

# Cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: a ética na assistência do enfermeiro intensivista

Palliative cares in the unit of intensive therapy: the ethics in the assistance of the intensive nurse

Cuidados paliativos en la unidad de terapia intensiva: la ética en la asistencia del enfermero intensivo

Gleide Cristina Cortez de Freitas<sup>1</sup> & Mônica de Almeida Carreiro<sup>2</sup>

**Como citar esse artigo.** Freitas GCC & Carreiro MA. Cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: a ética na assistência do enfermeiro intensivista. Revista Pró-UniverSUS. 2018 Jan./Jun.; 09 (1): 86-92.

## Resumo

**Introdução:** no dia a dia das Unidades de Terapia Intensiva encontramos com frequência pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, portanto, as questões éticas rondam os profissionais da saúde que atuam nestas unidades, onde muitas vezes são dispensadas inúmeras intervenções fúteis. Apesar de não ser um assunto novo, existem poucas publicações sobre o assunto, principalmente no que tange os cuidados de enfermagem. **Objetivo:** este artigo tem como objetivo refletir sobre a adequada aplicação dos cuidados paliativos aos pacientes em terminalidade dentro da unidade de terapia intensiva, bem como ressaltar as questões éticas que rondam os profissionais de enfermagem. **Materiais e métodos:** Esta é uma reflexão teórica que parte da revisão bibliográfica sobre os temas “enfermagem”, “unidade de terapia intensiva”, “terminalidade” e “cuidados paliativos”. **Discussão:** Pode-se inferir que o conhecimento das questões bioéticas e a utilização das medidas paliativas de boa qualidade na Unidade de Terapia Intensiva é imprescindível para o ideal controle dos sinais e sintomas dos pacientes, além de proporcionar melhor segurança e qualidade na assistência aos profissionais envolvidos. **Considerações finais:** A não implementação de cuidados paliativos de qualidade aos pacientes o mais precoce possível nas unidades de terapia intensiva abre uma lacuna na assistência dos pacientes em processo de terminalidade. Portanto, é imprescindível que os profissionais de saúde estejam capacitados para os cuidados de fim da vida, levando aos familiares conforto e segurança, além da dignidade aos pacientes no adeus à vida.

**Palavras-chave:** Bioética; Cuidados Paliativos; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

## Abstract

**Introduction:** In the day-to-day life of the Intensive Care Units we often find patients outside therapeutic possibilities of cure, therefore, ethical questions surround the health professionals who work in these units, where many futile interventions are often dispensed. Although not a new subject, there are few publications on the subject, especially regarding nursing care. **Objective:** This article aims to reflect on the adequate application of palliative care to terminally ill patients within the intensive care unit, as well as to highlight the ethical issues that surround nursing professionals. **Materials and methods:** This is a theoretical reflection that starts from the bibliographic review on the topics “nursing”, “intensive care unit”, “terminality” and “palliative care”. **Discussion:** It can be inferred that the knowledge of bioethical issues and the use of good quality palliative measures in the Intensive Care Unit is essential for the optimal control of patients signs and symptoms, as well as providing better security and quality of care for professionals involved. **Final considerations:** Non-implementation of quality palliative care to patients as early as possible in intensive care units opens a gap in the care of terminally ill patients. Therefore, it is imperative that health professionals are trained in end-of-life care, bringing family comfort and safety, and dignity to patients in good health.

**Keywords:** Bioethics; Intensive Care Unit; Nursing; Palliative Care.

## Resumen

**Introducción:** en el día a día de las Unidades de Terapia Intensiva encontramos con frecuencia pacientes fuera de posibilidades terapéuticas de curación, por lo tanto, las cuestiones éticas rondan a los profesionales de la salud que actúan en estas unidades, donde muchas veces se dispensan innumerables intervenciones fútiles. A pesar de no ser un tema nuevo, hay pocas publicaciones sobre el tema, principalmente en lo que se refiere a los cuidados de enfermería. **Objetivo:** este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la adecuada aplicación de los cuidados paliativos a los pacientes en terminalidad dentro de la unidad de terapia intensiva, así como resaltar las cuestiones éticas que rondan los profesionales de enfermería. **Materiales y métodos:** Esta es una reflexión teórica que parte de la revisión bibliográfica sobre los temas “enfermería”, “unidad de terapia intensiva”, “terminalidad” y “cuidados paliativos”. **Discusión:** Se puede inferir que el conocimiento de las cuestiones bioéticas y la utilización de las medidas paliativas de buena calidad en la Unidad de Terapia Intensiva es imprescindible para

Afiliação dos autores:

<sup>1</sup>Enfermeira pela Fundação Educacional Dom André Arcoverde. Pós-Graduanda do Curso de Especialização em Enfermagem em UTI - Universidade Severino Sombra/USS. E-mail: gleide\_cf@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta II da Universidade Severino Sombra/USS. Professora do Curso de Especialização em Enfermagem em UTI-USS. Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar/UNIRIO. E-mail: monica.carreiro@hotmail.com

\* Email de correspondencia: gleide\_cf@yahoo.com.br

Recebido em: 01/02/18. Aceito em: 02/05/18.

el ideal control de los signos y síntomas de los pacientes, además de proporcionar mejor seguridad y calidad en la asistencia a los profesionales involucrados. Consideraciones finales: La no implementación de cuidados paliativos de calidad a los pacientes lo más precoz posible en las unidades de terapia intensiva abre una laguna en la asistencia de los pacientes en proceso de terminalidad. Por lo tanto, es imprescindible que los profesionales de salud estén capacitados para los cuidados de fin de la vida, llevando a los familiares confort y seguridad, además de la dignidad a los pacientes en el adiós a la vida.

**Descritores:** Bioética; Cuidados Paliativos; Enfermería; Unidad de Terapia Intensiva.

## Introdução

A unidade de terapia intensiva é um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, que se destina ao atendimento de pacientes graves ou de riscos que necessitam de assistência médica e de enfermagem continuamente, além de equipamentos e recursos humanos especializados<sup>1</sup>.

A criação de uma unidade específica foi decorrente dos acontecimentos do período entre guerras, vivido no mundo inteiro. Assim, o pensamento tomou forma com a enfermeira Florence Nightingale, ao evidenciar os conturbados momentos durante a guerra da Criméia no século XIX. Nightingale acabou por selecionar indivíduos mais graves, acomodando-os de forma a favorecer o cuidado<sup>2</sup>. Surgiu, dessa forma, a ideia de classificar os doentes de acordo com o grau de dependência, onde os mais graves ficavam mais próximos às enfermeiras, para maior monitoramento e melhor atendimento<sup>3</sup>.

O surgimento das UTI's também foi decorrente da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, centralizando os pacientes em um núcleo especializado<sup>1,4</sup>.

De acordo, com a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas próximas décadas, como a melhoria da qualidade de vida, por alguns setores da sociedade, haverá um aumento significativo na demografia nacional. A população maior que 60 anos passará dos atuais 600 milhões para a cifra próxima a dois bilhões de pessoas. O aumento será maior e mais rápido nos países em desenvolvimento, onde se espera que a população idosa seja quadruplicada durante os próximos 50 anos, o que trará um aumento considerável de pacientes com doenças crônicas e comorbidade<sup>5</sup>.

Pode-se ainda acrescentar, que as UTI's continuam sendo as unidades em que muitos dos pacientes que são internados morrem. Entre os pacientes com doenças crônicas, na maioria idosos, assistidos em um hospital, quase a metade é cuidado na UTI nos três dias antes de morrer e um terço daqueles que são hospitalizados no período de finitude, passam pela UTI dez dias antes de sua morte. As questões éticas que rondam os profissionais da saúde que atuam nas UTI's são inúmeras: decisões de investir ou não no tratamento

do paciente; a reversibilidade ou não do estado de saúde; participação dos familiares no processo de decisão do paciente; decisões judiciais para admissão do paciente na UTI, entre outras<sup>4,5</sup>.

Hoje, 30% dos pacientes levados à UTI não têm nenhuma expectativa de melhora, para tanto, estes deveriam ficar em quartos ou unidades semi-intensivas, recebendo os cuidados paliativos (CP's) próximo de seus familiares. Onde seriam evitados a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos fúteis e seriam oferecidos tratamentos visando o conforto do paciente e suprimindo suas necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Dessa forma, diminuindo gastos desnecessários, o sofrimento desses pacientes e seus familiares<sup>5,6</sup>.

Há consenso, porém, entre os autores que, a tecnologia está e, conseqüentemente, deverá sempre estar presente, em todos os setores da área de saúde no Brasil e no mundo, principalmente nas UTI's, colocando o profissional de enfermagem frente a um desafio; integrar a tecnologia ao cuidado, dominando os princípios científicos que fundamentam a sua utilização e ao mesmo tempo suprimindo as necessidades terapêuticas dos pacientes<sup>7</sup>. Percebe-se, portanto, que existem duas vertentes, de um lado temos o progresso técnico-científico, que é capaz de salvar vidas, o que há pouco tempo era considerado impossível. E por outro, a mesma ajuda tecnológica é capaz de prolongar a vida num sofrido e inútil processo de morte.

No universo das doenças incuráveis, o profissional da saúde, é diariamente questionado a refletir sobre o real significado da vida e da morte; bem como em até que ponto se pode avançar nos procedimentos de suporte vital. Qual seria o momento adequado de cessar tais procedimentos - se é que se pode cessar em algum momento -, em detrimento dos padrões ético-morais. É fato, que os profissionais não estão e nem foram preparados para discutir ou praticar tal postura, e, de forma talvez inconsciente ou mesmo sem a devida preocupação, tem praticado uma medicina que subestima o respeito ao paciente portador de enfermidade terminal, impondo-lhe, forçosamente, a um processo de longa e sofrida agonia<sup>2,8</sup>.

Por esta razão, o objetivo do estudo é refletir sobre a adequada aplicação dos cuidados paliativos no processo de terminalidade dentro da unidade de terapia intensiva, bem como ressaltar as questões éticas que rondam os profissionais de enfermagem neste

setor, desvelando a importância do cuidado, conforto e alívio do sofrimento dos pacientes acometidos por enfermidades sem perspectivas de cura real, uma vez que, tais embasamentos teóricos proporcionarão melhor segurança e qualidade na assistência.

## Materiais e Métodos

Esta reflexão teórica parte da revisão bibliográfica sobre os temas “enfermagem”, “unidade de terapia intensiva”, “terminalidade” e “cuidados paliativos”. A mesma envolveu a leitura, a análise e a interpretação de livros, dissertações e artigos durante os meses de fevereiro a setembro de 2017, que deram suporte às fases desta construção. Foram consultados bancos de dados como: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). O marco temporal não foi delimitado, tendo em vista que os cuidados paliativos são tema relativamente recente na história da saúde pública.

## Resultados e Discussão

### A Filosofia dos Cuidados Paliativos

Na terminologia apresentada pela Organização Mundial da Saúde, os CP's referem-se às ações ativas e integrais prestadas a pacientes com doença progressiva e irreversível, e a seus familiares. Nesse sentido, tal filosofia tem seu procedimento baseado nos objetivos principais: o controle da dor e de demais sintomas mediante a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual<sup>9,10</sup>. Pode-se acrescentar ainda que os CP's reafirmam a morte como processo natural da vida, não apressando nem adiando seu momento; oferecem apoio ao paciente a viver tão ativamente quanto possível até o momento de sua morte, ajudam a família a enfrentar a doença e a luto, incluindo-a nos cuidados juntamente com o paciente; tudo isso com a ajuda de uma abordagem inter e multidisciplinar.

Na filosofia do CP a equipe inclui especialidades médicas, enfermeiras, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, conselheiros espirituais e sacerdotes. Todos esses profissionais são importantes, uma vez que a medicina paliativa objetiva identificar e dirimir os problemas relacionados à internação, na esfera física, psicológica, espiritual e social. Neste cenário, uma boa comunicação entre os envolvidos é fundamental<sup>11</sup>.

A literatura propõem uma série de conceitos, no

âmbito dos CP's, bem como na UTI a fim de conduzir melhor o entendimento do trabalho de pesquisa. Para tal, estão abaixo transcritos alguns dos conceitos principais referentes a um paciente em estágio terminal em uma Unidade de Terapia Intensiva<sup>8,423; 9</sup>.

“Paciente em condição terminal: Um paciente é considerado em condição terminal quando sua doença, independentemente das medidas terapêuticas adotadas, evoluirá de forma inexorável para a morte. A irreversibilidade da doença é definida de forma consensual pela equipe médica, baseada em dados objetivos e subjetivos.

**Ações paliativas:** Definidas como medidas terapêuticas, sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem estar do paciente.

**Cuidados ao fim da vida:** Aqueles prestados aos familiares e aos pacientes em fase aguda e de intenso sofrimento, na evolução final de uma doença terminal, num período que pode preceder horas ou dias o óbito.

**Tratamento fútil:** É toda intervenção que não atenda ou que seja incoerente com os objetivos propostos no tratamento de um determinado doente.

**Cuidados paliativos na UTI:** Cuidados prestados ao paciente crítico em estado terminal, quando a cura é inatingível e, portanto deixa de ser o foco da assistência, onde este passa a ser o bem estar do paciente, permitindo-lhe uma morte digna e tranquila”.

Atualmente, os CP's podem ser empregados na fase inicial, no decurso de quaisquer doenças crônicas – degenerativas. Recentemente, em 2011, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) reconheceu a medicina paliativa como área de conhecimento adstrita a diferentes especialidades médicas<sup>9</sup>.

Os princípios que norteiam a abordagem de sintomas de pacientes crônicos tomam como base os princípios paliativistas. Para um melhor esclarecimento, abaixo estes princípios são descritos de forma objetiva<sup>8,12,13</sup>:

- A abordagem impecável dos sintomas: em todas as fases da doença, nos pacientes que recebem tratamento com ênfase curativa, na última fase, onde os tratamentos curativos não são mais contemplados, o controle dos sintomas é o principal foco da prescrição médica, permitindo menos sofrimento físico e psíquico nesta fase final da vida.
- O plano de controle de sintomas não segue protocolo pré-definido: contudo, baseia-se nas necessidades específicas de cada paciente, neste viés, as múltiplas variáveis clínicas devem ser consideradas, a fim de que seja realizada uma abordagem impecável na avaliação para a postura adequada diante do sofrimento de cada paciente.
- O treinamento adequado da equipe para a abordagem de sintomas é fundamental:

a equipe precisa estar treinada para a identificação dos sintomas, a fim, também, de oferecer uma melhor alternativa de abordagem destes e, para monitorar de forma sistemática a resposta e presença dos efeitos colaterais da terapêutica ofertada.

- Todo paciente faz parte do trinômio paciente-família-equipe: neste sentido, em todas as fases a comunicação dos objetivos, riscos e limitações da terapêutica, é de fundamental importância a inserção dos familiares e aos membros da equipe assistente.
- O controle de sintomas é uma abordagem multidisciplinar baseado em medidas farmacológicas e não farmacológicas: É necessário o conhecimento profundo das medidas farmacológicas que proporcionam o alívio dos sintomas e que a equipe atue de forma coordenada na aplicação adequada das medidas não farmacológicas.

Portanto, pode-se afirmar que a enfermagem está intimamente ligada aos princípios filosóficos dos cuidados paliativos, apesar de não ser a única profissão que cuida, inegavelmente, ela é a que tem mais oportunidade de cuidar, incorporando essa função como objetivo essencial da sua prática<sup>14</sup>.

### Sintomas: Identificação, Avaliação e Controle

O controle de sintomas é de fundamental importância para a redução do sofrimento do paciente crítico e para a humanização do seu atendimento. São poucos os estudos nesta temática, contudo, pesquisas demonstraram que em 2008, em um subgrupo de pacientes críticos, portadores de neoplasias e atendidos por equipe de CP's os sintomas mais ocorrentes foram fadiga (95%), dor (84%), dispneia (82%), delírio (81%), ansiedade (65%), constipação (60%) e depressão (45%)<sup>12</sup>.

Outros estudos foram realizados, e ao final indicam que foram altas as cargas de sintomas apresentados pelos pacientes críticos e, por esta razão, é preciso que se faça uma melhor e mais precisa identificação e abordagem dos mesmos. A avaliação metódica e objetiva desses sintomas ocorreu a partir da utilização das escalas de identificação e graduação de sintomas, a Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS - escala que avalia a presença de nove sintomas: dor; cansaço; náusea; depressão; ansiedade; sonolência; alterações de apetite; dispneia e mal estar; assim como gradua a intensidade dos mesmos)<sup>13,15</sup>.

A fim de que seja promovido um melhor atendimento, ou seja, um atendimento qualitativo na fase de terminalidade, proporcionando assim, um conforto ao paciente é possível e indicado o uso desta escala de

controle de sintomas e de outras, que não trataremos neste estudo, mas que proporcionam a sistematização do cuidado de enfermagem, aumentando as oportunidades para que sejam identificadas de forma precoce a presença de sintomas e a melhora da abordagem destes sintomas.

De acordo com a definição da OMS, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou de mal-estar, portanto, o ser humano que sofre de dor ou outros sintomas não está sadio. Infelizmente, saúde e bem-estar nem sempre são uma escolha possível, já que muitas pessoas, por causa da velhice ou das doenças, sentem dor e sofrem muito no final da vida<sup>5</sup>.

Pode-se ainda acrescentar que a dor e o sofrimento são sintomas distintos principalmente quando se trata de pacientes terminais. O manejo da dor exige o uso de analgésicos, já o sofrimento é um processo abstrato que intervêm da identidade e subjetividade da pessoa, como seus valores socioculturais, psíquicos, físicos e religiosos. Ao negligenciar a distinção entre dor e sofrimento, os tratamentos se concentram somente nos sinais e sintomas das dores físicas como a única fonte de angústia e padecimento do paciente<sup>18,19,20</sup>. Porém, ao reduzir o sofrimento, estamos tratando o paciente de forma integral, protegendo-o não só da dor física, mas também de todos os outros aspectos, inclusive de sua angústia existencial.

Sobre o sofrimento do paciente crítico em estado terminal e a necessidade de CP's e controle da dor, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 19, de 03/01/2002, estabeleceu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, afim de que sejam revistas e atualizadas as metodologias quanto aos cuidados do paciente portador de doença crônico-degenerativa, ou em fase final de vida e bem como a seus familiares<sup>16</sup>.

### Uma visão dos Cuidados Paliativos na UTI

A ministração dos CP's no cotidiano das UTI's deve ser voltada pela integração de todos os componentes envolvidos neste viés da terminalidade do paciente, ou seja, da composição do trinômio – paciente/familiares/equipe da saúde. Esses cuidados incluem, “uma perspectiva multidisciplinar e dimensão institucional, voltada também para as equipes de saúde. Uma abordagem ampla permite a inclusão dessa prática no sistema de saúde e na sociedade”<sup>9</sup>.

Os referidos cuidados deverão ser ofertados em conjunto aos cuidados curativos/restaurativos, uma vez que, os mesmos não se tratam de excludentes para a prevenção e tratamento do sofrimento de pacientes e seus familiares<sup>9</sup>. Para esclarecimento deste posicionamento, os princípios fundamentais dos CP's

nas UTI's<sup>17</sup> destacam<sup>8</sup>.

“Aceitar a morte como um processo natural do fim da vida; Priorizar sempre o melhor interesse do paciente; Repudiar futilidades diagnóstica e terapêutica; Não encurtar a vida nem prolongar o processo da morte; Garantir a qualidade da vida e do morrer; Cuidar dos aspectos clínicos, psicossocioespirituais dos pacientes e familiares; Respeitar a autonomia do doente e representantes legais; Avaliar o custo-benefício a cada atitude médica assumida; Estimular a interdisciplinaridade como prática assistencial; Aliviar dor e outros sintomas associados”.

No dia a dia das UTI's com tantas urgências e ocorrências em suas 24hs ininterruptas de funcionamento, a ministração adequada dos CP's deve ser observada, com toda a atenção devida. Deve acontecer de forma integral e com total interatividade com todos os envolvidos neste processo, ou seja, como já dito acima – paciente/família/equipe de assistência. Esses cuidados compreendem, principalmente, a uma perspectiva multidisciplinar e dimensão institucional, voltada também para as equipes de saúde<sup>9</sup>.

Na direção da prestação de cuidados paliativos e seus familiares precisam ser seguidas áreas de atuação: “próprias do paciente, dos seus familiares e da equipe multiprofissional. No que concerne a área de atuação, destaca-se: respeitar a autonomia do indivíduo e o princípio da não-maleficência; privilegiar as decisões por consenso dentro da máxima certeza da irreversibilidade”<sup>8</sup>; adequar a comunicação entre profissional/paciente/familiar em todas as ações de prevenção e terapêutica, objetivando controlar melhor os sintomas e promover um maior conforto ao paciente<sup>9,17</sup>. “Dessa forma, a decisão da equipe deve ser antecedida pelo consentimento do paciente ou de seus representantes legais, com registro em prontuário”<sup>8</sup>.

Em caso da observância da não-maleficência o médico estará autorizado a suspender intervenções fúteis, que somente prolongam o morrer, sem trazer benefícios ao paciente<sup>15</sup>. O profissional, portanto, não poderá se furtar de tal responsabilidade; neste caso, todos, devem evitar confrontos e conflitos em detrimento dessa tomada de decisão. Com relação à boa comunicação e ao completo atendimento dos acompanhantes – responsáveis legais, familiares -, “do paciente em estado crítico terminal é importante que seja reconhecido como familiar todo aquele que demonstra um vínculo afetivo ao participar do momento final da vida do paciente”<sup>8</sup>.

Outro ponto em que se deve ter total atenção é quanto a garantia da privacidade no espaço físico e nas relações entre os que estão morrendo e seus familiares, respeitando e acatando, crenças, culturas e ideologias. E neste sentido, é importante que aos familiares seja estendido os cuidados paliativos da assistência mesmo após a morte do paciente<sup>9,18</sup>. Infelizmente, quanto a

este último quesito, pouco, ou quase raramente se tem observado a extensão dos cuidados paliativos aos familiares após a decorrência do óbito.

O que nos parece tão claro e, circunstancialmente, óbvio, neste quadro, é que, ainda que, em estado crítico terminal de um paciente interno nas Unidades de Terapia Intensiva, o bem estar advindo dos cuidados paliativos é o grande objetivo deste processo.

## Aspecto Ético-Legal

Muitos estudos foram e continuam sendo realizados no intuito de decidir por uma metodologia única no que se refere à mudança do enfoque terapêutico, de curativo para paliativo, inclusive, no próprio meio jurídico. Sobre este posicionamento a Constituição destaca a suspensão de esforço terapêutico reconhecendo a dignidade da pessoa humana como fundamento do estado<sup>9, 19, 20</sup>. “A omissão de tratamentos médicos, a pedido do doente não suicida, não constitui crime. O médico, desde que não pertença a equipe de transplante, pode participar da tomada de decisão de suspender esforço terapêutico (nutrição, hidratação, ventilação), considerado fútil”<sup>8:426</sup>.

Em seu 1º artigo, a Constituição Federal vigente expressa em seu parágrafo III, que: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III - a dignidade da pessoa humana”<sup>19</sup>. Sendo, portanto, garantidos a todos, sem quaisquer distinções, a manutenção de sua dignidade, neste caso, vale interpretar que, ao paciente terminal a garantia de um tratamento adequado até seu inevitável óbito.

Do mesmo modo, existe a expressa garantia no art. 196 da Constituição Federal de 1988, e no art. 241 da Constituição Estadual: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, cabendo a este programar políticas públicas que assegurem aos cidadãos o acesso às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Aos pacientes em condições extraordinárias, com perigo iminente de morte, são imperativos recursos também extraordinários, para preservar suas vidas”<sup>21-23</sup>.

Abordando ainda sobre o aspecto ético-legal, existe uma grande temeridade no que tange aos profissionais, “serem passíveis de processos civis ou criminais por omissão de socorro - caso registrem no Prontuário, decisões referentes às ordens de não ressuscitação, ou a retirada de procedimentos de suporte de vida”, em detrimento da não justificativa da adoção de medidas terapêuticas desproporcionais nos enfermos sem quaisquer perspectivas de restabelecimento clínico<sup>2</sup>.

Neste sentido, foi publicada em Diário Oficial da União (DOU), em 28/11/2006, a Resolução de nº 1.805,

que expressa a real permissão ao médico em limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade grave e incurável, desde que respeitada à vontade do paciente ou de seu representante legal<sup>10</sup>.

Neste contexto, para complementar o estudo, vale ressaltar a Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina que se opõe a distanásia e eutanásia, sendo favorável à ortotanásia, que é o ato de não abreviar ou prolongar a morte e sim fazer do processo de morrer natural sem dor e sofrimento, trazendo em seu contexto:

Art. 1º - É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

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 de alta hospitalar.

Complementando o pensamento, o Código de ética médica em seu artigo 41, parágrafo único destaca que nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal<sup>11,21</sup>.

Portanto, o conhecimento dos princípios da bioética é essencial para que os profissionais que atuam na UTI saibam ancorar suas ações diante da terminalidade. Os enfermeiros, bem como sua equipe, têm a possibilidade de permanecerem mais próximos ao paciente e sua família, podendo, dessa forma, identificar sinais verbais e não verbais de sofrimento, dispensando os cuidados adequados, com segurança, ética e responsabilidade, redundando no maior benefício possível em consequência de sua assistência<sup>14,25-27</sup>.

É fundamental nesse processo, como exigência ética, o respeito pela autonomia do paciente e seu direito de decidir sobre o tratamento, além do respeito à justiça e a beneficência que embasam a assistência ética da enfermagem e que são essenciais para alcançar o bem-estar integral da pessoa.

## Considerações Finais

Ao final deste trabalho, conclui-se que a UTI é o local onde se concentra os mais modernos recursos tecnológicos que têm como finalidade auxiliar no tratamento de pacientes com doenças agudas com terapêuticas e profissionais capacitados e disponíveis a ajudá-los. O objetivo do estudo foi trazer uma reflexão

sobre os CP's dentro da unidade de terapia intensiva, ressaltando os aspectos éticos dos dilemas enfrentando nesse cenário, a busca pela qualidade da vida e não, pelo prolongamento do morrer.

De acordo com as observações pontuadas através dos estudos acadêmicos, existe uma distribuição global dos benefícios no que tange à adoção da implementação do modelo paliativo nas UTI's, como já descrito no escopo deste estudo. Os enfermeiros, por estarem mais tempo com os pacientes, através de seus princípios holísticos, cooperam com a atenuação do sofrimento físico e psíquico de todos os pacientes internados em UTI's, bem como de seus respectivos familiares e/ou acompanhantes.

É certo que, o objetivo ao se preconizar a implantação dos protocolos de CP's nas UTI's é tão somente, assegurar e garantir que o paciente em estágio terminal tenha uma morte digna e que a família receba desta forma, toda a atenção e conforto possível, nesta hora de sofrimento ímpar. Neste entendimento, são valorizados e aplicados os princípios fundamentais, como – a preocupação com os aspectos clínicos, psicológicos, sociais e espirituais destes pacientes e seus familiares e, com o estímulo à interdisciplinaridade como prática assistencial. Além de repensar se este paciente deveria estar ou não dentro da UTI.

O desafio ético é considerar a questão da dignidade no adeus à vida, para além do contexto médico-hospitalar e para além da dimensão físico-biológica, existe muito o que fazer no sentido de levar a sociedade a compreender que o morrer com dignidade é uma decorrência do viver dignamente e não meramente sobrevivência.

Por esta e tantas outras razões nesta área, não somente os profissionais de enfermagem, mas todos os envolvidos no cuidado, devem sempre buscar o conhecimento sobre os cuidados paliativos, aliado ao desenvolvimento da habilidade de comunicação e ao reconhecimento dos recursos da família e da comunidade, o que irá permitir uma melhor atuação de forma satisfatória com os CP's, otimizando a assistência e oferecendo dignidade ao paciente enquanto houver vida a ser cuidada.

## Referências Bibliográficas

1. Vargas D, Braga AL. O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel. Acesso em: 18 maio 2017. Disponível em: <http://www.fafibe.edu.br/19042010093459-1.pdf>.
2. Lino MM, Silva SC. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. *Nursing*, 2001;(41,4, out): 25-29. Moritz RD, et al. Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: AMIB, Atheneu, 2012.
3. Freitas NO, Pereira MVG. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. *O Mundo da Saúde*, São Paulo - 2013; 37(4):450-457 Acesso em: 22 fev. 2017. Disponível em: <http://www.hmcp.puc-campinas.edu.br/cuidado-paliativo.3.pdf>.
4. Nilson C. Cuidado paliativo na UTI: O papel da Enfermagem na

Equipe Multidisciplinar, 2012. In: Moritz RD, et al. Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: AMIB, Atheneu, 2012.

5. OMS, Organização Mundial da Saúde. Cuidados paliativos. Acesso em: 22 fev. 2017. Disponível em: <http://www.oms.org>.

6. Barros NCB., et al. Cuidados Paliativos na UTI: Compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. Rev Enferm UFSM 2012 Set/Dez;2(3):630-640. Acesso em: 22 fev. 2017. Disponível em: <http://www.ufsm.br/cuidado-paliativo4.pdf>.

7. Bento JC. Assistência de enfermagem e cuidados paliativos em ortotanásia: uma reflexão teórica sobre a morte. Centro Universitário Herminio Ometto 2014. Acesso em: 22 fev. 2017. Disponível em: <http://www.cuho.br/cuidado-paliativo.4.pdf>.

8. Moritz RD, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2008; 20(4): 422-428. Acesso em: 22 fev. 2017. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/cuidado-paliativo.pdf>.

9. Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em UTI. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. São Paulo. 2012;(15,1):40-44.

10. Conselho Federal de Medicina: Resolução CFM nº 1805, de 09 de novembro de 2006 – Brasília, 2006. Acesso em 05 mai 2017. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm).

11. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Acesso em: 05 mai 2017. Disponível em: [http://http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo\\_etica.pdf](http://http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf).

12. Fonseca AC, Fonseca MJM. Cuidados Paliativos para idoso na unidade de terapia intensiva: realidade factível. Rev Bras Ter Intensiva. 2012; 24(2):197-206. Acesso em: 17 set. 2017. Disponível em: <http://www.revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php>.

13. Kretzer LP. Cuidados paliativos – Identificação e Controle dos Sintomas. In: Maciel M GS, et al. Critérios de qualidade para cuidados paliativos no Brasil. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

14. Caldeira VMH, et al. Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade. HSPE - FMO, São Paulo, SP, Rev Assoc Med Bras 2010; 56(5): 528-34. Acesso em: 05 mar 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>.

15. Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte. 1.ed. São Paulo: Martinari, 2013.

16. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Brasília. Acesso em: 10 jun 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019\\_03\\_01\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html).

17. Azevedo NSG. O papel do Enfermeiro no Controle dos Sintomas In: Moritz RD, et al. Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: AMIB, Atheneu, 2012.

18. Pessini, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. Acesso em: 15 set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/1983-8034-bioet-24-1-0054.pdf>.

19. Vade Mecum, Obra Coletiva. Constituição da República Federativa do Brasil. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

20. Policastro D. Erro Médico e suas Consequências Jurídicas. De acordo com o novo texto do Código de Ética Médica, em vigor a partir de 13.4.2010. 3. ed. Belo Horizonte: DelRey, 2010.

21. Rezende JM. O ato médico através da história. Acesso em: 10 mar. 2017. Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/atomedico.htm>.

22. Silva RS, Campos AER, Pereira A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(3):738-44. Acesso em: 22 fev. 2017. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/cuidando-do-paciente-no-processo-de-morte-na-Unidade-de-Terapia-Intensiva.pdf>.

23. Brasil, Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2011.

24. Torres RVSD, Batista KT. A ordem de não ressuscitar no Brasil, considerações éticas. Com. Ciências Saúde. 2008; 19(4): 343-351. Rede

Sarah de Hospitais de Reabilitação Associação das Pioneiras Sociais, Brasília-DF, Brasil. Acesso em: 22 fev. 2017. Disponível em: [http://www.rshaps.br/2008vol19\\_4art01aordemnao.pdf](http://www.rshaps.br/2008vol19_4art01aordemnao.pdf).

25. Façanha TRS, Maluf F. A presença do ensino da bioética na enfermagem. Revista Pró-UniversSUS. 2017 Jan./Jun.; 08 (1): 17-25.

26. Costa Filho RC, et al. Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Vol. 20, n. 01, jan./mar., pp. 88-92, 2008. Série: Terminalidade em UTI. Acesso em: 22 fev. 2017. Disponível em: <http://www.procardiaco.com.br/cuidados-paliativos.2.pdf>.

27. Ribeiro DC. A eterna busca da imortalidade humana: a terminalidade da vida e a autonomia. Bioética. São Paulo. 2006; (13,2): 112-20.