Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Dilemas éticos e tomada de decisão em cuidados paliativos

Ethical dilemmas and decision-making in palliative care

Dilemas éticos y toma de decisiones en cuidados paliativos

Nickolly Teixeira Moreira[1], Augusto César Moura Bertolin[2], Lucas Ribeiro Costa[2], Murilo Costa Mitsui[2], Flaviany Custódio Faria[2], Roseli de Fátima Tavares[2].

RESUMO

Objetivo: Identificar elementos que influenciam a tomada de decisão de profissionais de saúde diante dos cuidados paliativos e de fim de vida, bem como avaliar o perfil de autoconfiança dos profissionais para a prestação desse tipo de cuidado. **Métodos:** Pesquisa exploratória, descritiva, quantitativa, realizada em dois hospitais de um município na região de Campo das Vertentes, além de uma Clínica privada de Oncologia e um Núcleo Regional de Voluntários de Prevenção e Combate ao Câncer. Aplicado Questionário Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW). **Resultados:** Entrevistado 95 profissionais de saúde. A média de idade foi de 37,6±10,7 anos, 69,5% são do sexo feminino. A respeito de quem deve ser considerado para participar do debate sobre as decisões sobre recusar ou suspender o tratamento, os profissionais de saúde mais citados foram médicos (72,6%), Psicólogo (71,6%) e Enfermeiro (70,5%), e 88,4% afirmaram desejar morrer de maneira repentina no ambiente domiciliar. A avaliação da autoconfiança revelou que todas as questões foram respondidas com maior frequência por correto, o que variou entre 53,7% e 75,8%. **Conclusão:** Os cuidados paliativos requerem uma proximidade emocional constante e sua filosofia preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções de obstinação terapêutica, respeitando questões bioéticas.

Palavras-chave: Tomada de decisão compartilhada, Dilemas éticos, Cuidados paliativos na terminalidade da vida, Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Objective: To identify elements that influence the decision-making of healthcare professionals regarding palliative and end-of-life care, as well as to assess the self-confidence profile of these professionals in providing this type of care. **Methods:** Exploratory, descriptive, quantitative research conducted in two hospitals in a municipality in the Campo das Vertentes region, as well as a private oncology clinic and a regional center of volunteers for cancer prevention and control. The Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW) questionnaire was administered. **Results:** 95 healthcare professionals were interviewed. The mean age was 37.6 ± 10.7 years, and 69.5% were female. Regarding who should be considered to participate in the debate on decisions to refuse or discontinue treatment, the most frequently cited healthcare professionals were physicians (72.6%), psychologists (71.6%), and nurses (70.5%), with 88.4% stating they wished to die suddenly at home. The self-confidence assessment revealed that all questions were answered correctly most frequently, ranging from 53.7% to 75.8%. **Conclusion:** Palliative care requires constant emotional closeness, and its philosophy advocates avoiding any therapeutic obstinacy interventions, respecting bioethical concerns.

Keywords: Shared decision-making, Ethical dilemmas, Palliative care at the end of life, Palliative care.

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOBE), Barbacena - MG.

SUBMETIDO EM: 10/2025 | ACEITO EM: 11/2025 | PUBLICADO EM: 1/2026

RESUMEN

Objetivo: Identificar los elementos que influyen en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios en materia de cuidados paliativos y al final de la vida, así como evaluar el perfil de autoconfianza de estos profesionales en la prestación de este tipo de cuidados. **Métodos:** Investigación exploratoria, descriptiva y cuantitativa realizada en dos hospitales de un municipio de la región de Campo das Vertentes, así como en una clínica oncológica privada y un centro regional de voluntarios para la prevención y el control del cáncer. Se administró el cuestionario Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW). **Resultados:** Se entrevistó a 95 profesionales sanitarios. La edad media fue de 37,6 ± 10,7 años y el 69,5% eran mujeres. Con respecto a quiénes deberían ser considerados para participar en el debate sobre las decisiones de rechazar o interrumpir el tratamiento, los profesionales sanitarios citados con mayor frecuencia fueron los médicos (72,6%), los psicólogos (71,6%) y los enfermeros (70,5%), y el 88,4% afirmó desear morir repentinamente en casa. La evaluación de autoconfianza reveló que todas las preguntas se respondieron correctamente con mayor frecuencia, con un rango de entre el 53,7 % y el 75,8 %. **Conclusión:** Los cuidados paliativos requieren una cercanía emocional constante, y su filosofía aboga por evitar cualquier intervención que implique obstinación terapéutica, respetando las consideraciones bioéticas.

Palabras clave: Toma de decisiones compartida, Dilemas éticos, Cuidados paliativos al final de la vida, Cuidados paliativos.

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos na assistência à saúde têm aumentado consideravelmente e consequentemente a capacidade da ciência de prolongar a vida, substituindo funções vitais do paciente por tecnologia. Esse avanço acrescentou valor à prática médica, porém alterou a maneira como a doença e a morte são entendidas (ALVAREZ CB, 2015; GÓMEZ-SANCHO M, et al., 2015). Atualmente é difícil reconhecer e aceitar a finitude, inclusive para profissionais da saúde, que muitas vezes recorrem a medidas desproporcionais para evitar o fim da vida, prolongando o sofrimento. Trata-se da obstinação terapêutica, caracterizada pela adoção de práticas não recomendadas no lugar de ações paliativas (GÓMEZ-SANCHO M, et al., 2015).

A obstinação terapêutica, conhecida também como distanásia, pode ser uma reação frente ao sofrimento gerado pela morte iminente, à frustração de quem foi treinado e moldado para sempre lutar pela vida (MORITZ RD, 2002), ao déficit de conhecimento da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos e à insegurança diante de conflitos éticos (SILVA CF, et al., 2013). Assim como tem aumentado a quantidade de pacientes com doenças crônicas e limitantes internados, a maior comunicação de informações sobre assistência paliativa também é evidente.

No entanto, a maioria dos pacientes continuam a receber assistência inadequada, focada apenas na tentativa de curar. A Organização Mundial de Saúde (OMS) concluiu que apenas 14% daqueles que têm indicação de tratamento paliativo o recebem (KELLEY AS e MORRISON RS, 2015). Esse tipo de assistência visa preencher a lacuna entre conhecimento científico e humanístico, buscando resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de morrer como se deseja (CARVALHO RT, et al., 2012).

A equipe multidisciplinar deve reavaliar constantemente a condição clínica do paciente, reformulando os objetivos do tratamento e considerando a assistência paliativa, principalmente quando há limitações da terapêutica modificadora da doença. Quando a doença se encontra em fase avançada, com sinais de que a morte está próxima, define-se essa fase como a de cuidados de fim de vida. Nesses casos, a postergação da morte com recursos tecnológicos geraria elevados prejuízos psicológicos, sociais e financeiros para todas as partes envolvidas (paciente, família, profissionais de saúde e rede hospitalar) (OLIVEIRA ABF, et al., 2010; COELHO CBT e YANKASKAS JR, 2017).

No tratamento paliativo, a interdisciplinaridade é extremamente necessária. O plano de cuidados e o planejamento terapêutico devem envolver toda a equipe, buscando sempre melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares (SANTOS FS, 2011; VIANNA MLGS e SILVA DSN, 2016). Além da competência

científica, a formação dos profissionais deve englobar a bioética e as humanidades. Para promover o acolhimento e o cuidado, a atualização frequente é sempre muito necessária (BERTINATO CB e WRZESINSKI JT, 2016).

A Resolução 1.805/2006 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006) do Conselho Federal de Medicina (CFM) respalda a suspensão de tratamentos fúteis para enfermo com doença incurável, se aceita por ele ou representante legal. As diretivas antecipadas de vontade (DAV), previstas pela Resolução CFM 1.995/2012 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012), são um recurso que orienta o médico a respeitar o arbítrio da pessoa.

Elas possibilitam que o paciente faça suas próprias escolhas em tratamentos futuros, aceitando ou recusando procedimentos antecipadamente, em caso de incapacidade de comunicar ou expressar sua vontade (COELHO CBT e YANKASKAS JR, 2017). A resolução estabelece que ninguém, mesmo em situação de ameaça à vida, pode ser forçado a tratamento clínico ou cirúrgico (DADALTO L, et al., 2013), com base na premissa de que, como a vida, a morte digna também é um direito (PAIVA FCL, et al., 2014).

A oferta de muitos aparelhos tecnológicos disponíveis faz com que a equipe multiprofissional se sinta na obrigação de oferecer todas as opções terapêuticas possíveis, não importando se o prognóstico da doença é limitado. Assim, na grande maioria das vezes, os profissionais acabam mantendo vivo o paciente, seriamente enfermo, adiando o momento da morte até limites antes impensáveis (SIQUEIRA JE, et al., 2014). Sabe-se que, para esses pacientes, o objetivo mais adequado seria proporcionar condições para uma morte sem dor e sofrimento, com um cuidado compassivo que se estendesse aos familiares do enfermo (SIQUEIRA JE, et al., 2016).

São inúmeros os questionamentos sobre o que é tecnicamente possível e eticamente correto, e sobre até quando se deve prosseguir no tratamento sem ferir a dignidade humana. Devem existir limites para a terapêutica plena, pois há um momento em que não convém continuar o tratamento que objetiva a cura. Deve-se respeitar a autonomia do indivíduo e os princípios de beneficência e não maleficência (DADALTO L e AFFONSECA CA, 2018; SILVA FS, et al., 2009).

Um dos métodos utilizados pela bioética clínica é a prática deliberativa, que pensa soluções para determinada situação a partir da escuta e análise cuidadosa dos principais fatores/valores envolvidos (GRACIA D, 2010). Portanto o presente estudo tem como objetivo principal identificar elementos que influenciam a tomada de decisão de profissionais de saúde perante pacientes em Cuidados Paliativos e em cuidados de fim de vida, buscando soluções que respeitem a autonomia da pessoa, garantindo sua qualidade de vida e o direito à morte digna. Dentre os objetivos específicos, identificar a existência de práticas de Cuidados Paliativos desenvolvidas e avaliar o perfil de autoconfiança dos profissionais para a prestação dos Cuidados Paliativos.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, que foi realizada em dois hospitais de um município na região de Campo das Vertentes, além de uma Clínica privada de Oncologia e um Núcleo Regional de Voluntários de Prevenção e Combate ao Câncer. Vale salientar que um dos hospitais na qual foi coletado os dados é referenciado para atendimentos de pacientes oncológicos, que atende a pacientes clínicos, com ênfase em oncologia e cardiologia, e também pacientes cirúrgicos.

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde de equipe multiprofissional diretamente envolvidos em cuidados paliativos e no cuidado de pacientes terminais, formados por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, entre outros.

Foram incluídos no estudo profissionais de equipe multidisciplinar destes locais citados anteriormente. Foram excluídos aqueles profissionais que recusaram a participar da pesquisa e não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento utilizado foi a versão portuguesa do questionário Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW). Contém 23 questões que analisam diversos aspectos desde o conhecimento geral, dor, controle de sintomas, atitudes sobre a morte e o morrer, bem como uma avaliação de autoconfiança na prestação dos CP coletadas através de 15 questões. As 23 questões não apresentam uma divisão por área temática/domínio.

Com a intenção de facilitar o entendimento e considerando o domínio dos diversos aspectos pesquisados, as questões foram agrupadas considerando-se QCG para Conhecimento Geral; QD para Dor; QCS para Controle de Sintomas; QASM para Atitude sobre morrer e CP para cuidados paliativos. As possíveis respostas em todas as áreas com exceção da autoconfiança incluem “correto”, “bastante correto”, “pouco correto” ou “incorreto”.

Considera-se “certo ou sim” as respostas “correto”, “bastante correto” e, “errado ou não” as respostas “pouco correto” ou “incorreto”. A sua validade e confiabilidade já foram confirmadas, com valores de alfa de Cronbach de 0,71 para os itens sobre conhecimento e de 0,86 para os de avaliação da autoconfiança. A proposta do presente projeto mostrou-se de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, das diretrizes e das normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOBE) com o número de parecer: 7.022.013. CAAE: 82432824.3.0000.8307.

Os dados foram organizados em gráficos e tabelas descritivas para melhor visualização dos mesmos. Os dados coletados foram organizados em planilhas de Excel e importadas para as análises no software SPSS v. 22. A análise descritiva ocorreu por meio de média e desvio padrão ou frequência absoluta e relativa. A caracterização da amostra foi baseada em informações a respeito do sexo, idade, profissão, estado civil, anos de estudo, tipo de pós-graduação, tempo de término da graduação, tempo de atuação na área de UTI, presença de cuidados paliativos na UTI e tipos de cuidados paliativos prestados. Os resultados dos questionários utilizados foram apresentados de acordo com as respostas para as questões.

Para o cálculo estatístico, foi utilizado o software SPSS v. 22, foram considerados significativos os diferenciais cujo valor $p < 0,05$. A homogeneidade das variáveis idade, anos de estudo, tempo de término da graduação e tempo de atuação na área de cuidados paliativos entre os profissionais foi calculada pelo teste de diferença de médias (teste de t-student). Para se avaliar possíveis diferenças nas proporções de acertos e erros para as dimensões de "Dor", "Controle de sintoma", "Conhecimento geral" e "Atitude sobre o morrer" entre profissionais foi empregado o teste do Qui-quadrado. Descritivamente, foi exposta por meio de tabela a porcentagem de respostas por profissionais relacionadas à sessão da Autoconfiança.

RESULTADOS

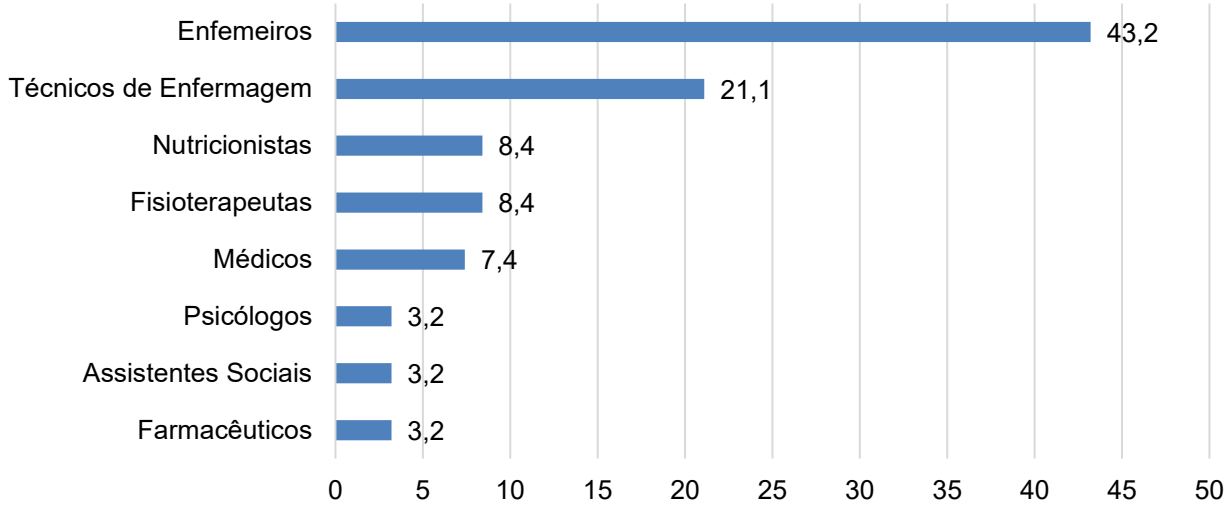
Foram incluídos neste estudo 95 profissionais. Na **Tabela 1** são apresentadas as características da amostra, sendo a média de idade de 37,6±10,7 anos, 69,5% são do sexo feminino. Na **Figura 1**, verifica-se que 50,5 % trabalham na Santa Casa de Misericórdia de Barbacena. De acordo com a **Figura 2**, os profissionais da amostra são principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo, respectivamente, 43,2% e 21,1%.

Tabela 1 - Características da amostra (n=95).

Variáveis	Valores	Não respondido
Idade (anos)	37,6±10,7	9 (9,5)
Sexo feminino, n (%)	66 (69,5)	7 (7,4)
Tempo de atividade (anos)	12,1±9,8	1 (1,1)
Estado civil / n (%)		11 (11,6)
Casado	49 (51,6)	-
Solteiro	33 (34,7)	
Divorciado	2 (2,2)	

Nota: Valores expressos em média desvio padrão ou número de profissionais (porcentagem).
Fonte: Moreira NT, et al., 2026.

Figura 1 - Profissões que participaram da amostra (n=95). Valores expressos em número de profissionais (porcentagem). Não responderam = 2.



Fonte: Moreira NT, et al., 2026.

As respostas para o Questionário Adaptado de Moritz estão apresentadas nas (**Tabelas 2 e 3**). As respostas mais frequentes para as questões "No ambiente hospitalar, você já participou da discussão sobre as decisões sobre recusar ou suspender o tratamento? ", "Você já conversou em casa com seus familiares, principalmente os mais idosos, sobre a morte e sobre decisões diante do morrer? " e "Se você tivesse 85 anos, apresentando boa saúde, compatível com a idade, e subitamente tivesse uma parada cardiorrespiratória, gostaria de ser ressuscitado? " foi concordo totalmente, com, respectivamente, 40,0%, 52,6% e 48,4%.

A respeito de quem deve ser considerado para participar do debate sobre as decisões sobre recusar ou suspender o tratamento, os profissionais de saúde mais citados foram médicos (72,6%), Psicólogo (71,6%) e Enfermeiro (70,5%). E 88,4% afirmaram desejar morrer de maneira repentina no ambiente domiciliar.

Tabela 2 - Respostas para o Questionário Adaptado de Moritz (n=95).

Questões	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não respondido
No ambiente hospitalar, você já participou da discussão sobre as decisões sobre recusar ou suspender o tratamento?	10 (10,5)	11 (11,6)	3 (3,2)	18 (18,9)	38 (40,0)	15 (15,8)
Você já conversou em casa com seus familiares, principalmente os mais idosos, sobre a morte e sobre decisões diante do morrer?	15 (15,8)	7 (7,4)	3 (3,2)	13 (13,7)	50 (52,6)	7 (7,4)
Caso você tivesse uma doença grave e incurável e apresentasse uma	32 (33,7)	13 (1,7)	8 (8,4)	7 (7,4)	29 (30,5)	6 (6,3)

Questões	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não respondido
parada cardiorrespiratória, desejaria ser ressuscitado?						
Se você tivesse 85 anos, apresentando boa saúde, compatível com a idade, e subitamente tivesse uma parada cardiorrespiratória, gostaria de ser ressuscitado?	10 (10,5)	3 (3,2)	19 (20,0)	11 (11,6)	46 (48,4)	6 (6,3)
Caso um familiar seu, diante da idade avançada ou diante de uma doença grave, mostrasse o desejo de não ser ressuscitado e nessas circunstâncias sofresse uma parada cardiorrespiratória, você indicaria a reanimação cardiorrespiratória (RCR)?	32 (33,7)	2 (2,1)	12 (12,6)	21 (22,1)	21 (22,1)	7 (7,4)

Nota: Valores expressos em número de profissionais (porcentagem). **Fonte:** Moreira NT, et al., 2026.

Tabela 3- Respostas para o Questionário Adaptado de Moritz (n=95).

Decisões sobre recusar ou suspender o tratamento	
Quem você considera que deveria participar desse debate?	
Médico	69 (72,6)
Psicólogo	68 (71,6)
Enfermeiro	67 (70,5)
Assistente Social	47 (49,5)
Familiares	46 (48,4)
Paciente	35 (36,8)
Técnicos de enfermagem	24 (25,3)
Religiosos	16 (16,8)
Não respondido	25 (26,3)
No ambiente domiciliar	
Como você desejaria morrer?	
Repentinamente	84 (88,4)
Após doença consumptiva	2 (2,1)
Outras	2 (2,1)
Não respondido	7 (7,4)

Nota: Valores expressos em número de profissionais (porcentagem). **Fonte:** Moreira NT, et al., 2026.

As respostas do Bonn Palliative Care Knowledge Test estão nas (**Tabela 4** e **5**). Ao analisar os domínios, observa-se que cinco das oito questões do QCG (8, 10, 13, 15 e 22) apresentaram maiores frequências da

resposta correto. Para QD apenas duas das sete questões (4 e 5) foram respondidas mais frequentemente por correto. Todas as questões do QCS tiveram maiores valores de resposta para correto e o mesmo aconteceu para as seis questões do QASM, exceto para uma delas (8). A Avaliação da Autoconfiança revelou que todas as questões foram respondidas com maior frequência por correto, o que variou entre 53,7% e 75,8%.

Tabela 4 - Respostas do Bonn Palliative Care Knowledge Test para Conhecimento Geral, Dor, Controle de Sintomas e Atitude Sobre Morrer Cuidados Paliativos (n=95).

QCG	Correto	Razoavelmente Correto	Pouco Correto	Incorreto	Não respondido
1	26 (26,4)	15 (15,8)	4 (4,3)	47 (49,5)	3 (3,2)
8	61 (64,2)	19 (20,0)	3 (3,2)	10 (10,5)	2 (2,1)
10	33 (34,7)	28 (29,5)	7 (7,4)	25 (26,3)	2 (2,1)
13	59 (62,1)	23 (24,3)	7 (7,4)	4 (4,2)	2 (2,1)
15	69 (72,6)	20 (21,0)	3 (3,2)	1 (1,1)	2 (2,1)
17	24 (25,3)	32 (33,8)	12 (12,7)	25 (26,4)	2 (2,1)
21	21 (22,1)	19 (20,0)	9 (9,5)	41 (43,2)	5 (5,4)
22	38 (40,0)	23 (24,3)	9 (9,5)	23 (24,2)	2 (2,1)
QD	**Correto**	**Razoavelmente Correto**	**Pouco Correto**	**Incorreto**	**Não respondido**
2	22 (23,2)	15 (15,8)	14 (14,7)	27 (28,5)	17 (17,9)
4	59 (62,1)	31 (32,6)	2 (2,1)	0 (0)	3 (3,2)
5	71 (74,7)	19 (20,0)	2 (2,1)	1 (1,1)	2 (2,1)
9	21 (22,1)	11 (11,6)	22 (23,2)	38 (40,0)	3 (3,2)
11	29 (30,5)	18 (19,0)	9 (9,5)	37 (38,9)	2 (2,1)
19	15 (15,8)	21 (22,1)	11 (11,6)	46 (48,4)	2 (2,1)
20	17 (17,9)	21 (22,1)	7 (7,4)	48 (50,5)	2 (2,1)
QCS	**Correto**	**Razoavelmente Correto**	**Pouco Correto**	**Incorreto**	**Não respondido**
3	40 (42,1)	25 (26,4)	5 (5,3)	23 (24,2)	2 (2,1)
7	37 (38,9)	31 (32,6)	4 (4,3)	20 (21,1)	3 (3,2)
QASM	**Correto**	**Razoavelmente Correto**	**Pouco Correto**	**Incorreto**	**Não respondido**
6	61 (64,2)	31 (32,6)	1 (1,1)	0 (0)	2 (2,1)
12	53 (55,8)	29 (30,6)	7 (7,4)	4 (4,2)	2 (2,1)
14	31 (32,6)	25 (26,5)	17 (17,9)	20 (21,0)	2 (2,1)
16	41 (43,2)	31 (32,7)	9 (9,5)	12 (12,6)	2 (2,1)
18	18 (18,9)	14 (14,7)	9 (9,5)	52 (54,8)	2 (2,1)
23	46 (48,4)	21 (22,2)	13 (13,7)	13 (13,7)	2 (2,1)
CP					

Nota: Valores expressos em número de profissionais (porcentagem) QCG para Conhecimento Geral; QD para Dor; QCS para Controle de Sintomas; QASM para Atitude sobre morrer e CP para cuidados paliativos. **Fonte:** Moreira NT, et al., 2026.

Tabela 5 - Respostas do Bonn Palliative Care Knowledge Test para Avaliação da Autoconfiança (n=95).

Questão	Correto	Razoavelmente Correto	Pouco Correto	Incorreto	Não respondido
1	56 (58,9)	26 (27,4)	7 (7,4)	4 (4,2)	2 (2,1)
2	60 (63,2)	26 (27,4)	5 (5,3)	2 (2,1)	2 (2,1)
3	72 (75,8)	15 (15,8)	5 (5,3)	1 (1,1)	2 (2,1)
4	53 (55,8)	26 (27,4)	12 (12,7)	2 (2,1)	2 (2,1)
5	57 (60,0)	28 (29,5)	8 (8,5)	0 (0.0)	2 (2,1)
6	61 (64,2)	23 (24,2)	7 (7,4)	2 (2,1)	2 (2,1)
7	68 (71,6)	22 (23,2)	3 (3,2)	0 (0,0)	2 (2,1)
8	64 (67,3)	23 (24,3)	6 (6,4)	0 (0,0)	2 (2,1)
9	57 (60,0)	23 (24,3)	11 (11,6)	2 (2,1)	2 (2,1)
10	51 (53,7)	27 (28,5)	5 (5,3)	10 (10,5)	2 (2,1)
11	68 (71,6)	18 (19,0)	7 (7,4)	0 (0,0)	2 (2,1)
12	54 (56,9)	31 (32,6)	7 (7,4)	1 (1,1)	2 (2,1)
13	58 (61,1)	27 (28,5)	4 (4,3)	4 (4,2)	2 (2,1)
14	59 (62,1)	22 (23,2)	11 (11,6)	1 (1,1)	2 (2,1)
15	68 (71,6)	21 (22,1)	3 (3,2)	0 (0,0)	3 (3,2)

Nota: Valores expressos em número de profissionais (porcentagem). **Fonte:** Moreira NT, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Mesmo com os avanços técnicos-científicos da medicina que permitiram o prolongamento da vida, algumas situações não são benéficas ao paciente, como a distanásia, que consiste no prolongamento da vida através de intervenções agressivas, e que não oferecem medidas de conforto, proporcionando uma morte lenta e dolorosa (SILVA LA, 2021). A equipe multidisciplinar nesta área é de extrema importância, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, dentistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e orientador espiritual de acordo com a religião de cada paciente (BORBA JCQ, et al., 2020).

A respostas mais frequentes encontradas nesta pesquisa para as questões “No ambiente hospitalar, você já participou da discussão sobre as decisões sobre recusar ou suspender o tratamento? ”, “Você já conversou em casa com seus familiares, principalmente os mais idosos, sobre a morte e sobre decisões diante do morrer? ” e “Se você tivesse 85 anos, apresentando boa saúde, compatível com a idade, e subitamente tivesse uma parada cardiorrespiratória, gostaria de ser ressuscitado? ” foi concordo totalmente, com, respectivamente, 40,0%, 52,6% e 48,4%.

Os pacientes sentem a necessidade da impessoalidade do profissional, ou seja, sentem a necessidade de serem observados além dos critérios técnicos, optando assim por uma assistência prestada aos olhos de um cuidado integral e humanizado. Apesar disso, existe um conflito entre a tomada de decisão do profissional e a criação de vínculo emocional à rotina do paciente paliativo. Há uma clara dificuldade em tomar-se decisões pautadas única e exclusivamente na técnica quando o paciente estabelece uma relação afetiva, amigável, e constante com o profissional, fatores estes que ao mesmo tempo que corroboram para a assistência, afetam diretamente a saúde emocional da equipe (BORBA JCQ, et al., 2020).

A respeito de quem deve ser considerado para participar do debate sobre as decisões sobre recusar ou suspender o tratamento, os profissionais de saúde mais citados foram médicos (72,6%), Psicólogo (71,6%) e Enfermeiro (70,5%). E 88,4% afirmaram desejar morrer de maneira repentina no ambiente domiciliar. Sendo assim, a ausência de comunicação entre pares e a diminuição da autonomia dos indivíduos, contribui para o adiamento desmedido da morte, o que aumenta o sofrimento dos pacientes e seus familiares. Além disso, o mesmo progresso tecnológico que viabiliza a vida, acarreta questões éticas entre profissionais de saúde e gera desigualdade de poder e de conhecimento, desequilibrando as relações no trabalho em equipe, o que afeta diretamente no bem-estar dos pacientes em terminalidade (LIMA MA e MANCHOLA-CASTILLOC, 2021).

É comum o uso de terapias de longa duração, invasivas, com a intenção de prolongar a vida do paciente, atos estes que são de alta violação do protocolo de cuidados paliativos, pois neste, não existe a parametrização de intervenção no prognostico de vida, afinal ações diagnósticas e terapêuticas inúteis ou obstinadas não devem ser realizadas, as diretrizes de cuidados paliativos levam sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (PEREIRA RS, et al., 2024). Existe um déficit de conhecimento na formação acadêmica. Em sua maioria, os profissionais apresentam dificuldades para compreender a real filosofia da assistência em cuidados paliativos, estando muitas vezes relacionado ao déficit na formação acadêmica ainda na graduação (SILVA HÁ, et al., 2018).

As percepções são variadas quanto a tal modelo de assistência, o que produz uma diversidade de compreensões, mostrando o conhecimento parcial em cuidados paliativos por parte dos profissionais, o que expressa a carência de aprofundamento em relação a temática, pois o desconhecimento superficial pode provocar incertezas quanto ao momento de iniciar ou mesmo de aceitar essa prática (SILVA JUNIOR AR, et al., 2019). Ao analisar os domínios das respostas do Bonn Palliative Care Knowledge Test, observa-se que cinco das oito questões do QCG (8, 10, 13, 15 e 22) apresentaram maiores frequências da resposta correto.

Para QD apenas duas das sete questões (4 e 5) foram respondidas mais frequentemente por correto. Todas as questões do QCS tiveram maiores valores de resposta para correto e o mesmo aconteceu para as seis questões do QASM, exceto para uma delas (8). A Avaliação da Autoconfiança revelou que todas as questões foram respondidas com maior frequência por correto, o que variou entre 53,7% e 75,8%. Evidenciou-

se no presente estudo, que as principais influências éticas na tomada de decisão estão relacionadas ao fato da temática da finitude não ser encarada com bons olhos pela maioria dos profissionais da saúde, gerando desentendimento e desgaste entre a equipe, além da falta de conhecimento da equipe multidisciplinar frente aos cuidados paliativos ocasionando a prestação inadequada dos serviços.

A equipe lida com o imperativo ético de salvar vidas, em conflito com o imperativo ético de prover conforto e alívio dos sintomas, trazendo o sentimento de impotência diante da limitação de cura e favorecendo a criação de laços entre o profissional e o paciente/família. A implementação dos cuidados paliativos dentro da unidade hospitalar vem crescendo rapidamente, no entanto, existem melhorias a serem desenvolvidas. Profissionais capacitados podem ofertar consultoria e apoio aos colegas, devendo orientá-los a valorizar as virtudes individuais, respeitar a autonomia e acolher os desejos de cada paciente sem posição tecnicista.

Os dilemas éticos em Cuidados Paliativos na tomada de decisão compartilhada e limitação de tratamento envolvem conflitos como autonomia versus beneficência, a comunicação sobre prognóstico, e a decisão de limitar ou não tratamentos agressivos. A tomada de decisão compartilhada busca respeitar a autonomia do paciente através de comunicação honesta, considerando a vontade do paciente mesmo diante de conflitos com a equipe e familiares. Já a limitação de tratamento foca em um cuidado focado na qualidade de vida quando a cura não é mais possível, evitando tratamentos fúteis e aliviando o sofrimento, o que também inclui sedação paliativa e a suspensão de tratamentos como a hidratação e nutrição artificiais prática (SILVA JUNIOR AR, et al., 2019).

Os dilemas éticos carregam consigo duas ou mais opções terapêuticas ou direcionamentos adequados a determinada situação, permeando a prática dos profissionais da saúde, a qual é suscetível à indagação moral ou social. A temática dos dilemas traz diversas preocupações, motivando a coletividade científica a estudá-la incessantemente nos eixos legal e ético. O dilema ético está permeado pela cultura, filosofia e pelos valores que [as] baseiam. A pluralidade dos diferentes contextos culturais de uma sociedade que são constituídas de indivíduos que hierarquizam seus valores de maneira singular baseados pela autonomia permite constantes indagações sobre as questões que envolvem a vida e, principalmente, sua terminalidade.

Nos domínios das respostas do Bonn Palliative Care Knowledge Test, para QD apenas duas das sete questões (4 e 5) foram respondidas mais frequentemente por correto. Todas as questões do QCS tiveram maiores valores de resposta para correto e o mesmo aconteceu para as seis questões do QASM, exceto para uma delas (8). A assistência nos cuidados paliativos precisa ser integral, abrangendo diversos segmentos, entre eles o físico, espiritual, psicológico e social, envolvendo olhar cuidadoso e equipe multidisciplinar 8.

O enfoque multiprofissional permite à equipe trocar conhecimentos e facilita o entendimento das fragilidades e condições do enfermo sem possibilidade de cura 9,10. Esse enfoque tem grande importância para os cuidados paliativos porque demonstra o quão fundamental é cada profissão, que individualmente não consegue abarcar todas as nuances do atendimento a esses pacientes, destacando o papel da coletividade para a adequada assistência.

CONCLUSÃO

Para uma tomada de decisão mais segura a equipe deve ser composta por profissionais devidamente capacitados, no quesito técnico e principalmente na dimensão biopsicos socioespiritual. Os Cuidados Paliativos requerem uma proximidade emocional constante e sua filosofia preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções de obstinação terapêutica, respeitando questões bioéticas. Todas as decisões devem ser determinadas coletivamente pela equipe multidisciplinar, para que a assistência seja baseada nos preceitos éticos e legais, seguindo as Diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde, em consenso com as vontades do próprio paciente. Por fim, vale ressaltar que os cuidados paliativos são únicos e individuais para cada paciente, e para tornar o percurso o mais seguro possível, é fundamental a transparência entre profissional-paciente, com participação ativa do doente no plano de cuidado e controle da doença.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos profissionais da saúde que aceitaram participar desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. ALVAREZ CB. Limitation of therapeutic effort: when less is more. Colomb Med (Cali) [Internet]. 2015; 46(1): 1-2.
2. GÓMEZ-SANCHO M, et al. Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones. Gac Méd Bilbao [Internet]. 2015; 112(4): 216-8.
3. MORITZ RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte [tese] [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.
4. SILVA CF, et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2013; 18(9): 2597-604.
5. KELLEY AS e MORRISO RS. Palliative care for the seriously ill. N Engl J Med [Internet]. 2015; 373(8): 747-55.
6. CARVALHO RT, et al. Manual de cuidados paliativos ANCP. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012; 2.
7. OLIVEIRA ABF, et al. Factors associated with increased mortality and prolonged length of stay in an adult intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2010: 22(3): 250-6.
8. COELHO CBT e YANKASKAS JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2017; 29(2): 222-30.
9. SANTOS FS. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011.
10. VIANNA MLGS e SILVA DSN. Existem cuidados paliativos sem interdisciplinaridade? In: Corradi-Perini C, Esperandio MRG, Souza W, organizadores. Bioética e cuidados paliativos. Curitiba: Prismas, 2016; 65-80.
11. BERTINATO CB e WRZESINSKI JT. Interface dos princípios dos cuidados paliativos com os fundamentos da bioética clínica. In: Corradi-Perini C, Esperandio MRG, Souza W, organizadores. Bioética e cuidados paliativos. Curitiba: Prismas, 2016; 41-61.
12. CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 227, p. 169, 28 nov 2006. Seção 1.
13. CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 170, p. 269-70, 31 ago 2012. Seção 1.
14. DADALTO L, et al. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2013; 21(3): 463-76.
15. PAIVA FCL, et al. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2014; 22(3): 550-60.
16. SIQUEIRA JE, et al. Olhar bioético sobre a terminalidade da vida e os cuidados paliativos. In: Porto D, et al., organizadores. Bioética: saúde, pesquisa, educação. Brasília: CFM; 2014; 245-63.
17. DADALTO L e AFFONSECA CA. Medical, ethical and legal considerations regarding end-of-life decisions in pediatric patients. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2018; 26(1): 12-21.
18. SILVA FS, et al. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2009; 21(2): 148-54.
19. GRACIA D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Loyola, 2010.
20. SILVA LA, et al. Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana. Rev. bioét. (Impr.). 2021; 29 (4): 798-805.
21. BORBA JCQ, et al. Pacientes sob cuidados paliativos em fase final de vida: vivência de uma equipe multiprofissional. Rev Fun Care Online, 2020; 12: 1227-1232.
22. LIMA MA e MANCHOLA-CASTILLO C. Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer”. Rev. bioét. (Impr.), 2021; 29(2): 268-78.
23. PEREIRA RS, et al. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos em unidades de internação clínica. Enferm Foco, 2021; 12(3): 429-35.
24. SILVA HA, et al. Intervenção em cuidados paliativos: conhecimentos e percepção dos enfermeiros. Rev. enferm. UFPE online, 2018.
25. SILVA JUNIOR AR, et al. Conforto nos momentos finais da vida: a percepção da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2019; 27: 45135.