

# A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética

*The training in palliative care for the intensive care unit's team: A bioethical perspective*  
*El entrenamiento en cuidados paliativos del equipo de la unidad de cuidados intensivos: Una perspectiva bioética*

Karina Dias Guedes Machado\*

Leo Pessini\*\*

William Saad Hossne\*\*\*

**RESUMO:** A medicina ao longo dos séculos, vem passando por transformações em relação ao avanço da tecnologia que trouxe melhorias significativas na área da saúde, porém também trouxe à tona dilemas éticos acerca da atitude dos profissionais quando nos referimos a condutas em pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Nesse aspecto existe uma lacuna na formação dos profissionais de saúde principalmente quando se refere ao processo da terminalidade e cuidados paliativos. Esse estudo foi realizado de forma quantitativa por meio da aplicação de um questionário à equipe multidisciplinar que atua em Unidades de Terapia Intensiva. Os dados sofreram análise descritiva de frequência absoluta e relativa, e associações entre variáveis quantitativas, utilizando a análise estatística do Chi 2. Foram obtidos 58 questionários sendo 21 de fisioterapeutas, 12 de médicos e 25 de enfermeiros. O objetivo da atual pesquisa foi analisar o preparo e formação, desses profissionais quanto a cuidados paliativos. A atual pesquisa mostra que se tornam necessárias alterações urgentes na grade curricular dos profissionais de saúde, contemplando o ensino de cuidados paliativos e auxiliando os profissionais nas reflexões bioéticas para a melhor tomada de decisão frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados paliativos. Unidade de terapia intensiva. Bioética-ensino.

**ABSTRACT:** Medicine has been going through transformations throughout the centuries in relation to the advance in technology, which brought significant improvement to the health area, although it has also highlighted ethical dilemmas over the professionals' attitude when it comes to procedures in patients out of therapeutic possibilities. In this regard, there is a gap in the education of health professionals, mostly when one refers to the end-stage process and palliative care. A quantitative approach has been adopted in this study, which has been carried out by means of the application of a questionnaire to multidisciplinary teams working in Intensive Care Units. The data have been submitted to a descriptive absolute and relative frequency analysis and to associations among quantitative variables by applying Chi2 statistical analysis. Fifty-eight questionnaires have been obtained, out of which 21 were from physiotherapists, 12 from physicians and 25 from nurses. The aim of this research has been to analyze and discuss these professionals' skills and education in palliative care. The current research reveals that urgent changes should be made in health professionals' curriculum grid, covering palliative care practice and bioethical reflections that will help them with better decision-making.

**KEYWORDS:** Palliative care. Intensive care unit. Bioethics-teaching.

**RESUMEN:** La medicina ha pasado por transformaciones a través de los siglos en lo referente a los avances tecnológicos, que trajeron mejoras significativas al área de la salud, aunque también han destacado los dilemas éticos que afectan la actitud de los profesionales frente a los procedimientos en pacientes sin posibilidades terapéuticas. En este sentido, hay un hiato en la educación de los profesionales de salud, sobre todo cuando referente al proceso de los cuidados paliativos en el final de la vida. Se ha adoptado un acercamiento cuantitativo, que se ha realizado mediante un cuestionario aplicado a equipos multidisciplinarios que trabajaban en unidades de cuidados intensivos. Los datos han sido sometidos a un análisis descriptivo de frecuencia absoluta y relativa y a asociaciones entre variables cuantitativas aplicando el análisis estadístico Chi2. Se han obtenido cincuenta y ocho cuestionarios, de los cuales 21 eran de fisioterapeutas, 12 de médicos y 25 de enfermeros. La meta de esta investigación fue analizar y discutir las habilidades y entrenamiento de estos profesionales para los cuidados paliativos. La investigación revela que se deben realizar cambios urgentes en el plan de estudios de los profesionales de salud, cubriendo la práctica de los cuidados paliativos y las reflexiones bioéticas que les ayudarán en una toma de decisión mejor.

**PALABRAS LLAVE:** Cuidados paliativos. Unidad de cuidados intensivos. Bioética-enseñanza.

\* Fisioterapeuta. Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo. E-mail: karinadiasguedes@terra.com.br

\*\* Doutor em Teologia Moral. Professor do Programa de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo.

\*\*\* Médico. Coordenador do Programa Stricto Sensu de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo.

## INTRODUÇÃO

A medicina em todo o mundo passou por profundas transformações ao longo do século XX. Os avanços tanto na prática médica, como na tecnologia têm trazido melhorias significativas na saúde, controle ou eliminação de doenças, porém tudo isso traz à tona decisões éticas acerca das condutas dos profissionais de saúde<sup>(1)</sup>.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) associadas ao avanço da tecnologia médica, têm crescido de forma substancial. De um lado, ampliam as perspectivas terapêuticas em diversas situações clínicas, mas de outro, ensejam a possibilidade de prolongamento da vida a qualquer custo, implicando muitas vezes em tratamentos fúteis.

Como um profissional de saúde que atua em UTIs, tendo em suas mãos a alta tecnologia, deve agir com esses pacientes fora de possibilidades terapêuticas (FPTs) e suas famílias na fase da terminalidade? Certamente, não há como colocar em dúvida os benefícios promovidos pelos avanços tecnológicos, desde que bem indicados e utilizados.

### Formação dos profissionais de saúde

Parte-se do princípio de que a pessoa não nasce ética, sua estruturação ética ocorre através do seu desenvolvimento<sup>(2)</sup>. Os profissionais devem ter preparo ético para saber lidar com os desafios que surgirão no campo do trabalho. Para o dia-a-dia dentro de uma UTI, torna-se necessário que o profissional de saúde alie para além da competência técnico-científica uma competência humana e ética, vivenciando os verdadeiros valores da bioética para um agir competente, coerente e responsável.

Com os avanços da tecnologia, a procura e a formação de profissionais tecnicamente capazes são cada vez maiores, deixando-se de lado, com certa frequência, a preocupação com a alma humana. A medicina tem se segmentado cada vez mais, oferecendo, assim, além de especialidades, as subespecialidades, nas quais os profissionais de saúde muitas vezes se aperfeiçoam em apenas um segmento do corpo e podem esquecer completamente da pessoa como um ser único dotado de corpo e alma.

O conhecimento técnico nos cursos da área de saúde

tem sido muito enfatizado em detrimento de uma formação mais humanista<sup>(3,4)</sup>.

Estabelecer limites aos atos é um desafio ético-educacional. De acordo com Goic<sup>(5)</sup>, há uma interrogação se durante os estudos formais ou posteriores (Educação Continuada) os profissionais de saúde recebem formações técnica, ética e humana, requeridas ou necessárias para atender adequadamente às necessidades médicas e humanas críticas de enfermo terminal.

Estudos realizados em diversos países mostram uma lacuna na formação dos profissionais de saúde no que tange aos cuidados paliativos, assim como o seu reconhecimento da necessidade dessa formação<sup>(5,6,7,8)</sup>.

Azulay<sup>(9)</sup> diz que, provavelmente, a utilização de medidas fúteis ocorre por desconhecimento dos profissionais sobre cuidados paliativos.

No Brasil, existem vários desafios a serem vencidos e dentro deles está a possível deficiência na educação de profissionais de saúde no que diz respeito à terminalidade. Assim sendo, necessária a mudança de mentalidade dos profissionais que nem sempre estão dispostos e disponíveis para uma nova organização<sup>(10)</sup>.

O trabalho ainda é árduo, em termos de mudanças, iniciando pelos aparelhos formadores que moldam profissionais com esmerada preparação técnica e nenhuma ênfase humanística<sup>(11)</sup>.

A equipe de saúde e os demais seres humanos precisam entender o processo de morte, e desenvolver principalmente a capacidade de "estar ao lado" quando a morte for inevitável<sup>(10)</sup>.

A responsabilidade ética individual é o coração da competência clínica para todos que cuidam de doenças<sup>(12)</sup>.

Competência profissional é simplesmente um rótulo enganoso para descrever um cenário complexo de atributos e comportamentos necessários aos profissionais de saúde que cuidam de pessoas com doenças incuráveis. Sabe-se da necessidade de formação de competência para um bom cuidado paliativo.

Segundo Doyle et al<sup>(12)</sup> algumas abordagens australianas têm descrito competências para médicos em termos de metas para os cuidados. São elas: administrar o ingresso nos cuidados paliativos, desenvolver plano de direção com equipe interdisciplinar, revisar, monitorizar e atualizar o plano de direção com equipe interdisciplinar; administrar a fase terminal e luto; dar suporte ativo a todos os membros da equipe interdisciplinar.

As competências unem: conhecimento médico, habilidade de aconselhamento, equipe próxima, avaliação e administração do controle da dor e sintomas, profissionalismo, qualidade humanística e ética médica<sup>(12)</sup>.

É sabido que os profissionais de saúde que participam do processo da morte não recebem formação suficiente sobre o tema da terminalidade e sobre inúmeros dilemas da bioética. Segundo Costa<sup>(13)</sup> cita: "[...]apesar de a morte fazer parte do cotidiano médico, ela é grande ausente do ensino médico. É praticamente uma constante nas escolas médicas, o conceito de medicina curativa, a serviço do prolongamento da vida, não se dando a devida ênfase a um dos postulados básicos da medicina, que é a diminuição do sofrimento humano[...] Em nosso sistema universitário sobra informação, falta formação[...]".

## Cuidados paliativos

Os cuidados paliativos entram como uma alternativa para que não seja realizada a tão temida eutanásia nem a distanásia.

Segundo Pessini<sup>(14)</sup>, eutanásia é "um ato médico que tem como finalidade eliminar a dor e a indignidade na doença crônica e no morrer eliminando o portador da dor". Já a distanásia ou obstinação terapêutica, encarniçamento terapêutico e tratamento fútil são entendidos como "ação, intervenção ou procedimento que não atinge o objetivo de beneficiar a pessoa na fase final de vida e que prolonga inútil e sofridamente o processo de morrer, procurando distanciar a morte."

A dor, o sofrimento e a espiritualidade são tratados pelos cuidados paliativos, que buscam atender o ser humano na sua globalidade de ser na fase final de vida. Sua ênfase está em um trabalho multidisciplinar com atitudes de cuidados frente à realidade da finitude humana.

O desenvolvimento da medicina paliativa ocorreu frente à ameaça da medicina moderna, tecnicista em priorizar sempre a cura em vez do cuidado. Seu valor central baseia-se na dignidade humana<sup>(14)</sup>.

Hoje existem mais de oito mil serviços de cuidados paliativos pelo mundo<sup>(12)</sup>. É importante citar os esforços que algumas sociedades e instituições de ensino têm feito para que os cuidados paliativos sejam do conhecimento de todos. Salienta-se, aqui, o esforço da Comissão Nacional de Residência Médica, em conjunto com a Sociedade Brasileira de Clínica Médica para uma possível mudança no currículo dessa especialidade<sup>(15)</sup>.

Os cuidados paliativos não se referem primariamente a cuidados institucionais; anterior a isso se trata de uma filosofia de cuidados aplicáveis em todas as instituições, bem como em domicílio<sup>(16)</sup>.

O Conselho da Europa, na sua recomendação nº24 do Comitê de Ministros para os estados membros, tem como princípios fundamentais de cuidados paliativos: a manutenção de um nível ótimo de dor e administração dos sintomas; afirmam a vida e encaram o morrer como um processo normal, não apressam, nem adiam a morte. Integram aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados com o paciente; oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; ajudam a família a lidar com a doença do paciente e com luto; exigem uma abordagem em equipe; visam a primorizar a qualidade de vida; são aplicáveis no estágio inicial da doença<sup>(17)</sup>.

Em suma, os cuidados paliativos são de responsabilidade de uma equipe multidisciplinar e não de um só profissional. Essa equipe deve ter preparo para lidar com os medos, angústias e sofrimentos do paciente e sua família, tendo sempre em mente agir com respeito frente à realidade da finitude humana e às necessidades do paciente. Esse preparo pode ter como base as reflexões bioéticas onde procura-se o melhor para o ser humano fundamentando-se nos referenciais discutidos a seguir.

## Bioética

Existe uma linha tênue entre a moralidade e a legalidade do exercício médico voltado a cuidados paliativos; se algum ato estiver no código profissional é legal, portanto pode ser feito, se não estiver não pode ser feito. Contudo a sociedade vem mudando e se abrindo cada vez mais a novos conceitos e argumentações<sup>(18)</sup>.

Não devemos aceitar algo como verdade absoluta; é nesse momento que entra a bioética, que não traz respostas prontas, mas sim, com sua visão pluralista, nos faz exercitar a capacidade de reflexão na escolha das melhores condutas para o paciente.

Devido a estas características citadas anteriormente, a bioética possui correntes diversas, como a corrente Princípalista, que, segundo Azulay<sup>(19)</sup>, "consiste em conseguir um método sistemático de reflexão que permita eleger uma solução correta frente um dilema bioético."

A bioética princípalista ressalta quatro balizas, ou quatro princípios, que marcam o território da morali-

dade. Estes princípios, enunciados no livro de Beauchamp e Childress, Princípios da Ética Biomédica, são reconhecidos e formulados desde a antiguidade pela tradição da filosofia moral cristã e também pela teologia moral cristã e foram resumidos numa proposta coerente pelos autores Ferrer e Alvarez<sup>(20)</sup>.

Contudo, segundo Hossne<sup>(21)</sup>, "a teoria dos princípios [...] é importante e necessária, porém, insuficiente", pois quando analisada a teoria principialista, ela tem forte fundamentação deontológica, e a bioética necessita mais que isso. Há necessidade de reflexão e juízo crítico, baseados em valores e referenciais, não somente em princípios.

Hossne<sup>(21)</sup> cita, ainda: "os referenciais seriam como o próprio nome indica, as pontes de referência para a reflexão bioética, assim os princípios deixam de ser princípios (direito e ou deveres) e passam a ser ponto de referência", nos quais devemos nos fundamentar para elaborar a reflexão bioética.

Nessa teoria dos referenciais, que engloba os previamente denominados princípios (autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça) e virtudes (compaixão, solidariedade, confidencialidade etc.) entre outros, há total liberdade entre eles de atuarem e interagirem de forma pluralista, inter e transdisciplinar, conforme a situação bioética exigir.

A autonomia e o direito dos pacientes devem ter destaque frente ao paternalismo e comportamento autoritário da medicina que ainda ocorre nos dias atuais. Esse referencial ainda é ignorado na cultura latina quando nos deparamos com um paciente com o diagnóstico fora de possibilidades terapêuticas<sup>(19)</sup>. No Brasil, a formação do médico, na maioria das instituições de ensino, ainda é eminentemente paternalista.

O referencial da beneficência diz respeito a ações realizadas em benefício de outros<sup>(22)</sup>. Este referencial manda fazer o bem e permite que a atuação do profissional seja benéfica ao paciente.

Utilizando esse referencial, uma vez encerrado o cuidado da cura da doença, deve-se, então, partir para retirar a causa do sofrimento, sanando suas dores e confortando o paciente. O referencial da não-maleficência implica não causar dano, sendo necessário haver compromisso ético dos profissionais de saúde para não causar sofrimento desnecessário ao paciente<sup>(4)</sup>.

A fidelidade à promessa é um referencial exigido da relação médico-paciente, que aqui tomamos a liberdade

de alterá-la para relação profissional saúde-paciente, em que o paciente confia no profissional e em sua promessa de colocar suas habilidades a serviço do bem do paciente<sup>(20)</sup>.

A especialidade dos cuidados paliativos foi construída, fundada em um corpo teórico centrado em etapa terminal, aliada a valores humanísticos, em especial, à compaixão<sup>(23)</sup>.

A sensibilidade e a compaixão devem estar presentes na relação entre profissionais da saúde e pacientes.

A legitimação da especialidade de cuidados paliativos é constituída pela aquisição de conhecimentos técnicos, associada a uma nova forma na relação equipe de saúde/paciente/familiares, capaz de prestar uma assistência à totalidade baseando-se na bioética.

O presente estudo teve por objetivo analisar e discutir, à luz da bioética, o preparo e a formação em cuidados paliativos dos profissionais da equipe de saúde (médicos, fisioterapeutas e enfermeiros) que trabalha em unidade de terapia intensiva.

Para tanto foi realizado levantamento em unidades de terapia intensiva para adultos de três hospitais privados da cidade de São Paulo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e consentimento dos profissionais com preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os profissionais incluídos neste estudo eram médicos, fisioterapeutas e enfermeiros que atuavam nessas UTIs. A preferência por esses profissionais foi por possuírem curso superior, já que o estudo analisou sua formação acadêmica e posterior. Outro fator considerado muito importante para a inclusão desses profissionais no estudo é que eles são os profissionais mais próximos e que mais "tocam" os pacientes. Esse contato mais próximo é muito significativo quando se avalia o contexto de todos os envolvidos nos cuidados paliativos.

A amostra era composta de 67% do sexo feminino e 33% do sexo masculino, 88% tinha idade inferior a 40 anos e 12% idade igual ou superior a 41 anos, 47% tinha tempo de formação igual ou inferior a 10 anos e 53% superior a 11anos com tempo de atuação em unidade de terapia intensiva de 83% da amostra inferior ou igual a 10 anos e somente 13% superior ou igual a 11 anos.

As respostas sofreram análise descritiva de frequências absoluta e relativa e associações entre as variáveis quantitativas, utilizando a análise estatística do Chi<sup>2</sup>.

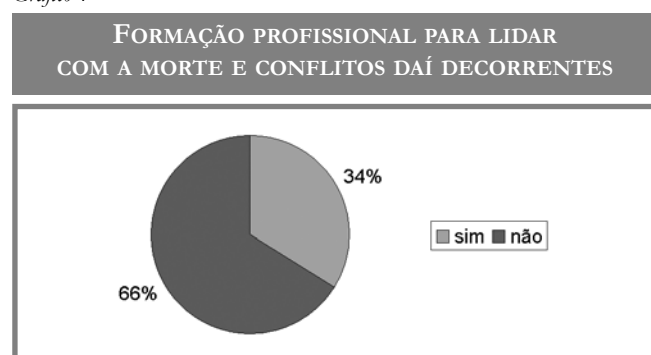
## Cuidados paliativos na perspectiva da equipe de UTI

A obra *Oxford Textbook of Palliative Medicine*<sup>(12)</sup> reconhece que os cuidados paliativos dependem de uma equipe multiprofissional treinada e não apenas de um só segmento profissional; é necessário o desenvolvimento de competências de cada membro da equipe. Todavia pode-se afirmar por meio dos dados colhidos que há um desequilíbrio entre o conhecimento geral dos diversos segmentos profissionais que atuam em UTI com pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

Ao serem avaliados o preparo e a formação recebidos pela equipe (Gráfico 1), 66% afirmaram não ter o conhecimento necessário para lidar com o processo de morte dos pacientes e os conflitos daí decorrentes.

Os dados evidenciaram que houve diferença signifi-

Gráfico 1



cante entre os três segmentos de profissionais ( $p < 0,05$ ). Quando analisada por categoria profissional essa diferença tornou-se evidente na resposta dos fisioterapeutas, onde 90% relataram que não lhes foi oferecido o conhecimento necessário durante a formação profissional. Essa diferença pode ser visualizada na (Tabela 1) a seguir.

Tabela 1

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA LIDAR COM A MORTE E SEUS CONFLITOS**

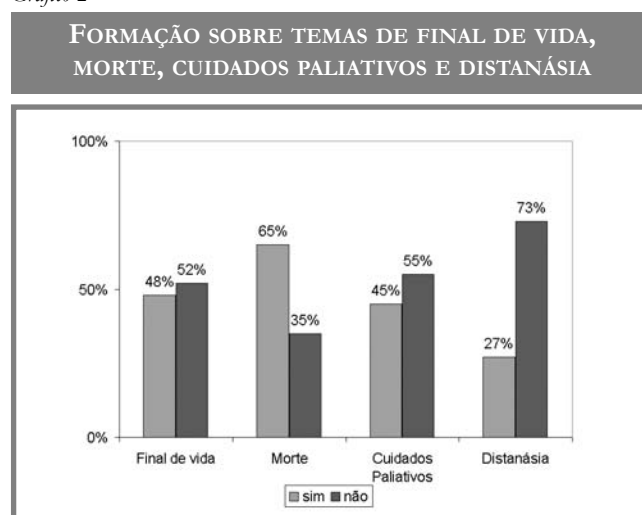
	Médicos	Fisioterapeutas	Enfermeiros	Equipe
	nº (%)	nº (%)	nº (%)	nº (%)
Sim	5 (42)	2 (10)	13 (52)	20 (34)
Não	7 (58)	19 (90)	12 (48)	38 (66)

Kovács<sup>(10)</sup> quando diz que "ocorre no Brasil uma grande deficiência na educação dos profissionais da equipe de saúde nesses temas, fazendo com que os mesmos se afastem desses pacientes."

Para Moritz e Nassar<sup>(24)</sup>, os profissionais que atuam em UTI devem ter conhecimento quanto a finitude de alguns tratamentos, evitando, assim, as práticas que levam à distanásia.

Quando questionados se houve abordagem específica de tais temas (Gráfico 2 e Tabela 2) verifica-se que houve abordagem, porém insuficiente nesses temas para os diversos segmentos da equipe.

Gráfico 2



Ao se considerar toda a equipe, chama a atenção alta porcentagem (73%) daqueles que desconheciam o tema distanásia.

Quando analisados se houve diferença significativa entre as respostas, pode-se observar que isso ocorreu quanto aos temas final de vida, morte e distanásia ( $p < 0,05$ ).

Ao observar as equipes isoladamente, constatamos que os fisioterapeutas são os profissionais que menos receberam formação acerca desses temas, em contraste com a equipe de enfermagem, que é a que mais referiu existir abordagem desses temas em seu curso superior; já a equipe médica manteve equilíbrio em suas respostas.

Nas respostas dos fisioterapeutas, vale ressaltar que 81% negaram a abordagem do tema final de vida, 62 %

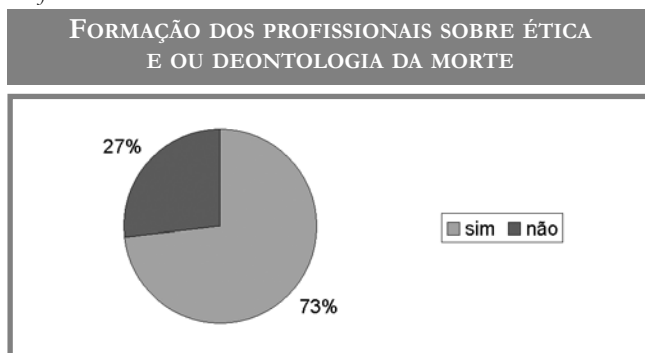
negaram a abordagem do tema morte, 71% negaram sobre cuidados paliativos e 95% negaram a abordagem da distanásia (Tabela 2).

Tabela 2

FORMAÇÃO SOBRE TEMAS DE FINAL DE VIDA, MORTE, CUIDADOS PALIATIVOS E DISTANÁSIA				
	Médicos nº (%)	Fisioterapeutas nº (%)	Enfermeiros nº (%)	Equipe nº (%)
<b>Final de vida</b>				
Sim	6 (50)	4 (19)	18 (72)	28 (48)
Não	6 (50)	17 (81)	7 (28)	30 (52)
<b>Morte</b>				
Sim	7 (58)	8 (38)	23 (92)	38 (65)
Não	5 (42)	13 (62)	2 (8)	20 (35)
<b>Cuidados Paliativos</b>				
Sim	6 (50)	6 (29)	14 (56)	26 (45)
Não	6 (50)	15 (71)	11 (44)	32 (55)
<b>Distanásia</b>				
Sim	4 (33)	1 (5)	11 (44)	16 (27)
Não	8 (67)	20 (95)	14 (56)	42 (73)

Quando os profissionais foram interrogados se durante sua formação acadêmica tiveram aulas sobre ética e/ou deontologia da morte, 73% da equipe, que correspondem a 42 profissionais, responderam que sim, como pode ser observado no Gráfico 3. Porém nessa questão obteve-se também diferença significativa ( $p < 0,05$ ), destacando-se os profissionais fisioterapeutas com 67% das respostas negativas, o que pode ser observado na Tabela 3.

Gráfico 3



Os profissionais de saúde estão sujeitos a presenciar

freqüentemente situações de óbito e, no entanto nem todos estão preparados para isso, conforme evidenciam nossos resultados.

Tabela 3

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE ÉTICA E OU DEONTOLOGIA DA MORTE				
	Médicos nº (%)	Fisioterapeutas nº (%)	Enfermeiros nº (%)	Equipe nº (%)
Sim	10 (83)	7 (33)	25 (100)	42 (73)
Não	2 (17)	14 (67)	0	16 (27)

Durante os cursos de formação profissional, prima-se pela qualidade técnico-científica, subvalorizando os aspectos humanistas<sup>(25)</sup>.

Essa priorização de atualização técnico-científica sobre os aspectos humanistas, principalmente quando relacionados a terminalidade, pode ser evidenciada na Tabela 4.

Tabela 4

EDUCAÇÃO CONTINUADA RELACIONADA COM QUESTÕES HUMANÍSTICAS E TÉCNICO-CIENTÍFICAS				
	Médicos nº (%)	Fisioterapeutas nº (%)	Enfermeiros nº (%)	Equipe nº (%)
<b>Ética e Bioética</b>				
Sim	4 (33)	4 (19)	13 (52)	21 (36)
Não	8 (67)	17 (81)	12 (48)	37 (64)
<b>Cuidados Paliativos</b>				
Sim	5 (42)	3 (14)	5 (20)	13 (22)
Não	7 (58)	18 (86)	20 (80)	45 (78)
<b>Humanização</b>				
Sim	6 (50)	15 (71)	24 (96)	45 (78)
Não	6 (50)	6 (29)	1 (4)	13 (22)
<b>Distanásia</b>				
Sim	5 (42)	1 (5)	4 (16)	10 (17)
Não	7 (58)	20 (95)	21 (84)	48 (83)
<b>Atualiz. Técnica</b>				
Sim	12 (100)	19 (91)	20 (80)	51 (88)
Não	0	2 (9)	5 (20)	7 (12)
<b>Atualiz. Científica</b>				
Sim	12 (100)	20 (95)	20 (80)	52 (90)
Não	0	1 (5)	5 (20)	6 (10)

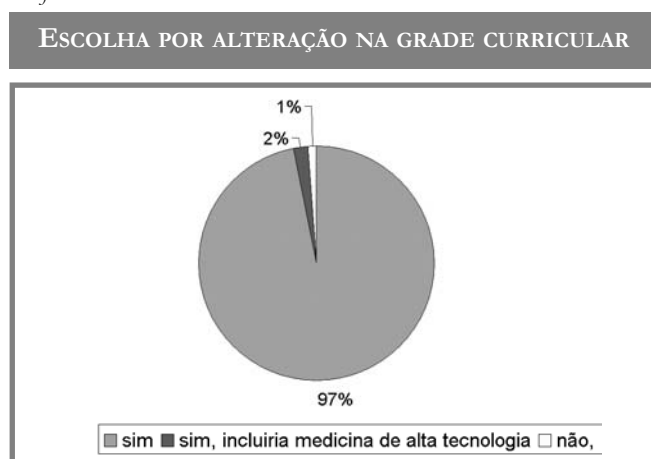
A Assembléia parlamentar do Conselho da Europa e a Assembléia Médica Mundial de Lisboa, em 1981,

recomendaram que o médico, e aqui estão incluídos os outros profissionais de saúde, devem aprender que os aspectos envolvidos na terminalidade são das situações mais difíceis que enfrenta o trabalho clínico e que têm implicações técnicas, éticas e humanísticas, sendo as três inseparáveis e complementares<sup>(5)</sup>.

Quando considerada toda a equipe, ou seja, 58 profissionais avaliados, chama a atenção que somente 21 (36%) já participaram de curso ou congresso de ética e bioética; 13 (22%) já participaram de cursos de cuidados paliativos; e 10 (17%) de cursos de distanásia. Quando questionados sobre a busca de atualização técnico-científica, essa porcentagem aumenta consideravelmente para 88%, ou seja, 51 profissionais já buscaram fazer cursos de atualização técnica e 90%, que correspondem a 52 profissionais, tentaram realizar cursos sobre atualização científica.

Pode-se, portanto, afirmar com base nos dados colhidos que os profissionais não buscaram atualização nesse assunto, porém quando foram interrogados sobre a oportunidade de realizá-la, se alterariam a grade curricular de suas profissões, incluindo temas relacionados à morte, 97% da equipe, correspondendo a 53 profissionais, afirmaram que alteraria sim; já 2% alterariam-na incluindo temas relacionados à medicina de alta tecnologia e 1% respondeu que não faria alterações (Gráfico 4).

Gráfico 4

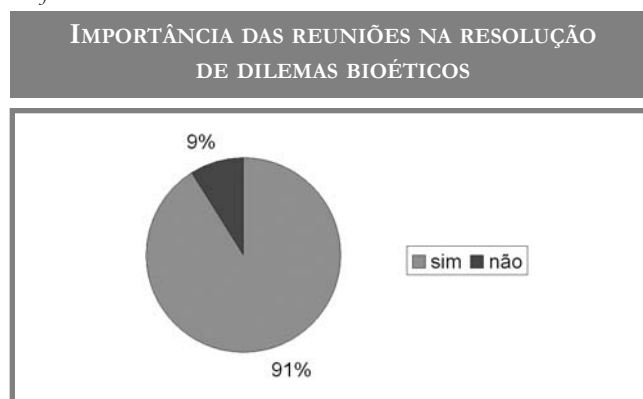


Goic et al (1997) sugerem que a melhor forma de aprendizado sobre esse tema seria o docente realizar reuniões de reflexão com seus alunos, relatar sua

experiência pessoal e acompanhá-los em suas relações com os pacientes fora de possibilidades terapêuticas e com seus familiares.

Quando interrogados se acreditariam que a realização de reuniões específicas no ambiente de trabalho auxiliariam na resolução de dilemas bioéticos, 53 (91%) profissionais responderam que sim (Gráfico 5).

Gráfico 5



Na opinião de Mota 26, "o profissional deve estar preparado para fazer reflexões que só são possíveis através do diálogo com todos os envolvidos no processo".

A tabela 5 mostra as respostas quanto aos temas que a equipe assinalou que deveriam ser discutidos nessas reuniões; todos os temas obtiveram grande importância, pois atingiram valores percentuais maiores que 75%.

Tabela 5

**TEMAS DE INTERESSE DA EQUIPE A SEREM DISCUTIDOS EM REUNIÕES ESPECÍFICAS**

	Equipe	
	nº	(%)
Assistência a esses pacientes	54	(93)
Prognóstico	46	(79)
Decisões de reanimação ou não	47	(81)
Humanização em cuidados paliativos	54	(93)
Aspectos éticos	51	(88)
Aspectos psicológicos	52	(90)
Aspectos legais	51	(88)

Esses dados reafirmam estudo de campo prévio realizado por Moritz (2004) em que foi avaliada a atitude dos profissionais de saúde diante da morte e mostrou que o segmento dos médicos e de enfermagem sente a necessi-

dade de debater com maior frequência o tema morte e morrer, assim como outros aspectos relacionados a esse tema.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicina dos tempos modernos, com sua alta tecnologia, não se mostra suficiente para satisfazer as demandas da população, especialmente quando falamos em sofrimento humano e morte.

Muito se fala na eficiência dos avanços tecnológicos, principalmente voltados à área da saúde e pouco se tem falado na arte da humanização. O profissional de saúde sabe manejar de forma eficaz a alta tecnologia, porém nem todos são tão eficazes quando se fala em manejar o processo da terminalidade. Manejar no sentido de humanizar o morrer, oferecer conforto ao paciente e ao seu familiar.

É necessário o resgate urgente do verdadeiro sentido do cuidar e deve-se lembrar que nem sempre curar é possível.

A qualidade de vida e o conforto desses pacientes antes da morte podem e devem ser melhorados, por meio de algumas atitudes que visem ao controle dos sintomas, uma relação honesta com apoio emocional e comunicação com o doente e seus familiares.

O conhecimento geral da equipe multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas e enfermeiros) acerca de temas relacionados à terminalidade ainda é muito deficiente.

Nos dias de hoje, com esse aumento do número de doenças crônico-degenerativas, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde, principalmente os que atuam em Unidades de Terapia Intensiva e vivenciam o processo de morte e sofrimento humano em seu cotidiano, adquiram habilidade, experiência e conhecimento necessários ao atendimento de casos sem possibilidades terapêuticas.

O preparo e a formação desses profissionais, seja durante a graduação ou em educação continuada, estão em geral voltados para formar profissionais técnicos, criando uma lacuna na formação humanística, da qual o profissional sente falta ao se deparar com dilemas que requerem tomadas de decisão no seu dia-a-dia.

Sugerimos então que cursos de humanização, cuidados paliativos e bioética sejam inseridos como disciplina fundamental durante a graduação, pós-graduação e treinamento desses profissionais. Porém, só a teoria não é suficiente, há a necessidade de instigar o profissional a reflexões bioéticas acerca do tema.

Os dilemas vividos no cotidiano dos hospitais requerem que não só haja preocupação na educação do profissional durante seu curso de graduação, mas também durante sua vida profissional.

Torna-se necessário que as instituições de saúde realizem reuniões específicas para a discussão de dilemas, principalmente os que envolvem cuidados e condutas com pacientes fora de possibilidades terapêuticas e seus familiares. Essas reuniões podem discutir e levar os profissionais a refletirem sobre o que é melhor para o paciente, sempre buscando respeitar a sua autonomia. Caso isso não seja possível, que seja respeitada a autonomia de seus familiares.

A participação de toda a equipe multidisciplinar é muito importante, além de profissionais capacitados, a discutir os temas embasados sempre na ética e, acima de tudo, no respeito à dignidade humana.

Os cuidados paliativos podem ser instituídos na UTI, nas unidades de internação, em casa, não importa o lugar. O que importa é a filosofia da humanização no resgate da dignidade durante o processo da terminalidade.

As mentes do profissional e da família devem estar abertas para entenderem que quando não há nada do ponto de vista técnico-científico a se fazer, ainda há muito do ponto de vista humano. A finitude humana deve ser aceita por todos da forma mais digna possível; deve-se cuidar da pessoa e não da doença.

Como instituir uma cultura de qualidade de cuidados no final da vida, em que o ideal da "boa morte" não se torne uma mera miragem, senão realizando mudanças na política educacional dos profissionais que atuam nesse contexto?!

É necessário cada vez mais à promoção de reflexões bioéticas que auxiliem os profissionais nas tomadas de decisão e em seus comportamentos frente aos cuidados de pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

A atuação da equipe multidisciplinar deve ocorrer de forma individualizada e focada na dignidade do paciente.

A equipe, em geral, preocupa-se com o respeito à autonomia e com a dignidade do paciente, mas talvez não consiga pôr em prática os cuidados pertinentes ou não suspenda tratamentos considerados fúteis por desconhecimento, o que acaba interferindo no morrer com dignidade, causando-se, assim, a temida distanásia.



**REFERÊNCIAS**

1. Silva LMG. Aspectos Éticos e Cuidados Paliativos. São Paulo, Brasil; 2006. Disponível em <http://www.cuidadospaliativos.com.br/>.
2. Segre M, Cohen C. (Org). Bioética. 2ª ed. São Paulo: Edusp; 1999.
3. Bifulco VA. A morte na formação dos profissionais de saúde. *Prática Hospitalar* 2006; 45:164-166.
4. Souza MTM, Lemonic L. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. *Bioética* 2003; 11: 183-100.
5. Goic A et al. El Cuidado del enfermo terminal. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 1517-1525.
6. Vial P, et al. Auto evaluación sobre formación en medicina paliativa en una cohorte de residentes. *Rev Med Chile* 2004; 132: 445-452.
7. Vincent JL. Forgoing life support in western. European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999; 27:1626-1633.
8. Gilmer T, et al. The costs of nonbeneficial treatment in the intensive care setting. *Health Affairs* 2005; 24: 961-971.
9. Azulay TA. Las diferentes formas de morir. Reflexiones éticas *An Med Interna* 2004; 21: 355-358.
10. Kovács MJ. Educação para a Morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP; 2003.
11. Siqueira JE. A terminalidade da vida. São Paulo, Brasil, 2006. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/>.
12. Doyle D, et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2005.
13. Costa OJM. UTI: Muito além da técnica: a humanização e arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu; 2001.
14. Pessini L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. *Bioética* 2004; 12:39-60.
15. Universidade Federal de São Paulo. Unifesp inaugura ambulatório de cuidados paliativos. O setor em notícias. São Paulo, Brasil; 2006. Disponível em: <http://www.hospitalar.com/>
16. Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas Atuais de Bioética*. 7ª ed. São Paulo: Loyola; 2005.
17. Council of Europe. The rights of patients. Disponível em <http://www.wma.net/>.
18. Silva CHD: A moralidade dos cuidados paliativos. *Rev. Brasileira de Cancerologia* 2004; 50: 330-333.
19. Azulay Ta A. Los principios bioéticos: se aplican en la situación de enfermedad terminal? *An Med Interna* 2001; 18: 650-654.
20. Ferrer JJ, Alvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005.
21. Hossne WS. Bioética-Princípios ou Referenciais? *O mundo da Saúde* 2006; 30: 673-676.
22. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
23. Menezes RA. Em busca da boa morte: Antropologia dos Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Garamond FioCruz; 2004.
24. Moritz RD, Nassar SMA. Atitude dos Profissionais de Saúde Diante da Morte. *Revista Bras Terapia Intensiva* 2004; 16: 14-21.
25. Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Rev. Brasileira de Cancerologia* 2005; 51: 67-77.
26. Mota JAC. Quando um Tratamento torna-se Fútil? *Bioética* 1999; 7:35-39.