

A bioética e a fisioterapia nas Unidades de Terapia Intensiva*

The bioethics and the physiotherapy in the Intensive Therapy Units

Lais Záu Serpa de Araújo¹
Waldemar Antônio das Neves Júnior²

* Este trabalho foi realizado com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas - FAPEAL. Foi apresentado como Tema Livre nos seguintes eventos: VII Encontro Nordestino de Estudantes de Fisioterapia, Fortaleza, CE, 23-27 jul. 2001; II Jornada de Fisioterapia da UNCISAL e I Jornada Alagoana de Fisioterapia Respiratória, Maceió, AL, 12-16 set. 2001; XV Congresso Brasileiro de Fisioterapia, I Congresso Brasileiro do século XXI e do VIII Congresso Paulista de Fisioterapia, São Paulo, SP, 10-14 out. 2001.

¹ Professora Assistente da Disciplina de Bioética da Fundação Universitária Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL. Mestre em Patologia pela Universidade Federal Fluminense - UFF. Doutoranda em Saúde Pública, área de concentração Bioética pela FIOCRUZ/ENSP. e-mail: laiszau@uol.com.br.

² Fisioterapeuta formado pela Fundação Universitária Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL. E-mail: waldemarneves@hotmail.com

Endereços para correspondência: Lais Záu Serpa de Araújo. Condomínio Aldebaran, Área Alfa, Quadra B, Lote 9, Tabuleiro do Martins, Maceió, AL, CEP: 57080-900. Waldemar Antônio das Neves Júnior. Rua Olavo Macedo Ribeiro, 211, Jatiúca, Maceió, AL, CEP: 57036-830.

RESUMO: Os fisioterapeutas que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva cotidianamente cuidam de pacientes em condições clínicas graves, alguns inclusive em situações de risco de vida. Este trabalho teve como objetivo traçar um perfil dos profissionais da fisioterapia que trabalham em UTI e identificar a opinião desses profissionais sobre alguns temas da Bioética como: pacientes terminais, autonomia do paciente, eutanásia e distanásia. Para tanto, foi aplicado um questionário aos fisioterapeutas que trabalham nos Hospitais do Estado de Alagoas. Entre os resultados encontrados destacou-se que: todos os entrevistados afirmaram que explicam os procedimentos que serão executados aos pacientes. No que tange a eutanásia ativa, quando se perguntou a opinião dos fisioterapeutas, 6% disseram ser favoráveis a essa prática e 96% contra. Em relação à eutanásia passiva, 74% dos entrevistados responderam ser contra a esse procedimento e 26% a favor. Algumas conclusões obtidas referem-se aos pacientes terminais e o direito de receber informações sobre o tratamento; e a não aceitação da eutanásia, ativa ou passiva pela maioria absoluta dos fisioterapeutas entrevistados.

DESCRITORES: Bioética. Eutanásia. Questionários. Unidades de terapia intensiva. Serviço hospitalar de fisioterapia.

ABSTRACTS: The physiotherapists whose work at the intensive therapy units daily takes care of patients in a very serious clinical conditions, some of the cases, in addition, are in a life risk circumstances. This research had the objective to draw an image of the physiotherapy professionals whose work at intensive therapy units and identify these professionals opinion about some topic in bioethics as: terminal patients, patient's autonomy, euthanasia and disthanasia. Therefore was applied a questionnaire to the physiotherapy professionals whose work at the Hospitals in Alagoas. Among the results found it is possible to show up that: All interviewed answered that they explains the procedures to be applied to their patients. About active euthanasia, when asked to the physiotherapy professionals opinion, 6% answered that they approve this procedure and 96% are against. About passive euthanasia, 74% of the group interviewed answered that they are against and 26% approve this procedure. Some conclusions obtained refer to the terminals patients and the right to receive information about the treatment and the not acceptance of the passive or active euthanasia for the greater number of the physiotherapists interviewed.

KEYWORDS: Bioethics. Euthanasia. Questionnaires. Intensive care units. Physical therapy.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, os avanços alcançados pelo desenvolvimento científico e tecnológico nas áreas das ciências biológicas e da saúde têm colocado a humanidade frente a situações até pouco tempo inimagináveis. São praticamente diárias as notícias provenientes das mais diferentes partes do mundo relatando a utilização de novos métodos investigativos e/ou de técnicas desconhecidas, a descoberta de medicamentos mais eficazes, a solução para doenças tidas até então como incontroláveis. Se, por um lado, todas estas conquistas trazem, na sua esteira, renovadas esperanças de melhoria da qualidade de vida, por outro criam uma série de contradições que necessitam ser analisadas, responsabilmente, com vistas ao equilíbrio e bem-estar da espécie humana e da própria vida no planeta⁶.

Mas tudo isso e muitas outras novidades nas ciências da saúde deixaram de pertencer à imaginação dos ficcionistas, para impor-se, efetivamente, como verdade palpável, incorporando-se ao cotidiano da vida do homem moderno. E, se num aspecto, geram animadoras expectativas, noutro campo, motivam um incontido espanto¹.

Esses fatos também atingiram a Fisioterapia, que foi regulamentada como profissão, pelo Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Sua atividade inclui a realização de métodos, de técnicas e de procedimentos terapêuticos sob contato físico aplicados diretamente ao paciente, estando este consciente ou não. Dependendo da especialidade do fisioterapeuta, sua atuação pode estar intimamente vinculada ao atendimento de pacientes em condições clínicas graves, em estado terminal e mesmo em situações de risco de vida.

Essas circunstâncias são comuns aos Fisioterapeutas que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva. Seu desempenho é caracterizado pela utilização de técnicas e manobras terapêuticas com o objetivo de prevenir a obstrução e o acúmulo de secreções nas vias aéreas, que interferem na respiração normal; melhorar a limpeza e ventilação das vias aéreas através da mobilização e drenagem das secreções; aumentar a resistência à fadiga e tolerância aos exercícios gerais; reduzir os gastos de energia durante a respiração através da reeducação da respiração; prevenir ou corrigir deformidades posturais associadas a distúrbios respiratórios; promover o relaxamento; manter ou melhorar a mobilidade torácica e melhorar a efetividade da tosse¹⁰.

Em função dessa atividade é comum o fisioterapeuta se deparar com situações de conflito que dependem de posturas éticas adequadas. Diante disso, fica evidente a necessidade desse profissional se preparar não apenas tecnicamente, mas em especial eticamente.

As novas situações vivenciadas pelos profissionais e pacientes foram responsáveis pelo surgimento da Bioética que nasceu nos Estados Unidos no começo dos anos 1970. O termo "Bioética" é um neologismo criado pelo oncologista

Van Rensselaer Potter em 1970 e difundido graças ao seu livro *Bioethics: bridge to the future em 1971*¹⁴.

A obra de maior colaboração inter e multidisciplinar produzida até o presente momento na área de Bioética, *Encyclopedia of Bioethics*, define a Bioética como sendo "o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão e normas morais - das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar"¹⁷.

A reflexão bioética é baseada nos chamados princípios da Bioética, que teve origem no Relatório Belmont, da Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental (1978) e, posteriormente, na obra clássica, *Principles of Biomedical Ethics*, de Beauchamp e Childress¹⁷.

Segundo Beauchamp e Childress³, são incorporados à ética biomédica os quatro princípios fundamentais: princípio da autonomia, princípio da beneficência, da não-maleficência e princípio da justiça. O princípio da autonomia implica tratar as pessoas respeitando suas decisões, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia de outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas³. Nas situações em que a autonomia do indivíduo esteja reduzida, toma-se como referência o princípio da beneficência. Este princípio é expresso através de duas regras que podem ser formuladas como expressões complementares de uma ação benéfica, prevenir danos e maximizar os benefícios minimizando os danos³. O Princípio da não maleficência tem como base a obrigação de não causar danos (*primum non nocere*). O quarto princípio denominado princípio da justiça, pode ser entendido como senso de justiça na distribuição ou naquilo que é merecido. Outra forma de concepção do princípio da justiça é que iguais devem ser tratados igualmente e os desiguais desigualmente. Essa formulação representa o conceito de equidade³.

Quando aplicados aos casos concretos, tais princípios quase sempre entram em conflito entre si, razão pela qual devem ser considerados válidos *prima-facie*, ou seja, não válidos absolutamente e, por conseguinte, admitindo exceções. É necessário, portanto, ao profissional de saúde, saber realizar julgamentos ponderados e críticos de cada caso específico, adaptando o modelo dos quatro princípios aos contextos particulares¹⁶.

Os princípios da Bioética auxiliam o profissional na tomada de decisão, principalmente em situações especiais. Os fisioterapeutas que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva enfrentam essas circunstâncias e, entre elas, a problemática do paciente terminal que requerer um tratamento específico tanto do ponto de vista técnico, quanto ético. Por definição, paciente terminal é aquele que num determinado momento na evolução da doença, mesmo que se disponha de todos os recursos, não é mais salvável, ou seja, está em processo de morte inevitável¹⁹.

Outra questão importante e conflituosa é a eutanásia que se compõe de dois vocábulos gregos: eú e thanatos que significam respectivamente “boa morte”. Assim, na atualidade entende-se por eutanásia a procura de uma boa morte – um homicídio piedoso – em que uma pessoa põe fim à vida de outra pelo bem desta¹². A eutanásia, quanto ao consentimento pode ser voluntária, não voluntária e involuntária. A eutanásia é voluntária quando praticada por A a pedido de B, pelo bem de B¹². A eutanásia é não voluntária quando praticada em paciente terminal que assim não pode decidir-se pela vida ou pela morte¹². A eutanásia é involuntária, quando praticada em uma pessoa que é capaz de outorgar o consentimento a sua própria morte, no entanto a escolha não lhe é proporcionada¹². A eutanásia ainda pode ser classificada em relação à ação, podendo ser ativa ou passiva e negativa. A primeira refere-se à administração de uma substância letal e a segunda à retirada do tratamento que mantém a vida.

Ainda relacionado a este tema eutanásia, deve-se citar a distansia, termo muitas vezes esquecido, mas largamente aplicado nas Unidades de Terapia Intensiva. Enquanto a eutanásia se preocupa prioritariamente com a qualidade da vida humana na sua fase final, eliminando o sofrimento, a distansia dedica-se a prolongar ao máximo a vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo¹³.

Em função da complexidade desses temas e situações, foram identificados dois problemas merecedores de investigação: qual é o perfil do fisioterapeuta que trabalha em UTI e o que pensa esse profissional em relação aos temas aqui abordados. Desta forma, o objetivo desse trabalho foi levantar o perfil sócio-cultural dos fisioterapeutas que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva do Estado de

Alagoas e identificar sua conduta frente a alguns problemas ou dilemas éticos vivenciados nas UTIs.

SUJEITO, OBJETO DA PESQUISA E MÉTODO

Este trabalho foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universitária Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL e aprovado sem restrições. Todos os voluntários que participaram da pesquisa deram seu consentimento através de assinatura do termo de forma livre e após esclarecimentos.

No final do primeiro semestre de 2001, realizou-se um levantamento, junto ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFFITO-1) com sede em Recife, PE, com a finalidade de conhecer o número de Fisioterapeutas que trabalham no Estado de Alagoas. Posteriormente, pesquisou-se junto aos hospitais de Alagoas a fim de saber quais hospitais possuíam Unidades de Tratamento Intensivo. Após essa etapa, buscou-se conhecer quantos e quais fisioterapeutas trabalhavam nestas unidades, em cada hospital.

Elaborou-se uma folha explicativa (Quadro 1), contendo todos os dados relativos à pesquisa, os objetivos a serem alcançados e o método utilizado. Neste documento, constaram também informações explicativas sobre os temas: autonomia e princípio da autonomia, pacientes terminais, eutanásia e distansia. Essas explicações visaram a unificação dos conceitos sobre esses assuntos e foram fornecidas aos entrevistados, juntamente com o questionário estruturado com alternativas fechadas (Quadro 2). É importante ressaltar que os participantes da pesquisa não foram identificados no preenchimento do questionário a fim de que sua identidade fosse preservada.

Quadro 1 - Folha explicativa

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos enviando-lhe este questionário como fundamentação para um trabalho acadêmico científico que tem como objetivo identificar a opinião dos fisioterapeutas, sobre situações que estes profissionais enfrentam cotidianamente em Unidades de Terapia Intensiva. Não é necessário se identificar.

Após a coleta e análise dos resultados eles serão divulgados e tornar-se-ão públicos em periódicos científicos, congressos, eventos. Nossa intenção é que esse trabalho contribua para o crescimento da profissão.

Esperamos poder contar com a sua colaboração para que possamos juntos, acrescentar e enriquecer a fisioterapia, profissão tão necessária e importante para a população.

Obrigado por sua colaboração.

Para melhor esclarecimento e orientação, colocamos algumas definições com o intuito de unificarmos o raciocínio dos entrevistados:

Autonomia: É a constituição da vontade da pessoa que qualifica o poder de decisão de um indivíduo, em relação àquilo que este considera como seu bem estar;

Paciente terminal: Paciente que em um determinado momento, na evolução da doença, deixa de ser saudável, mesmo que se disponha de todos recursos (processo de morte inevitável);

Eutanásia: Morte serena, sem sofrimento. Prática pela qual se abrevia sem dor ou sofrimento a vida de uma pessoa;

Eutanásia ativa ou positiva: Quando alguém extermina a vida de uma pessoa com o objetivo de aliviar o sofrimento;

Eutanásia passiva ou ortotanásia: Suspensão de meios terapêuticos que não curam mais o paciente;

Distanasia: Persistência na aplicação terapêutica ineficaz, até que a natureza se encarregue de pôr fim à vida.

Quadro 2 – Questionário

<p>I – DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS</p> <p>1. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p>2. Faixa Etária: <input type="checkbox"/> Menos de 30 <input type="checkbox"/> Entre 30-39 <input type="checkbox"/> Entre 40-49 <input type="checkbox"/> Mais de 50</p> <p>3. Herança religiosa familiar: <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Judaica <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Muçulmana <input type="checkbox"/> Ateísmo <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Outras</p> <p>II – ATITUDE E OPINIÃO</p> <p>4. Você explica ao seu paciente o tratamento (manobras, procedimentos, etc.) que será realizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>5. Você pede o consentimento do paciente para a realização do tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>6. Em caso Negativo, você acha que: <input type="checkbox"/> Não é necessário <input type="checkbox"/> O paciente não deve saber <input type="checkbox"/> O paciente não se importa</p> <p>7. Você acha que um paciente terminal, quando consciente, tem autonomia sobre sua própria vida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>8. Na sua opinião, a quem compete a decisão sobre o futuro do paciente terminal? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Equipe de trabalho <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Paciente (quando consciente) <input type="checkbox"/> Outros</p> <p>9. Você é a favor da Eutanásia Ativa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>10. Você é a favor da Eutanásia Passiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>11. Você presenciou situações na UTI em que tiveram que optar pelo paciente que receberia o tratamento de suporte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>

No instrumento utilizado para obtenção dos dados da pesquisa buscou-se primeiramente obter informações para traçar um perfil do fisioterapeuta que trabalha nessas unidades de terapia intensiva, a ver:

- Sexo, faixa etária e herança religiosa familiar. Na segunda parte do questionário, perguntou-se a respeito da conduta do profissional frente a determinadas situações no exercício diário da profissão e a opinião acerca dos temas relacionados à autonomia dos pacientes, eutanásia e distansia;
- Pedido de consentimento do paciente para realização do tratamento; fornecimento de informações aos familiares

sobre o tratamento dos pacientes inconscientes; segmento que deveria decidir sobre o futuro do paciente terminal; opinião sobre eutanásia ativa e passiva; opinião a respeito de paciente consciente e sua autonomia sobre sua vida; experiência anterior de ter que escolher qual paciente deve receber o tratamento e dificuldades na tomada de decisão.

RESULTADOS

No levantamento realizado junto ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFFITO-

1), obteve-se como resultado um total de 54 fisioterapeutas trabalhando no estado de Alagoas. Identificou-se que o referido estado possuía oito hospitais com unidade de terapia intensiva que contavam com fisioterapeutas. No total verificou-se que 22 profissionais de fisioterapia exerciam sua atividade laborativa nessas unidades e, em alguns casos, distribuíam sua carga horária em mais de um hospital.

Dentre os fisioterapeutas que trabalham no estado de Alagoas, cerca de 40% exercem sua atividade em unidades de terapia intensiva. A presença dos fisioterapeutas nas UTI's e o número de profissionais que se dedicam a essa atividade demonstra o valor da profissão no atendimento a pacientes graves, bem como se configura um campo importante para o exercício da profissão. Entre os 22 fisioterapeutas que trabalham nas UTI's, no estado de Alagoas, apenas um não respondeu ao questionário e, assim, o universo pesquisado foi de 21 profissionais (n = 21).

Os dados pertencentes à primeira parte do questionário compõem a Tabela 1 e tiveram como objetivo estabelecer um perfil dos fisioterapeutas que trabalham nas UTIs dos hospitais no Estado de Alagoas. Para tanto, pediu-se aos profissionais que assinalassem as alternativas correspondentes ao seu sexo, faixa etária e herança religiosa familiar. Na distribuição em relação ao gênero, 26% dos entrevistados são do sexo masculino e 74% do feminino. Perguntou-se também sobre a faixa etária desses fisioterapeutas e 33% responderam que têm menos de 30 anos de idade; 52% estão na faixa etária de 30 a 39 anos; 10% estão na faixa etária de 40 a 49 anos e 5% têm mais de 50 anos de idade. Em relação à herança religiosa familiar os resultados encontrados foram: 63% dos profissionais participantes dessa pesquisa responderam que sua religião é católica; 21% evangélica; 6% protestante e 10% assinalaram a alternativa "outras" que incluía a possibilidade do entrevistado não ter nenhuma herança religiosa familiar ou outra religião que não constasse das opções apresentadas.

TABELA 1 - Distribuição de fisioterapeutas quanto ao sexo, faixa etária e herança religiosa familiar

Sexo	
Masculino	26%
Feminino	74%
Idade	
Menos de 30 anos	33%
Entre 30 e 39 anos	52%
Entre 40 e 49 anos	10%
Mais de 50 anos	5%
Herança religiosa familiar	
Católica	63%
Evangélica	21%
Protestante	6%
Outras	10%

Na segunda parte do questionário buscou-se identificar as atitudes e opinião dos fisioterapeutas sobre temas importantes como autonomia, consentimento, pacientes terminais, eutanásia e distanásia. Para melhor análise dos resultados obtidos dividiu-se essa segunda parte em três tabelas distintas. Os dados referentes à relação profissional-paciente e consentimento do paciente para a execução do tratamento encontram-se na Tabela 2. As questões relativas à problemática do paciente terminal, sua autonomia e a quem cabe a decisão sobre o futuro do paciente terminal estão na Tabela 3. Por fim, os temas eutanásia ativa e passiva e a experiência do profissional na UTI em relação a pacientes que receberam ou não o suporte terapêutico estão descritos na Tabela 4.

A Tabela 2 contém os seguintes resultados: interrogou-se os fisioterapeutas a respeito da explicação ao paciente sobre o tratamento, incluindo as manobras e procedimentos, que seria realizado e detectou-se unanimidade, 100% dos profissionais que participaram da pesquisa responderam que sim, ou seja, afirmaram fornecer ao paciente todas as informações relacionadas ao tratamento. Quando interrogados se solicitavam o consentimento do paciente para execução do tratamento, 68% dos entrevistados disseram que sim e 32% responderam que não pedem o consentimento do paciente. A última questão, cujo resultado encontra-se na Tabela 2, foi dirigida apenas aos entrevistados que assinalaram a alternativa "não" ao quesito anterior. Solicitou-se que justificassem o motivo de não pedirem o consentimento ao paciente antes da execução do tratamento. Os 32% dos profissionais que responderam que não solicitam o consentimento ao paciente por considerarem desnecessário.

TABELA 2 - Distribuição dos profissionais que informam ao paciente sobre o tratamento; solicitação do consentimento ao paciente para o tratamento e justificativa para a realização do tratamento, mesmo sem o consentimento do paciente

Explicam o tratamento para o paciente antes da execução	
Sim	100%
Não	0%
Pedem o consentimento ao paciente antes do tratamento	
Sim	68%
Não	32%
Justificativa dos fisioterapeutas que responderam não	
Não é necessário	100%
Paciente não deve saber	0%
Paciente não se importa	0%

A Tabela 3 aborda o problema da autonomia do paciente terminal, quando consciente, e a opinião dos fisioterapeutas sobre quem deve decidir em relação ao futuro do paciente nessa condição. Entre os profissionais

entrevistados 26% responderam que o paciente terminal, quando consciente, tem autonomia sobre sua própria vida e 74% disseram que não, que esses pacientes não têm autonomia. Perguntou-se também sobre quem deve ser o responsável pela tomada de decisão em relação ao futuro do paciente terminal e nenhum dos entrevistados assinalou uma das duas alternativas: médico e equipe de trabalho, isoladamente. Entre os profissionais que participaram da pesquisa, 21% responderam que cabe a família a tomada de decisão em relação ao futuro do paciente terminal; 21% afirmaram que, quando conscientes, a decisão cabe ao paciente terminal e 26% dos fisioterapeutas assinalaram a alternativa outros e escreveram a palavra Deus. Nesta questão alguns entrevistados escolheram mais de uma resposta e os resultados foram: 11% disseram que a decisão cabe à família e ao médico; 10% responderam que a família e a equipe de trabalho devem tomar a decisão e 11% assinalaram duas alternativas: família e paciente, ou seja, a deliberação sobre o futuro desses pacientes deve ser compartilhada entre os familiares e o próprio paciente terminal.

TABELA 3 - Opinião dos fisioterapeutas sobre autonomia do paciente terminal consciente e responsabilidade na decisão quanto ao futuro do paciente terminal

Paciente terminal consciente tem autonomia sobre a própria vida?	
Sim	26
Não	74
Quem decide sobre o futuro do paciente terminal?	
Médico	0%
Equipe de trabalho	0%
Família	21%
Paciente	21%
Outros (Deus)	26%
Família e médico	11%
Família e equipe	10%
Família e paciente	11%

Na Tabela 4 encontram-se os resultados para os questionamentos que tratam da opinião do fisioterapeuta sobre eutanásia ativa e passiva e sobre a experiência desses profissionais que trabalham na UTI em relação à escolha de qual paciente deveria receber o tratamento de suporte. Para a primeira pergunta da Tabela 4 as respostas foram: 95% dos profissionais disseram ser contra a eutanásia ativa e apenas 5% ser favoráveis a essa prática. Sobre eutanásia passiva 74% responderam ser contra e 26% optaram pela alternativa sim, ou seja, concordam com a eutanásia passiva. Quando questionados se já presenciaram situações na Unidade de Terapia Intensiva em que tiveram que optar pelo paciente que receberia o tratamento de suporte, 53% dos

fisioterapeutas entrevistados responderam que sim, já passaram por essa experiência, 26% disseram que não e 21% deixaram a questão em branco, não assinalaram nenhuma alternativa.

TABELA 4 – Opinião dos fisioterapeutas sobre eutanásia ativa e passiva e percentual de profissionais que testemunharam situações na qual tiveram que optar pelo paciente que receberia o tratamento de suporte

Eutanásia ativa	
À favor	6%
Contra	94%
Eutanásia passiva	
À favor	26%
Contra	74%
Testemunhou a escolha do paciente que receberia o tratamento de suporte	
Sim	53%
Não	26%
Não responderam	21%

A partir desses resultados encontrados e respaldados pela literatura especializada sobre os temas aqui abordados, analisou-se as respostas dos fisioterapeutas que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva e sua opinião sobre esses problemas e dilemas éticos apresentados.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesse trabalho, utilizou-se para definir “área de Saúde” o critério do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico para classificação das áreas do conhecimento. Estabelecida com objetivo de “proporcionar aos órgãos que atuam em ciência e tecnologia uma maneira ágil e funcional de agregar suas informações (...) apresenta uma hierarquização em quatro níveis, que vão do mais geral aos mais específicos, abrangendo oito grandes áreas, 76 áreas e 340 subáreas do conhecimento” (Formulário Único do CNPq). Atualmente, a “grande área” Ciências da Saúde subdivide-se em nove áreas: Medicina, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Nutrição, Saúde Coletiva, Fonoaudiologia, **Fisioterapia** (grifo nosso) e Terapia Ocupacional, Educação Física, que por sua vez se subdividem em 34 subáreas (<http://www.cnpq.br/forms/area4.htm>, capturado em 25/04/01).

O exercício de qualquer profissão de saúde deve estar alicerçado e fundamentado na ciência e na ética. Esses são os dois pilares que devem sustentar o bom profissional. O fisioterapeuta é um profissional de saúde e tem como obrigação se preparar técnica e eticamente para o exercício de sua função. Sabe-se que, cotidianamente, os

fisioterapeutas enfrentam problemas e dilemas éticos, mais notadamente aqueles que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva. Baseados nisto, esse trabalho se propõe a discutir alguns desses problemas e dilemas vivenciados pelos fisioterapeutas que trabalham nas UTIs.

Um dos objetivos dessa pesquisa foi de identificar o perfil dos fisioterapeutas que atuam nessas unidades hospitalares. Através dos resultados, observou-se que quanto ao gênero a maioria absoluta dos profissionais (Tabela 1) pertence ao sexo feminino. O grande número de mulheres atuando na fisioterapia coincide com outros estudos que também identificaram essa característica em diversas profissões de saúde. O crescimento do número de mulheres no mercado de trabalho e em especial nas profissões de saúde, se deve não apenas por uma questão de necessidade e emancipação feminina, mas também pela característica das profissões de saúde, em que o cuidar é um constitutivo importante dessas atividades. Esse resultado merece uma reflexão acerca desse cuidar, característica da fisioterapia. Embora a atividade profissional nessas unidades hospitalares exija regime de trabalho sob a forma de plantão, muitas vezes noturno e finais de semana, a presença da mulher é maioria absoluta. Nas UTIs a ação do profissional é absorvente e o cuidar, em algumas situações, assume uma conotação especial de vida e morte. Cabe a esses profissionais muitas vezes tomar decisões que envolvem o fim da vida.

Interrogou-se aos fisioterapeutas que participaram da pesquisa (Tabela 1) sobre sua herança religiosa familiar. Esse questionamento é importante, pois se acredita que a formação religiosa pode influenciar a opinião das pessoas, principalmente quando se enfrenta problemas que envolvem vida e morte. O resultado encontrado confirma a influência da religião católica no Brasil, uma vez que a maioria dos profissionais assinalou a alternativa religião católica.

A segunda parte do questionário trata da relação profissional-paciente e aborda situações que são verdadeiros dilemas morais. O primeiro problema colocado diz respeito à relação profissional-paciente. Perguntou-se ao profissional se informa o paciente sobre o tratamento a ser executado e as manobras que serão feitas (Tabela 2). Todos os entrevistados responderam que explicam os procedimentos aos seus pacientes. Este ponto é de fundamental importância, pois, segundo Muñoz e Fortes¹⁵, a informação é a base das decisões autônomas do paciente, necessária para que ele possa consentir ou recusar medidas ou procedimentos de saúde que lhe forem propostos.

Embora todos os fisioterapeutas entrevistados tenham respondido que informam seus pacientes sobre os procedimentos a serem executados, esse resultado se confronta e se torna antagônico com a outra questão que trata sobre o consentimento do paciente para realização do tratamento. Quando indagados se solicitam o consentimento ao paciente (Tabela 2), 32% dos profissionais responderam

que não pedem o consentimento. Perguntados a esses fisioterapeutas por que não o fazem (Tabela 2), por unanimidade justificaram que não é necessário pedir o consentimento ao paciente. Essa questão se deve ao fato de que embora o paciente tenha se emancipado e é livre para consentir ou não a realização de um tratamento, alguns profissionais ainda tomam como base a conduta paternalista e decidem pelo paciente. Esses profissionais acreditam que por ser leigo o paciente, mesmo que orientado, não tem condições de tomar a melhor decisão para seu caso.

A emancipação do paciente é considerada como um dos fatores que motivaram o surgimento da Bioética⁴. Este fato mudou radicalmente a relação profissional de saúde-paciente, entretanto, ainda existem profissionais que agem baseados numa atitude paternalista. O princípio da autonomia se contrapõe a essa conduta em que o profissional decide qual o procedimento mais adequado ao paciente; e tem como requisito básico que a decisão sobre o tratamento cabe ao paciente e sua vontade deve ser respeitada. A aplicação do princípio da autonomia não é fácil, pois vários fatores interferem na qualidade da autonomia. Esses fatores devem ser considerados e analisados pelos profissionais quando da aplicação desse princípio.

A justificativa de uma conduta paternalista sempre se fundamentou nos princípios da beneficência e não maleficência. A questão atual é delimitar o que venha a ser beneficência e para quem se está sendo beneficente⁵. Respeitar a autonomia de um indivíduo capaz e competente é um ato beneficente, desde que essa autonomia não esteja prejudicada por alguma situação especial.

A pessoa autônoma tem o direito de consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que afetem ou venham a afetar sua integridade físico-psíquica ou social¹⁵. O princípio do respeito à autonomia pode ser interpretado dentro de uma larga extensão. Não pode ser completamente aplicado a pessoas que não estejam em condições de agir de maneira suficientemente autônoma – talvez por serem imaturos, ignorantes, ou estarem incapacitados, coagidos, em uma posição na qual podem ser explorados por outros¹⁵. Cabe ao profissional avaliar a qualidade da autonomia do seu paciente e as circunstâncias em que se encontra esse paciente na tomada de decisão. Está nas mãos do profissional de saúde o respeito aos desejos e vontades do paciente.

É importante ressaltar que o consentimento dado anteriormente não é imutável, pode ser modificado ou mesmo revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida da pessoa assistida, sem que a ela devam ser contrapostas objeções e sanções morais ou administrativas¹⁵. O princípio da autonomia não dá liberdade absoluta, mas determina quanto uma pessoa pode estar livre. Este princípio está ligado às condições impostas pelos outros princípios da Bioética⁵. Nas situações de autonomia reduzida cabe a terceiros,

familiares ou mesmo aos profissionais de saúde decidirem pela pessoa não-autônoma¹⁵.

Outra questão abordada no questionário, foi a do paciente terminal, ou seja, se tem autonomia sobre a sua própria vida (Tabela 3), quando consciente. A maioria absoluta (74%) dos fisioterapeutas entrevistados respondeu que não, ou seja, que os pacientes terminais, mesmo conscientes, não têm autonomia. Essa situação extremamente difícil requer, acima de tudo, uma reflexão ética profunda e deve estar fundamentada nos quatro princípios da Bioética. Segundo Kübler-Ross¹¹, quando um paciente está gravemente enfermo, em geral é tratado como alguém sem direito a opinar. Quase sempre é outra pessoa quem decide sobre quando e onde um paciente deverá ser hospitalizado. Custaria tão pouco lembrar que o doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo, o direito de ser ouvido. O paciente em fase terminal tem necessidades muito especiais que podem ser atendidas, se houver tempo para sentar, ouvir e descobrir quais são essas necessidades¹¹.

Em relação aos pacientes em fase terminal formulou-se outra pergunta que se refere a esses enfermos (Tabela 3). Quem deve ser responsável pela tomada de decisão sobre o futuro do paciente terminal? O resultado encontrado apresenta um equilíbrio numérico entre as respostas e não há predominância de uma alternativa sobre a outra. Ressaltar-se que neste questionamento nenhum fisioterapeuta concordou com a opção de que a decisão deva ser tomada apenas pelo médico ou pela equipe de trabalho. A família foi uma escolha presente e compartilhada com as outras alternativas. Esse resultado confirma a importância e a dificuldade de se lidar com essas situações. Muitas vezes esses problemas éticos se tornam insolúveis e se transformam em verdadeiros dilemas morais. As respostas encontradas demonstram que, para os profissionais pesquisados, a vontade do paciente não prevalece. Embora a ciência tenha constatado que apenas de 3% a 23% dos pacientes terminais apresentam condições de sensório (clareza mental) adequadas para realizar a opção¹⁹. Vale lembrar que a condição terminal de um paciente deve ser cercada de cuidados que, embora não mais devolvam a saúde ao paciente, devem confortá-lo nos momentos finais. Nesses casos, segundo Azevedo², o paciente terminal tem o direito de decidir previamente quanto à realização de ressuscitação cardiopulmonar, ventilação mecânica, diálise, nutrição artificial e hidratação, mesmo que a decisão signifique a sua morte. Trata-se de uma decisão previamente avaliada sendo legal, moral e ética².

Para os pacientes que não estão na fase de morte eminente, ou seja, considerados salváveis, o princípio da beneficência deve prevalecer sobre o princípio da não maleficência. Assim, fica justificada a aplicação de medidas salvadoras beneficentes como diálise, amputação, ventilação mecânica, entre outras, uma vez que se trata de preservar a vida. Por outro lado, no momento em que se constata a morte

inevitável, deve predominar o princípio da não-maleficência. Isto significa que as medidas tomadas devem evitar e aliviar o sofrimento. Nesta fase um tratamento agressivo trará apenas mais sofrimento². O trabalho com o paciente terminal requer uma certa experiência. Deve-se examinar detalhadamente a posição diante da morte e do morrer, antes de se sentar tranqüilo e sem ansiedade ao lado de um paciente nessa fase¹¹.

Perguntou-se aos fisioterapeutas sua opinião em relação à eutanásia ativa e passiva e 95% dos entrevistados disseram ser contra a eutanásia ativa e 74% não concordar com a eutanásia passiva (Tabela 4). O resultado encontrado coincide com outras pesquisas de opinião pública sobre o assunto, em que se constata que a maioria absoluta dos brasileiros é contrária a essa prática. Deve-se considerar alguns fatores que contribuem para este resultado, destacando-se a influência da herança religiosa familiar. Em 1980, o Vaticano divulgou a Declaração sobre a eutanásia: "nada nem ninguém pode de qualquer forma permitir que um ser humano inocente seja morto, seja ele um feto ou um embrião, uma criança ou um adulto, um velho ou alguém sofrendo de uma doença incurável, ou uma pessoa que está morrendo." Entretanto, pode-se citar Pessini quando diz que o moderno pensamento teológico defende que o próprio Deus delegue o governo da vida à autodeterminação do ser humano e que não fere nem se traduz numa afronta à sua soberania. Dispor da vida humana e intervir nela, não fere o senhorio de Deus, se esta ação não for arbitrária. A perspectiva é responsabilizar o ser humano de uma maneira mais forte diante da qualidade da vida¹⁸.

A pequena diferença percentual das respostas encontradas em relação à eutanásia ativa e passiva demonstra que os fisioterapeutas preocupam-se com a intencionalidade do ato e não apenas com o efeito da ação. Segundo Goldim^{7,8,9}, a intenção de realizar a eutanásia pode gerar uma ação (eutanásia ativa) ou uma omissão, isto é, a não realização de uma ação que teria indicação terapêutica naquela circunstância (eutanásia passiva). Do ponto de vista ético, na justificativa da ação e omissão, não há diferença entre ambas^{7,8,9}.

A opção pela não realização da eutanásia, por considerar um erro, pode levar à obstinação terapêutica que se configura numa distansia. Segundo Martin¹³, por outro lado, a distansia constitui-se num erro por não discriminar quando intervenções terapêuticas são inúteis e quando se deve deixar a pessoa abraçar em paz a morte como desfecho natural da vida. Na realidade acredita-se existir dúvidas sobre o que é, como utilizar ou de que forma empregar a eutanásia.

Por fim, perguntou-se aos fisioterapeutas se já vivenciaram situações na UTI em que tiveram que optar pelo paciente que receberia o tratamento de suporte (Tabela 4) e de acordo com o resultado, 53% dos entrevistados responderam que sim, portanto fica comprovado que essa opção existe. Segundo Goldim^{7,8,9}, o efeito dessa ação pode

se traduzir em eutanásia passiva que é a não realização de uma ação (omissão) que teria indicação terapêutica naquela circunstância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fisioterapeutas, como profissionais pertencentes às ciências da saúde, vivenciam freqüentes e diversas situações que implicam na tomada de decisões morais. Em atenção especial àqueles que exercem suas atividades nas unidades de terapia intensiva, se faz necessário à compreensão de qual é a melhor conduta ética para cada caso vivenciado. As questões que envolvem

autonomia dos pacientes, pacientes em fase terminal, eutanásia e distanasia, são constantes na vida desses profissionais. Com este trabalho, visa-se estimular os fisioterapeutas a uma reflexão profunda e madura sobre esses temas.

Fica evidente a necessidade e a importância da inclusão do debate bioético nos cursos de graduação e pós-graduação da Fisioterapia. O fisioterapeuta deve ter como objetivo maior o respeito à dignidade do ser humano e cuidado com a saúde do seu paciente. Deve, ainda, estar sempre atualizado com a ciência e comprometido com questões próprias da bioética, numa busca constante do melhor caminho no tratamento a seus pacientes.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, L. Z.; DUARTE, M. E. **Verificação da utilização de seres humanos e animais, em pesquisas científicas, frente aos fundamentos e preceitos da bioética.** 1999. 147f. Dissertação (Mestrado em Patologia Experimental). Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal de Alagoas, Escola de Ciências Médicas de Alagoas, Niterói, 1999.
2. AZEVEDO, J. R. O tratamento da fase terminal – Parte I. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/pcterm1.htm>. Acesso em: 20 fev. 2001.
3. BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica.** São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 143.
4. CLOTET, J. Por que bioética? **Bioética**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 13-9, 1993.
5. COHEN, C.; MARCOLINO, J. A. M. Relação médico-paciente: autonomia & paternalismo. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (Org.). **Bioética.** São Paulo: Edusp, 1995. p. 51-62.
6. GARRAFA, V. Bioética e ciência - até onde avançar sem agredir. In: COSTA, S.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 99-110.
7. GOLDIM, J. R. Eutanásia ativa e passiva. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/eutanasi.htm>. Acesso em: 20 fev. 2001.
8. GOLDIM, J. R. Eutanásia. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/eutanasi.htm>. Acesso em: 20 fev. 2001.
9. GOLDIM, J. R. Paciente terminal. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/pcterm.htm>. Acesso em: 20 fev. 2001.
10. KISNER, C.; COLBY, L. **Exercícios terapêuticos.** 3a. ed. São Paulo: Manole, 1998. p. 634.
11. KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** 8a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 275-82.
12. KUHSE, H. La eutanásia. In: SINGER. **Compêndio de ética.** Madrid: Alianza Editorial, 1995. p. 405-16.
13. MARTIN, L. Eutanásia e distanasia. In: COSTA, S.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 171-82.
14. MORI, M. A bioética: sua natureza e história. **Humanidades**, v. 9, n. 4, p. 332-341, 1994.
15. MUÑOZ, D.; FORTES, P. A. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.
16. PALÁCIOS, M.; REGO, S.; SCHRAMM, F. R. A regulamentação brasileira em ética em pesquisa envolvendo seres humanos. In: MACHADO, R. M.; CARVALHO, D. M.; BLOCK, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. (Org.). **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2002. p. 465-477.
17. PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. Bioética: do principalismo à busca de uma perspectiva latino-americana. In: COSTA, S.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 81-98.
18. PESSINI, L. Distanasia: até quando investir sem agredir. **Bioética**, Brasília, v. 4, p.31-43, 1996.
19. PIVA, J. P.; CARVALHO, P. R. A. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Bioética**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 18-25, 1993.

Recebido para publicação: 15/06/2002

Aceito para publicação: 25/07/2002