostrou a habilidade - ou a falta dela - no reconhecimento e utilização da bioética enquanto ferramenta de resolução de conflitos éticos.

O estudo evidenciou que a fragilidade do paciente acaba por refletir a fragilidade do próprio médico frente a finitude da vida e que a dimensão do cuidado ainda é pouco valorizado no modelo biomédico das UTIs-A, no qual médicos ainda encontram dificuldade em aceitar que cuidar e curar são conceitos distintos. Do ponto de vista bioético, constatamos que o principal desafio da medicina intensiva na atualidade é garantir um suporte de vida ao paciente que seja consistente com as suas reais necessidades, evitando obstinação terapêutica no atendimento às demandas de cuidado de fim de vida. No entanto, ao tratar de pacientes que muitas vezes não exercem o papel de agente moral, utilizando apenas de princípios bioéticos, embora importantes, não modificam o agir médico nas UTIs-A.

Ratificamos a importância de fundamentar a prática clínica sob a luz da Ética do Cuidado visto que a fragilidade da relação médico-paciente afasta a prática clínica do cuidado como ethos fundamental humano elucidado por Boff. Os achados da revisão integrativa nos mostraram que as atitudes, os valores e os princípios da vida e das ações dos médicos são distintas das dos pacientes, fazendo com que os mesmos não desenvolvam um consenso ético na tomada de decisões. Acreditamos que pela impossibilidade do médico de se aproximar da finitude da vida para compreender as reais necessidades de um paciente nesse contexto, acaba por transferir suas próprias preferências ao outro.

E o desconhecimento e/ou desrespeito às preferências do paciente trouxe à tona que a terminalidade de vida retira o paciente do seu papel de agente moral, excluindo sua autonomia e seu poder de decisão, sendo sua doença apoderada pelo substituto que apresenta incertezas na tomada de decisões devido aos conflitos

bioéticos oriundos da finitude de vida. Isso evidencia que os agentes morais envolvidos nas decisões da terminalidade de vida, ao não compartilharem da mesma moralidade e valores, afastam-se do cuidado como modo de ser e o descentralizam dos sentimentos e da capacidade de empatia, distanciando médico e paciente da possibilidade de vivenciar uma experiência valorativa.

Em conformidade com Boff, acreditamos que para transformar a prática clínica assistencial em cuidado, na esfera do trabalho médico é necessário que esse profissional ressignifique o entendimento e a realização do próprio trabalho, superando o patriarcalismo nas relações estabelecidas com pacientes e o seu poderio frente aos demais profissionais da equipe multidisciplinar. Como também posto por Manning, reconhecemos a importância do médico responder às necessidades dos outros e assumir a sua responsabilidade para uma relação próspera através da confiança e da atenção.

E ao guiar esse estudo adotando a Ética do Cuidado enquanto perspectiva moral, concluímos que o relacionamento e a comunicação são os meios para solucionar os conflitos bioéticos oriundos da terminalidade de vida. E a relação médico-paciente ao ser firmada enquanto responsabilidade mútua, possibilita o ato de cuidado e a moralidade do agir. Em concordância com Gilligan, ratificamos a importância do exercício mútuo entre desenvolvimento moral do cuidado e o respeito aos direitos individuais e coletivos para que haja uma transição entre a assistência e o cuidado na terminalidade de vida em UTI-A.

Portanto, o cuidado na UTI-A requer que as singularidades do bem estar de quem é cuidado, assim como as particularidades do contexto vivenciado sejam consideradas frente aos pacientes que estão temporariamente ou permanentemente incapazes de exercer a sua autonomia. Embora a resolução dos conflitos bioéticos e as ações na assistência aos pacientes em terminalidade puderam ser pensados através da Ética do Cuidado, os achados da revisão integrativa nos mostraram a existência de lacunas na assistência em UTI-A que afastam o ato do cuidado.

A assistência nas UTIs-A segue sendo ofertada, majoritariamente, sem estratégia individualizada de atenção, servindo apenas para tentar curar doenças e não apoia pacientes em seu processo de morrer, sendo insuficiente para que haja o cuidado. Cuidado esse que, para Boff, é essencial e está na origem da existência humana. Acreditamos que do ponto de vista bioético, o cuidado é essencial para

alicerçar um agir médico ético nas UTIs-A que busque a compreensão que a condição humana é inseparável do processo de morrer e que aceite a finitude humana proporcionando a morte digna almejada pelo paciente.

Isso nos possibilita a reflexão de que para efetivar o cuidado enquanto uma atitude de desvelo e preocupação, com senso de responsabilidade e afetividade, é fundamental a transformação da postura ética dos agentes morais e da percepção sobre o escopo dos concernidos morais⁴¹ humanos, independente da fase de vida em que estejam. Devido a escolha pelo direcionamento teórico da Ética do Cuidado e da ciência de que para o cuidado ser efetivado é necessário o respeito às preferências do paciente, defendemos o afastamento de concepções morais que abordam a vida como moralidade ou valor supremo e vislumbramos a complementaridade entre perspectivas morais.

Dessa forma, finalizamos essa dissertação com a proposta de aproximar o cuidado à uma perspectiva moral que adota a individualização funcional do indivíduo: a Perspectiva dos Funcionamentos (PdF). Embora seja uma perspectiva de pretensão de universalidade que abarca sencientes ou não e que recebe ampla crítica por aqueles que consideram moralmente somente um grupo específico de indivíduos, trago complementaridade da reflexão dessa Perspectiva no que concerne a seres humanos não-rationais e não-livres, condizentes com a situação de muito dos pacientes em terminalidade de vida internados em UTI-A.

Dias (2019), em sua Perspectiva, propõe que o indivíduo passe a ser identificado por suas características funcionais e entendidos como parte constitutiva de sistemas funcionais complexos. Ou seja, Dias (2019, p. 39) propõe que cada indivíduo seja “compreendido como um sistema funcional singular, cuja integridade é garantida pelo exercício de funcionamentos básicos⁴², constitutivos de sua própria identidade, em momentos específicos de sua existência”.

A autora explicita ainda que

Para cada indivíduo o que é básico deverá ser identificado com base em uma investigação empírica, pois dependerá das circunstâncias particulares vivenciadas por cada um. Neste sentido, a pretensão de universalidade outrora almejada é substituída pelo reconhecimento da diversidade e

⁴¹ São “sistemas funcionais diversos que podem ou não ser capazes de exercer liberdade – o que quer isso signifique –, racionalidade e, até mesmo, senciência” (Dias, 2019, p. 39).

⁴² São “funções, ações ou capacidades que caracterizam e conferem identidade a cada sistema funcional” (Dias, 2019, p. 13).

singularidade inerente às diversas formas de vida e à existência concreta de cada indivíduo (Dias, 2019, p. 43).

No campo do cuidado em saúde, a PdF entende que a saúde é a capacidade normativa dos seres humanos que opera através de funcionamentos básicos e que precisam de condições materiais de existência para seu desenvolvimento e exercício. Dias (2019, p. 116) afirma que

todos os indivíduos devem ter direito à saúde e uma qualidade de vida que ofereça as condições para o desenvolvimento e exercício de seus funcionamentos básicos. Tanto a determinação do que em cada caso será um funcionamento básico, quanto o nível a ser atingido em cada funcionamento, dependerá da natureza específica de cada indivíduo. Saúde, neste sentido, não pode ser considerada sinônimo de qualidade de vida, mas um dos aspectos constituintes de uma noção satisfatória de qualidade de vida.

Essa perspectiva se distancia de concepções morais que abordam a vida como valor absoluto ou princípio supremo, visto que o funcionamento básico tem como requisito a centralidade na vida digna. E defendemos que a dignidade da vida está presente até mesmo no processo de morrer. E ao compreender que a finitude da vida está diretamente relacionada à compreensão de boa vida do paciente, torna necessário, conforme posto por Dias (2019), uma escuta apurada de diferentes vozes e o refinamento de circunstâncias particulares vivenciadas pelo indivíduo que constituem a sua própria identidade.

Consideramos que esse componente é essencial para garantir tomadas de decisões prudentes⁴³ em meio a modificação contemporânea do conceito de morte. Portanto, a principal contribuição da PdF para pacientes de UTI-A consiste na exigência de se investigar, para uma tomada de decisão, o que consiste para cada indivíduo o seu bem viver, ou seja, quais são seus padrões do que seja uma vida realizada e feliz. Portanto, acreditamos que essa Perspectiva complementa a Ética do Cuidado visto que ao afirmar a necessidade de compreender os funcionamentos básicos do paciente, remete a necessidade da relação e da comunicação estarem no centro do cuidado.

⁴³ Neste estudo, prudência está associada ao conceito de Aristóteles (1987), sendo compreendida como uma virtude que permite tomadas de decisões ponderadas e ações alinhadas com objetivos e valores.

Trata-se de uma aproximação embrionária, mas que possibilitará avançar nos estudos, principalmente, no que concerne a tomada de decisões por substitutos a pacientes em cuidado de fim de vida que não estejam exercendo a racionalidade. Diante do descumprimento da DAV, do desconhecimento sobre a preferência do paciente e das tensões e dilemas na dinâmica profissional-família, assim como da controversa de um Estado laico que ao mesmo tempo em que reconhece a individualidade, impede penalmente decisões do próprio agente, esse estudo nos traz novas inquietações sobre quem se apodera da doença, fala pelo paciente e garante o cumprimento das suas preferências no seu cuidado de vida que pretendemos avançar ao nível de doutorado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. M. M *et al.* Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 33, p. 624-634, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210088>.

AFONSO, F. S. Judicialização da saúde em situações de fim de vida. *In*: VATTIMO, E. F. Q.; ZEN JÚNIOR, J. H.; SANTANA, V. S. (org.). **Cuidados paliativos**: da clínica à bioética. São Paulo: Cremesp, 2023. v. 2, p. 891-916. Disponível em: https://cremesp.org.br/library/modulos/flipbook/cuidados_paliativos_vol2/. Acesso em: 04 jun. 2024.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Tradução Priscila Viana de Siqueira. ed. esp. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução de Leonel Vallandro e Gerd Bornheim, da versão inglesa de W. D. Ross. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

BAHIA, L. A.; PALACIOS, M. Tomada de decisão compartilhada em fim de vida. **Revista Contemporânea**, [s. l.], v. 3, n. 7, p. 8466-8497, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N7-058.

BARROS, M. E. B; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal**: Revista de Psicologia, Niterói, v. 23, p. 641-658, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922011000300013>.

BAYKARA, N. *et al.* Factors affecting the attitudes and opinions of ICU physicians regarding end-of-life decisions for their patients and themselves: A survey study from Turkey. **PloS One**, v. 15, n. 5, p. e0232743, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232743>.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Rio de Janeiro, 07 dez 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 13 jun. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 jun. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406compilada.htm . Acesso em: 13 jun. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 17 out. 2023.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Editora Vozes, 1999.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão social**, Brasília, v. 1, n. 1, 2005. <https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503>. Acesso em: 05 mar. 2024.

CARVALHO, V. F. A. O impacto epistemológico da teoria de Gilligan para uma reavaliação da moralidade humana. **Schème**: Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas, Marília, v. 14, n. esp, p. 9-51, 2022. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/scheme/article/view/13882>. Acesso em: 05 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.995, de 09 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1995-2012_244750.html. Acesso em: 25 maio 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.156, de 28 de outubro de 2016**. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 07 maio 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: https://cem.cfm.org.br/templates/g5_helium/images/cem/pdf/codigo.pdf?5cc88fbf. Acesso em: 05 maio 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.232, de 17 de julho de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-2232-2019_382445.html. Acesso em: 25 maio 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020**. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2271_2020.pdf. Acesso em: 06 maio 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Comissão de Bioética do CREMERJ. **Bioética e medicina**. Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica, 2006.

CORRÊA, M.; CASTANHEL, F.; GROSSEMAN, S. Percepção de pacientes sobre a comunicação médica e suas necessidades durante internação na unidade de cuidados intensivos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 33, p. 401-411, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210050>.

COSTA, A. S. Transformações sofridas pelo tempo: do cuidado paliativo teórico em direção ao prático. *In*: BERNAT, A. B. R. *et al.* (org.). **Os tempos no hospital oncológico**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

COSTA, A. S. Bioética clínica. *In*: DIAS, M. C. D. **Bioética: fundamentos teóricos e aplicações**. Curitiba, Appris, 2017.

CRUZ, J. S. Ética das virtudes: em busca da excelência. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 99, n. 6, p. 591-600, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/173129/168053>. Acesso em: 07 jul. 2024.

CUNHA, D. A. O. *et al.* Perfil dos pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva oncológica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 17, n. 2, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/9282>. Acesso em: 28 out. 2023.

DADALTO, L. Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim. **Pensar Revista de Ciências Jurídicas**, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 1-11, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5020/2317-2150.2018.9555>.

DIAS, M.C. A decisão sobre o fim da vida: um direito fundamental. **Diversitates: Revista Internacional**, Niterói, v. 5, n. 2, 2013. Disponível em: <https://diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/34/0>. Acesso em: 07 jul. 2024.

DIAS, M.C. **Sobre nós: Expandindo as fronteiras da moralidade**. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2016.

DIAS, M.C. (org.). **Perspectiva dos funcionamentos: fundamentos teóricos e aplicações**. Rio de Janeiro: Ape'ku, 2019.

DINIZ, D.; VÉLEZ, A. C. G. Bioética feminista: a emergência da diferença. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 255-263, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/%25x>.

DINIZ, D.; COSTA, S. Morrer com dignidade: um direito fundamental. *In*: CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004 p. 121-134.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

EPSTEIN, I. **A comunicação também cura na relação entre médico e paciente.** [S. l.]: Angellara Editora, 2006.

FAN, S-Y; HSIEH, J-G. The experience of do-not-resuscitate orders and end-of-life care discussions among physicians. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 17, n. 18, p. 6869, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/18/6869>. Acesso em: 25 mar. 2024.

FERRAZ, C. M. L. C.; CARAM, C. S.; BRITO, M. J. M. A ética da virtude na prática da equipe de saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, p. eAPE02831, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02831>.

FORTE, D. N.; CARVALHO, R. T. Processo de tomada de decisão: como diferenciar as fases de assistência paliativa na UTI. *In*: MORITZ, R. D (org.). **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012.

FORTE, D. N.; SOUZA, R. P. Especificidades da comunicação em situações críticas. *In*: MORITZ, R. D (org.). **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012.

FORTE, D. N. Decisão compartilhada: por que, para quem e como? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, p. e00134122, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT134122>.

GEMPELER RUEDA, F. E *et al.* Intervenciones médicas no proporcionales al final de la vida en un hospital de alta complejidad en Colombia. **Universitas Médica**, Bogotá, v. 62, n. 1, p. 13-21, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-1.imnp>.

GEOVANINI, F. C. M. **Apoderando-se do câncer “dos outros”**: contribuições da ética das virtudes ao estudo da comunicação de prognósticos de câncer a pacientes e familiares. 2015. 117 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

GILLIGAN, C. **Uma voz diferente**: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância a fase adulta. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1982.

GIRBAU, M. B.; MONEDERO, P.; CENTENO, C. El buen cuidado de pacientes que fallecen en unidades de cuidados intensivos en España. Un estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Navarra, v. 40, n. 3, p. 339-349, 2017. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272017000300339. Acesso em: 12 mar. 2024.

GOMES, A.G.A; CARVALHO, M.F.O. A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura. **Revista SBPH**, v. 21, n. 2, p. 167-185, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200010. Acesso em: 04 set. 2023.

GRACIA, D. **Pensar a bioética**: metas e desafios. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

GUTIERREZ, P. L. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 92-92, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000200010>.

HERNÁNDEZ-ZAMBRANO, S. M. *et al.* Privilegiar la dignidad durante la muerte en unidades de cuidados intensivos. Perspectivas del personal de salud. **Revista Repertorio de Medicina Y Cirugía**, Bogotá, v. 29, n. 2, p. 111-121, 2020. Disponível em: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/934/1283>. Acesso em: 21 mar. 2024.

HIGGINSON, I. J. *et al.* The value of uncertainty in critical illness? An ethnographic study of patterns and conflicts in care and decision-making trajectories. **BMC Anesthesiology**, United Kingdom, v. 16, p. 1-11, 2016. DOI: 10.1186/s12871-016-0177-2.

HILKNER, M.; HILKNER, R.R. A questão da terminalidade. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 75-81, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sej/article/view/57255/60238> Acesso em: 21 jan. 2024.

HIRSHBERG, E. L. *et al.* Persistence of patient and family experiences of critical illness. **BMJ Open**, London, v. 10, n. 4, p. e035213, 2020. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-035213.

HSU, N-C *et al.* Impact of patient-centred and family-centred care meetings on intensive care and resource utilisation in patients with terminal illness: a single-centre retrospective observational study in Taiwan. **BMJ Open**, London, v. 9, n. 2, p. e021561, 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-021561.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, p. 94-104, 2014. Disponível em: scielo.br/j/bioet/a/QmChHDv9zRZ7CGwncn4SV9j/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2024

KUHNEN, T. A. A ética do cuidado como alternativa à ética de princípios: divergências entre Carol Gilligan e Nel Noddings. **Ethic@: An International Journal For Moral Philosophy**, Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 155-168, 2010. DOI: <https://doi.org/10.5007/1677-2954.2010v9n3p155>.

KUHNEN, T. A. **O princípio universalizável do cuidado**: superando limites de gênero na teoria moral. 2015, 383 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

LOPES-JÚNIOR, L. C.; LIMA, R. A. G. Cuidado ao câncer e a prática interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, e00193218, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00193218>.

LOCKWOOD, C. *et al.* Systematic reviews of qualitative evidence. *In*: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). **JBI manual for evidence synthesis**. USA: JBI, 2020. Chap. 2. DOI: <http://dx.doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>.

MABTUM, M.M.; MARCHETTO, P.B. Concepções teóricas sobre a terminalidade da vida. *In*: **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. p. 53-72.

MACÊDO, M. N. **Processo de tomada de decisões éticas**: análise e revisão das publicações da Revista Bioética. 2017. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, p. 66-73, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065>.

MACINTYRE, A. **Depois da virtude**: um estudo em teoria moral. Tradução de Jussara Simões. Revisão técnica de Helder Buenos Aires de Carvalho. Bauru: EDUSC, 2001.

MAINGUÉ, P.C.P.M. *et al.* Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, p. 135-146, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QBc3qsn7WSNN37rC99DZJQD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2024.

MANNING, R. C. A care approach. *In*: KUHSE, H.; SINGER, P. (ed). **A companion to bioethics**. Oxford: Blackwell Publishers Ltd, 1998. p 105-116

MARTINS, M. Qualidade do cuidado de saúde. *In*: SOUZA, P.; MENDES, W. (org.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD ENSP, 2019. p. 27-40. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-04.pdf>. Acesso em: 07 maio 2024.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2024.

MEHTER, H. M. *et al.* Physician approaches to conflict with families surrounding end-of-life decision-making in the intensive care unit. A qualitative study. **Annals of the American Thoracic Society**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 241-249, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201702-105OC>.

MELO, M. C. B *et al.* O funcionamento familiar do paciente com câncer. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 73-89, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p73>.

MISSAGGIA, J. Ética do cuidado: duas formulações e suas objeções. **Blogs de Ciência da Universidade Estadual de Campinas: Mulheres na Filosofia**, Campinas, v. 6, n.3, p. 55-67, 2020. Disponível em: <https://www.blogs.unicamp.br/mulheresnafilosofia/wp-content/uploads/sites/178/2020/03/PDF-E%CC%81tica-do-cuidado.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2024.

MOHER, D. *et al.* Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, abr./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>.

MONTEIRO, M. C. *et al.* Terminalidade em UTI: dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 1, p. 65-75, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i1.28480>.

MORITZ, R. D. *et al.* Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016>.

MORITZ, R. D. (org.). **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Brasília: CFM, 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/conflitos.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2023.

MORITZ, R. D. *et al.* (org.). **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012.

MORITZ, R. D.; ROSSINI, J.P; DEICAS, A. Cuidados Paliativos na UTI: Definições e Aspectos Ético-legais. *In*: MORITZ, R. D. *et al.* (org.). **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012.

MUFATO, L. F.; GAÍVA, M. A. M. Empatia em saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del-Rei, v. 9, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2884>.

NUNES, E.C.D.A; SOUSA, J.O. Limitação do suporte de vida na terapia intensiva: percepção médica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 554-562, 2017. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/1358/1750. Acesso em: 17 mar. 2024.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2024.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, p. 492-499, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/?for=mat=pdf&lang=p>. t Acesso em: 02 jun. 2024.

PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. **The virtues in medical practice**. New York:Oxford University Press, 1993.

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24,p. 54-63, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241106>.

PRADO, E. *et al.* Pacientes oncológicos com doença avançada: preocupações e expectativas vivenciadas na terminalidade da vida. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 45650, 2019. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.45650>.

REGO, S. **A formação ética dos médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/b37sm/pdf/rego-9788575413241.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2024.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

SANCHEZ, T. H. B; FRAIZ, I. C. Ética médica e formação do médico. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 284-299, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/nHZJ39YB6XHqvFHRFzvwtbQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jun. 2024.

SANTOS, D.C.L *et al.* Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 295-300, 2017.DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700045>.

SCHRAMM, F. R. Bioética para quê? **Revista Camiliana da Saúde**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 14 - 21, jul./dez. 2002.

SCHRAMM, F. R. O uso problemático do conceito 'vida' em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos de biopoder. **Revista Bioética**, Brasília, v. 17, n. 3, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/505/506. Acesso em: 04 jun. 2024.

SCHRAMM, F. R. Uma breve genealogia da bioética em companhia de Van Rensselaer Potter. **Revista Bioethikos**, São Paulo,v. 5, n. 3, p. 302-308, 2011.

SILVA, C. N. **Como o câncer (des) estrutura a família**. [S. l.]: Annablume, 2001.

SILVA, L. C.; MENDONÇA, A. R. A terminalidade da vida e o médico: as implicações bioéticas da relação médico-paciente terminal. **Geriatrics & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 24-30, 2011. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v5n1a06.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2024.

SIQUEIRA, J. E. Definindo e aceitando a terminalidade de vida. *In*: MORITZ, R. D. (org.). **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Brasília: CFM, 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/conflitos.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2023.

SLOTE, M. Virtue ethics. *In*: LAFOLLETTE, H. (ed.) **The Blackwell guide to ethical theory**. Cambridge, MA: Blackwell Publishers, 2000. p. 325-347.

SOUSA, J. E. Ética das virtudes e a proposta da Ética do cuidado de Michael Slote. **Revista Argumentos**, Fortaleza, v. 1, n. 2, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/3493/1/2009_Art_JESousa.pdf. Acesso em: 03 jul. 2023.

SOUSA, G. M.; LUSTOSA, M. A; CARVALHO, V. S. Dilemas de profissionais de unidade de terapia intensiva diante da terminalidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 516-527, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273336>.

SOUZA, L. E. Saúde pública ou saúde coletiva. **Revista Espaço Saúde**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 7-21, 2014. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2014v15n4p7>.

SOUZA, R.P. Identificação e abordagem inicial do sofrimento. *In*: MORITZ, R. D. (org.). **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012.

SPRUNG, C. L. *et al.* Seeking worldwide professional consensus on the principles of end-of-life care for the critically ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) study. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, [s. l.], v. 190, n. 8, p. 855-866, 2014. DOI: [10.1164/rccm.201403-0593CC](https://doi.org/10.1164/rccm.201403-0593CC).

SZWARCWALD, C. L; STOPA, S. R; MALTA, D. C. Situação das principais doenças crônicas não transmissíveis e dos estilos de vida da população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, supl. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT276021>.

VATTIMO, E. F. Q. Relação médico-paciente e dilemas bioéticos em fim de vida. *In*: VATTIMO, E. F. Q.; ZEN JÚNIOR, J. H.; SANTANA, V. S. (org.). **Cuidados paliativos: da clínica à bioética**. São Paulo: Cremesp, 2023. v. 2, p. 863-878. Disponível em: https://cremesp.org.br/library/modulos/flipbook/cuidados_paliativos_vol2/. Acesso em: 04 jun. 2024.

VATTIMO, E. F. Q.; BELFIORE, E. B. R. Comunicação de notícias difíceis. *In*: VATTIMO, E. F. Q.; ZEN JÚNIOR, J. H.; SANTANA, V. S. (org.). **Cuidados paliativos: da clínica à bioética**. São Paulo: Cremesp, 2023a. v. 2, p. 599-620. Disponível em: https://cremesp.org.br/library/modulos/flipbook/cuidados_paliativos_vol2/. Acesso em: 04 jun. 2024.

VATTIMO, E. F. Q.; BELFIORE, E. B. R. Estimativa do prognóstico e objetivos do cuidado. *In*: VATTIMO, E. F. Q.; ZEN JÚNIOR, J. H.; SANTANA, V. S. (org.). **Cuidados paliativos**: da clínica à bioética. São Paulo: Cremesp, 2023b. v. 2, p. 35-58. Disponível em: https://cremesp.org.br/library/modulos/flipbook/cuidados_paliativos_vol2/. Acesso em: 04 jun. 2024.

VATTIMO, E. F. Q.; BELFIORE, E. B. R.; DUCATTI, M. Abordagem à família. *In*: VATTIMO, E. F. Q.; ZEN JÚNIOR, J. H.; SANTANA, V. S. (org.). **Cuidados paliativos**: da clínica à bioética. São Paulo: Cremesp, 2023.2023b. v. 2, p. 641-664.

VATTIMO, E. F. Q.; AFONSO, F. S.; SÁ, F. C. Deontologia médica e aspectos legais das situações de fim de vida. *In*: VATTIMO, E. F. Q.; ZEN JÚNIOR, J. H.; SANTANA, V. S. (org.). **Cuidados paliativos**: da clínica à bioética. São Paulo: Cremesp, 2023. v. 2, p. 825-861. Disponível em: https://cremesp.org.br/library/modulos/flipbook/cuidados_paliativos_vol2/. Acesso em: 04 jun. 2024.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, p. 525-531, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400016>.

WIEGAND, D. L.; CHEON, J.; NETZER, G. Seeing the patient and family through: nurses and physicians experiences with withdrawal of life-sustaining therapy in the ICU. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**®, [s. l.], v. 36, n. 1, p. 13-23, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909118801011>.

WILSON, M. E. *et al.* Factors that contribute to physician variability in decisions to limit life support in the ICU: a qualitative study. **Intensive Care Medicine**, [s. l.], v. 39, p.1009-1018, 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-013-2896-x>. Acesso em: 14 mar. 2024.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000100003>.