

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL) 

Perceção dos Enfermeiros acerca da Obstinação Terapêutica em Doentes Adultos em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Nurses' Perceptions of Therapeutic Futility in Adult Patients Admitted to a General Intensive Care Unit

Percepción del Personal de Enfermería sobre la Obstinación Terapéutica en Pacientes Adultos de una Unidad Polivalente de Cuidados Intensivos

Catarina Branco^{1, 2} <https://orcid.org/0009-0001-7062-7883>Emérico Luís Matos Monteiro³ <https://orcid.org/0009-0009-5717-3168>Patricia Pontifice Sousa^{4, 6} <https://orcid.org/0000-0003-0749-9011>Rita Marques^{5, 6} <https://orcid.org/0000-0003-2868-7468>

¹ Unidade Local de Saúde de Amadora-Sintra, Serviço de Urgência Geral, Lisboa, Portugal

² Unidade Local de Saúde de Amadora-Sintra, Equipa de Viatura Médica Emergência e Reanimação, Lisboa, Portugal

³ Unidade Local de Saúde de Amadora-Sintra, Enfermagem, Lisboa, Portugal

⁴ Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Lisboa, Portugal

⁵ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Enfermagem, Lisboa, Portugal

⁶ Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Lisboa, Portugal

Autor de correspondência

Catarina Branco

E-mail: catarinabranc@gmail.com

Recebido: 24.01.25

Aceite: 25.08.25

Resumo

Enquadramento: As situações de obstinação terapêutica (OT) que ocorrem nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) constituem-se desafiantes para os enfermeiros.

Objetivo: Conhecer a percepção dos enfermeiros face à obstinação terapêutica no Doente Adulto em UCI Polivalente.

Metodologia: Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa através de questionário com questões fechadas e abertas, a uma amostra intencional de 19 enfermeiros, recorrendo à análise de conteúdo segundo Bardin. Cumpridos requisitos éticos e formais.

Resultados: Os enfermeiros percecionam a OT como estando associada à realização de exames de diagnóstico, a procedimentos invasivos e à administração de medidas farmacológicas intensivas, levando a sentimentos como revolta e frustração. Consideram a necessidade de melhoria da comunicação, envolvimento do enfermeiro na tomada de decisão, criação de protocolos e reforço da formação na UCI.

Conclusão: A OT provoca emoções e sentimentos negativos nos enfermeiros, interferindo na forma como vivenciam a gestão dos cuidados. A fim de gerir melhor estas situações são evidenciadas estratégias que visam garantir a melhoria da qualidade de vida do doente internado na UCI.

Palavras-chave: percepção; enfermeiro; obstinação terapêutica; doente; cuidados intensivos

Abstract

Background: Situations of therapeutic futility (TF) in intensive care units (ICUs) present challenges for nurses.

Objective: To explore nurses' perceptions of TF in adult patients in a general ICU.

Methodology: A descriptive, exploratory study with a qualitative approach was conducted with a purposive sample of 19 nurses. Data were collected using a questionnaire with both closed- and open-ended questions and analyzed according to Bardin's content analysis method. All ethical and formal requirements were met.

Results: Nurses associated TF with diagnostic testing, invasive procedures, and intensive pharmacological interventions, which elicited feelings of anger and frustration. They identified the need to enhance communication, involve nurses in decision-making, develop protocols, and increase training in ICUs.

Conclusion: Negative emotions triggered by TF affect nurses' experience of care management. To better manage these situations, this study presents strategies for improving ICU patients' quality of life.

Keywords: perception; nurse; medical futility; patient; critical care

Resumen

Marco contextual: Las situaciones de obstinación terapéutica (OT) que se producen en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) suponen un reto para el personal de enfermería.

Objetivo: Conocer la percepción de los enfermeros ante la obstinación terapéutica en el paciente adulto en una UCI polivalente.

Metodología: Estudio descriptivo, exploratorio, de enfoque cualitativo mediante cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, a una muestra intencional de 19 enfermeros, mediante el análisis de contenido según Bardin. Se cumplieron los requisitos éticos y formales.

Resultados: El personal de enfermería percibe la OT como algo asociado a la realización de pruebas diagnósticas, procedimientos invasivos y la administración de medidas farmacológicas intensivas, lo que provoca sentimientos de rebeldía y frustración. Consideran que es necesario mejorar la comunicación, involucrar al personal de enfermería en la toma de decisiones, crear protocolos y reforzar la formación en la UCI.

Conclusión: La OT provoca emociones y sentimientos negativos en los enfermeros, lo que interfiere en la forma en que viven la gestión de los cuidados. Con el fin de gestionar mejor estas situaciones, se ponen de manifiesto estrategias dirigidas a garantizar la mejora de la calidad de vida del paciente ingresado en la UCI.

Palabras clave: percepción; enfermero; obstinación terapéutica; paciente; cuidados intensivos

Como citar este artigo: Branco, C., Monteiro, E. L., Sousa, P. P., & Marques, R. (2025). Perceção dos Enfermeiros acerca da Obstinação Terapêutica em Doentes Adultos em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), e40026. <https://doi.org/10.12707/RVI25.9.40026>



Introdução

O aparecimento de novas técnicas, tratamentos e meios de diagnóstico tem permitido respostas clínicas mais eficazes e o prolongamento da longevidade das pessoas (Oliveira et al., 2021). Esta realidade tem contribuído para o aumento da obstinação terapêutica (OT), entendida como a persistência em manter tratamentos considerados fúteis, com uma baixa perspetiva de alcançar resultados clínicos positivos, prolongando a vida sem benefícios reais para o doente (Voultos et al., 2021).

Em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), onde predominam cuidados mais tecnicistas, a ocorrência de cuidados fúteis é frequente, gerando potenciais dilemas éticos e profissionais, para a equipa de saúde e, em particular, para os enfermeiros (Nazari et al., 2022). A impossibilidade de agir de acordo com os seus valores, devido à obrigação de manter tratamentos fúteis, conduz ao sofrimento moral, o qual pode evoluir para a síndrome de *burnout* (Fumis et al., 2017).

Atendendo a esta problemática com implicações na prática de enfermagem, importa assim conhecer a percepção dos Enfermeiros face à OT no doente adulto em UCI polivalente.

Enquadramento

Nos últimos anos, o aumento da esperança média de vida e a crescente submissão de pessoas com doenças crónicas a cuidados médicos prolongados, tem conduzido a expectativas irrealas e à dependência de tecnologia avançada (Virdun et al., 2015). As UCI são expressão desta realidade, configurando-se como ambientes altamente especializados e organizados, com equipas multidisciplinares e tecnologia de ponta dedicadas ao cuidado do doente crítico (Vieira et al., 2022). Contudo, apesar da disponibilidade de recursos diferenciados nestes ambientes, persistem situações de grande vulnerabilidade e irreversibilidade que dão origem a cuidados sujeitos a OT ou mesmo à futilidade médica (Vieira et al., 2022). Importa clarificar que a futilidade médica se refere à aplicação de terapêuticas ou cuidados sem expectativa de cura ou de benefício significativo para o doente (Nazari et al., 2022). Tanto a futilidade médica como a OT representam intervenções cujo impacto pode ser mais prejudicial do que a própria doença. Estas abordagens mostram-se inúteis quando o objetivo do cuidado é centrado no doente, especialmente em situações onde não há possibilidade de cura (Virdun et al., 2015).

O enfermeiro detém um papel primordial na gestão dos recursos necessários, tendo como objetivo máximo a defesa pelos direitos do doente, preservando a sua dignidade e garantido o respeito pelos princípios éticos regedores da sua prática. Estes princípios, nomeadamente o da beneficência e o da não-maleficência, são colocados em causa em situações de OT, pois este tipo de cuidados, acabam por provocar sofrimento sem haver qualquer benefício para o doente (Nazari et al., 2022). Os enfermeiros que enfrentam esta realidade deparam-se com desafios pessoais,

profissionais e éticos, conducentes a possíveis situações de *burnout*, com consequência na qualidade de cuidados (Nazari et al., 2022). A OT pode impactar negativamente a satisfação no trabalho e induzir exaustão emocional em médicos e enfermeiros, com consequências adversas para os doentes e familiares (Bacoanu et al., 2024).

Questão de investigação

Qual a percepção dos Enfermeiros face à OT no doente adulto em UCI polivalente?

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa a fim de conhecer a percepção dos enfermeiros face à OT no doente adulto em contexto de UCI polivalente de um hospital público da região de Lisboa. Trata-se de uma amostra intencional, tendo como critérios de inclusão todos os enfermeiros da unidade, quer em funções de gestão quer na prestação de cuidados, que aceitem participar no estudo. Como método de recolha de dados, optou-se pela aplicação de um questionário com questões fechadas e abertas para uma maior abertura e sinceridade, construído com base numa revisão da literatura efetuada. Desta forma, considerámos que haveria uma menor influência do investigador, pois, embora externo ao serviço, encontrava-se a realizar uma formação no mesmo. Tal possibilitou uma redução do risco de viés causado por interpretações ou influências subjetivas, dado que se tratava de questões sensíveis e delicadas. A fim de cumprir todas as diligências éticas relacionadas com o estudo, foi requerida a devida autorização ao Conselho de Administração e o parecer da Comissão de Ética da instituição (parecer nº 173/2024).

Numa primeira fase foi realizado o pré-teste a 10 enfermeiros da mesma unidade que não fizeram parte do estudo com o objetivo de aferir a pertinência e clareza do mesmo, procurando assegurar a compreensão das questões e perceber a duração média das respostas. Houve necessidade de realizar pequenos ajustes às questões abertas. Após esta fase foram entregues 50 questionários em envelope fechado ao enfermeiro gestor da UCI, que os entregou aos restantes elementos da equipa de enfermagem. Foi garantida a confidencialidade dos dados fornecidos que apenas serviram para o presente estudo, assim como o anonimato dos mesmos. Foi solicitado o consentimento informado no momento de entrega do envelope.

Dos 50 questionários entregues, foram preenchidos e devolvidos 19 (38%), não tendo sido comunicado aos investigadores as razões da não participação dos restantes. Sendo o preenchimento anônimo, não foi possível identificar os enfermeiros que não participaram, nem o motivo que levou a tal.

Os questionários são constituídos inicialmente por uma breve apresentação, explicação do estudo, pertinência, objetivos e finalidade. A estrutura do questionário consistia em duas questões referentes à caracterização da amostra



(dados demográficos), quatro questões referentes à experiência profissional e tempo de serviço e as restantes seis questões abertas relacionavam-se com situações nas quais se considerou ter existido OT e qual o motivo, sentimentos/emoções relacionados, existência e conhecimento de protocolos de fim de vida na unidade, práticas de OT mais recorrentes e medidas/estratégias pertinentes para gerir essas práticas na UCI.

O preenchimento destes questionários por parte da equipa de enfermagem foi realizado na unidade e entregue diretamente ao enfermeiro gestor. Cada questionário demorou em média 10 minutos a ser preenchido.

Para o tratamento dos dados qualitativos, foi realizada a transcrição dos mesmos. O processo de análise seguiu as três etapas principais descritas por Bardin: Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados. Na 1^a etapa o conteúdo foi lido várias vezes para que o pesquisador se familiarizasse com os dados. Na 2^a etapa, as transcrições foram organizadas e divididas em segmentos com relevância para o objetivo do estudo. Identificaram-se os elementos que se ligavam à questão de investigação, e assim explicavam o fenómeno em estudo numa atitude de descoberta, para obter um maior conhecimento sobre os dados a analisar. Na 3^a etapa, foi realizada a codificação com o apoio do software NVivo, que permitiu a organização e gestão dos dados. O NVivo facilitou o processo de armazenamento das transcrições dos fragmentos de texto, bem como a codificação dos dados, bem como a criação de categorias. Os dados foram interpretados por dois investigadores peritos na abordagem qualitativa, sendo que perante discordâncias foi solicitada a apreciação de um terceiro investigador. Reconhece-se que teria sido útil a validação da informação junto dos participantes. Os dados quantitativos foram tratados com recurso à versão 26.0 do software IBM SPSS Statistics para Windows.

O estudo seguiu as diretrizes adotadas pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Resultados

A maioria dos participantes é do sexo feminino (84%), sendo que 37% se encontra na faixa etária inferior aos 29 anos. No que respeita à experiência profissional, 52% dos enfermeiros têm mais de 15 anos de exercício, embora 47% desempenhem funções na unidade há menos de 5 anos. Relativamente às habilitações académicas, 21% dos participantes frequentaram um curso de pós-graduação e 31% detêm o título de especialista, sendo que, entre estes, 26% detêm também o grau de mestre.

Quando questionados sobre a existência de situações de OT na unidade, a maioria dos participantes respondeu afirmativamente (73%), 16% respondeu nunca ter experienciado e 11% não respondeu a esta pergunta.

A riqueza do conteúdo das respostas relativas às diferentes questões abertas deu origem a categorias e subcategorias (Bardin, 2016). Os relatos dos participantes são identificados através da letra (E) acompanhada pelo número correspondente ao questionário. A identificação da análise segue o esquema tema, categoria e subcategoria.

Tema A) Situações de obstinação terapêutica em UCI

De acordo com as respostas dos participantes identificaram-se duas categorias: a) Práticas de priorização de cura e b) Práticas do prolongamento do sofrimento. A 1^a categoria engloba duas subcategorias: a.1) Terapêuticas de suporte de órgão e a.2) Procedimentos invasivos/atos cirúrgicos.

Inserido na categoria a) Práticas de priorização de cura, e relativamente à 1^a subcategoria (a.1) os participantes especificaram como situações de OT o “prolongamento do tempo de ventilação e a manutenção de suporte vasopressor apesar da irreversibilidade clínica da situação do doente” (E2); dois participantes referiram “a implementação de técnica dialítica num doente com clínica de choque e com doença irreversível” (E6; E15) e a “situação de um doente em fim de vida” (E15); outras situações identificadas são a “administração de hemoderivados em doentes em fim de vida” (E15) e “instituição de novas medidas terapêuticas apesar do prognóstico” (E8). Na segunda subcategoria (a.2) foram referidas pelos participantes “intervenções cirúrgicas fúteis e desnecessárias sem considerar o estado final ou a sobrevivência do doente” (E1; E14); o facto do “doente com diagnóstico de patologia cirúrgica com diversas complicações associadas e comorbilidades ser submetido a diversas intervenções invasivas” (E13); a existência de “técnicas invasivas fúteis” (E15) e a “implementação de mecanismos invasivos de modo a evitar a morte do doente apesar do prognóstico reservado” (E10). Na categoria b) Práticas do prolongamento do sofrimento, foram identificadas as seguintes asserções: “a insistência na manutenção de cuidados apesar da irreversibilidade” (E7); “o encarniçamento terapêutico em situações de mau prognóstico” (E8); “os tratamentos realizados em doentes em fim de vida que se mostram mais nocivos do que a própria doença e sem utilidade/benefício imediato no doente paliativo” (E16); “a realização de exames complementares de diagnóstico desnecessários” (E15); “o prolongamento do sofrimento do doente e família havendo percepção do enfermeiro que o *outcome* naquela situação não irá ser favorável” (E17); “a insistência em medidas médicas fúteis em casos de irreversibilidade clínica durante vários dias até concordância de todos os elementos da equipa médica” (E18); “a admissão tardia do doente na unidade para realização de tratamentos fúteis” (E19); “medidas de manutenção da vida, para evitar o confronto dos profissionais com a morte nas situações de doenças terminais” (E10).

Tema B) Razões identificadas para a existência de situações de obstinação terapêutica

As razões identificadas foram agrupadas em 2 categorias: a) Contexto e b) Equipa Multidisciplinar. Na 1^a categoria foram identificadas 3 subcategorias: a.1) o modelo de cuidados tecnicista; a.2) os critérios de admissão; e a.3) as necessidades de investigação. Na 1^a subcategoria (a.1) quatro participantes identificaram a “intencionalidade curativa da UCI como razão para a prática obstinada” (E2; E3; E6; E10); um participante identificou “o modelo biomédico como modelo implementado” (E3); outro



refere-se à necessidade de “objetividade médica” (E14), outro mencionou a “necessidade de introdução de novas técnicas e medicação “inovadora” (E19), e por último, dois encontraram razões que se ligam ao facto da “UCI ser um meio altamente tecnológico” (E2; E10). Na 2^a subcategoria (a.2) foi identificado o facto de “os doentes serem aceites já sem grande hipótese curativa” (E3), bem como “a idade avançada do doente que é admitido na UCI” (E5). Na 3^a subcategoria (a.3), as respostas centraram-se na “necessidade de estudo das situações patológicas” (E7; E8; E13) e na “necessidade de procura de evidência científica para efeitos curriculares” (E8). Na 2^a categoria b) Equipa Multidisciplinar, agruparam-se as razões em 2 subcategorias que se relacionam com: b.1) aspetos de tomada de decisão e b.2) aspetos psico-emo-cionais. Na 1^a subcategoria (b.1) emerge a “necessidade de consenso multidisciplinar antes do protocolo de Fim de Vida” (E6); a “falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar” (E15; E17); a “falta de comunicação com a família” (E15); a “avaliação insuficiente da situação do doente” (E15; E16); a “discordância entre a equipa para a suspensão de medidas de suporte vital” (E5; E17); e a “compartimentação das várias especialidades a observar a mesma pessoa” (E2). Relacionado com (b.2) identificou-se a “curiosidade clínica” (E7; E13); a “dificuldade em assumir a morte dos doentes” (E10); a “falta de sensibilidade” (E12); a “falta de empatia” (E12; E13); a “falta de compaixão pelo doente” (E12); a “imaturidade profissional” (E13); a “insegurança do corpo clínico” (E15).

Tema C) Sentimentos/ emoções experienciadas nas situações de OT

Neste tema identificou-se apenas uma categoria com expressividade, que se liga aos sentimentos / emoções de cariz negativo: a “*impotência*” (E2; E3; E5; E7; E12; E13; E15) e “reconhecimento da mesma” (E8; E14); a “*tristeza*” (E2; E6); a “*futilidade relativamente aos cuidados prestados*” (E3; E14; E17; E19); a “*revolta*” (E6; E14; E17; E19); a “*desumanidade*” (E7; E12; E13; E19); a “*frustração*” (E7; E8; E15; E18); o “*desrespeito*” (E8); a “*raiva*” (E10); a “*insegurança*” (E12; E13); a “*desvalorização*” (E15); e a “*angústia*” (E16).

Tema D) Medida(s) de obstinação terapêutica mais prevalentes na UCI

Os participantes referiram medidas que se agruparam em duas categorias: a) Procedimentos invasivos e b) Terapêutica Instituída. Na 1^a categoria foram identificadas 4 subcategorias: a.1) Ventilação mecânica invasiva; a.2) Meios complementares de diagnóstico e tratamento; a.3) Técnica dialítica; a.4) Intervenção Cirúrgica. Relativamente à 1^a subcategoria (a.1) foi referido a “Ventilação mecânica invasiva, como prolongamento da vida” (E2) e a “entubação orotraqueal por ser inútil e sem benefício para o doente” (E3). Quanto à 2^a subcategoria (a.2) houve referência ao “excesso de exames complementares de diagnóstico” (E19), à existência de “pedidos constantes de meios de diagnóstico e tratamentos invasivos para prolongamento da vida” (E2; E12; E13); e ao “estudo

analítico e cultural para diagnóstico muitas vezes excessivo e inútil na situação atual do doente” (E3). Na 3^o subcategoria a “Técnica dialítica” foi referida apenas por um participante (E4) como um procedimento invasivo frequente de OT. A 4^a subcategoria refere-se à “Intervenção Cirúrgica como procedimento invasivo de resolução de problemas imediatos” (E5; E14). No relato dos participantes foi notório a existência de “excesso de técnicas invasivas” (E19).

No que concerne à 2^a categoria b) Terapêutica Instituída, emergiram 3 subcategorias: b.1) Dispositivos; b.2) Medidas vasopressoras; b.3) outras medidas farmacológicas. Relacionado com a 1^a subcategoria (b.1), “as medidas de OT relacionam-se com a colocação de dispositivos” (E7; E8; E12; E13), e a “manutenção de dispositivos” (E10). Na 2^a subcategoria (b.2) englobou-se a “utilização de vasopressores em doses elevadas aquando da irreversibilidade do quadro” (E2); a “manutenção drogas vasoativas” (E5; E6); o “incremento de aminas” (E15; E18); e o “incremento de noradrenalina “acima de 400 mcg num doente em Fim de Vida” (E16). Na última subcategoria (b.3) incluiu-se a “antibioterapia” (E6; E15); a “incrementação da terapêutica” (E7; E8; E15); a “medicação excessiva” (E13) e a “administração de hemoderivados” (E15). Inserido neste tema, um participante reconheceu “todas as medidas (excluindo as medidas de conforto) que são realizadas a esses doentes” (E18) como medida(s) de OT.

Tema E) Estratégias de gestão de OT

As estratégias mencionadas deram sentido a duas categorias: a) Contexto e b) Equipa multidisciplinar. Relacionadas com a 1^a categoria foram identificadas estratégias relativas a.1) Criação de protocolos; a.2) Formação; e a.3) Avaliação do doente. No que diz respeito à 1^a subcategoria (a.1) surgiu o “desenvolvimento de um protocolo de Fim de Vida” (E2; E5; E15; E19) e a “definição de normas de atuação no processo de cuidado de Fim de Vida” (E12). Na a.2) sobressaiu a “necessidade de partilha informal de experiências” (E8); a “necessidade de formação estruturada e continuada sobre a temática” (E8; E10; E12; E13); a “necessidade de reorganização do plano de formação” (E18); a “apresentação de casos para melhorar a atuação futura” (E7); a “existência de reuniões mensais para discussão de casos” (E18); e “os momentos de partilha/debriefing de situações anteriores” (E17). A 3^a subcategoria (a.3) encontrou sentido na “definição de critérios de admissão” (E3); na “avaliação criteriosa do doente antes de ser aceite no serviço” (E3); e na “avaliação multidisciplinar do doente” (E4).

No que diz respeito à 2^a categoria b) Equipa multidisciplinar, os participantes deram importância à b.1) Comunicação e à b.2) Tomada de decisão. Na 1^a subcategoria (b.1) considerou-se ser necessário “a existência de momentos de discussão multidisciplinar” (E7; E8; E9; E11; E12; E13; E14; E15; E16; E17); bem como, a importância de “uma comunicação interdisciplinar mais efetiva” (E2; E18) e a “comunicação com a família” (E15).

Na Tabela 1seguinte encontram-se sistematizados os temas, categorias e subcategorias desocultados.

Tabela 1

Sistematização dos resultados por temas, categorias e subcategorias

Tema	Categorias	Subcategorias
A- Situações de OT em UCI	a) Práticas de priorização de cura b) Práticas do prolongamento do sofrimento	a.1) Terapêuticas de suporte de órgão a.2) Procedimentos invasivos/atos cirúrgicos
B- Razões identificadas para a existência de situações de OT	a) Contexto b) Equipa Multidisciplinar	a.1) o modelo de cuidados tecnicista a.2) os critérios de admissão a.3) as necessidades de investigação b.1) aspectos de tomada de decisão b.2) aspectos psico-emocionais
C- Sentimentos/ emoções experienciadas nas situações de OT	Sentimentos e emoções de âmbito negativo	
D - Medida(s) de obstinação terapêutica mais prevalentes na UCI	a) Procedimentos invasivos b) Terapêutica Instituída	a.1) Ventilação mecânica invasiva; a.2) Meios complementares de diagnóstico e tratamento; a.3) Técnica dialítica; a.4) Intervenção Cirúrgica b.1) Dispositivos; b.2) Medidas vasopressoras; b.3) outras medidas farmacológicas.
E - Estratégias de gestão de OT	a) Contexto b) Equipa multidisciplinar	a.1) Criação de protocolos; a.2) Formação; a.3) Avaliação do doente. b.1) Comunicação b.2) Tomada de decisão

Discussão

No quotidiano do enfermeiro em UCI, a OT acontece sobretudo nas práticas centradas na priorização da cura, incluindo terapêuticas de suporte de órgão e procedimentos invasivos/atos cirúrgicos. Identificaram-se intervenções realizadas em situações de irreversibilidade clínica, como ventilação mecânica invasiva, terapêutica vasopressora, técnicas de substituição renal e outras medidas consideradas fúteis, o que está em consonância com estudos prévios (Hynes et al., 2022; Mani & Ibrahim, 2017; Vieira et al., 2024). Os códigos deontológicos da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros estabelecem que a OT deve ser evitada, promovendo a salvaguarda da dignidade da pessoa e o respeito pela sua vontade previamente expressa, de forma livre, esclarecida e consciente — designadamente através das diretivas antecipadas de vontade, do testamento vital ou do consentimento informado. Também a Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) condena a OT, defendendo intervenções proporcionais e clinicamente benéficas.

Nas situações de OT em UCI foram percecionadas as práticas de prolongamento do sofrimento relacionadas com o encarniçamento terapêutico e a realização de exames diagnósticos desnecessários. As práticas desocultadas encontram relação com o referido por Silva et al. (2018), os quais evidenciam o uso excessivo de intervenções farmacológicas e tecnológicas, em detrimento de cuidados que valorizem a humanização da morte. De forma semelhante, Beckstrand et al. (2023), referem que os enfermeiros identificam como obstáculo a persistência dos médicos em tratamentos fúteis. Outros estudos (Hynes et al.,

2022; Lee et al., 2022; Mani & Ibrahim, 2017) indicam que os profissionais optam por medidas desnecessárias por receio de consequências ético-legais, mesmo quando estas não beneficiam a pessoa em fim de vida.

Entre as razões evidenciadas de OT, destaca-se neste estudo o Contexto no que respeita à filosofia e modelo de cuidados tecnicista, aos critérios de admissão e às necessidades de investigação. Trata-se de um contexto centrado no tratamento intensivo e na gestão de sintomas, que impulsiona intervenções mesmo em situações de fim de vida, tal como referem Hynes et al. (2022). Além disso, as necessidades de investigação implicam a realização de exames, aplicação de protocolos experimentais e estudos de caso, o que reforça a lógica tecnicista, sobretudo em unidades que funcionam como contextos de aprendizagem para profissionais em formação, referidos por outros autores (Vieira et al., 2024).

Paralelamente, a equipa multidisciplinar desempenha um papel central nas situações de OT, tanto ao nível da tomada de decisão como dos fatores psicoemocionais envolvidos. Neste estudo, a comunicação ocupa um lugar privilegiado e determinante para evitar situações de OT. Falhas na comunicação entre os profissionais, ausência de orientações claras sobre os objetivos de cuidados e a falta de justificação das intervenções são apontadas como causas de OT à semelhança de outros estudos (Hynes et al., 2022; Spoljar et al., 2022). El Jawiche et al. (2020) destacam a importância de decisões clínicas partilhadas de forma multidisciplinar. Beckstrand et al. (2023) referem que os enfermeiros percecionam que são muitas vezes dadas falsas esperanças à família, enquanto Silva et al. (2018) defendem uma comunicação mais uniforme



sobre os objetivos de cuidados em UCI. A comunicação com a família e as suas expectativas de cura constituem, segundo Mani e Ibrahim (2017), obstáculos para evitar a futilidade médica. Além disso, a falta de consenso entre os profissionais quanto às indicações clínicas e planos de cuidados compromete a implementação de medidas adequadas de fim de vida (Hynes et al., 2022; Mani & Ibrahim, 2017). Do ponto de vista psicoemocional, a curiosidade clínica associada à investigação e à imaturidade profissional, pode motivar práticas de OT, tal como referido por Voultssos et al. (2021). Outros fatores incluem a dificuldade em aceitar a morte, o receio de repercussões ético-legais e a pressão familiar perante a suspensão de medidas (El Jawiche et al., 2020; Voultssos et al., 2021). Em termos de sentimentos e emoções, os enfermeiros relatam impotência, revolta, frustração, desumanização e conflito moral, bem como insegurança, angústia, tristeza e raiva, coincidentes aos dos estudos de Voultssos et al. (2021). Hynes et al. (2022) alertam que esses sentimentos podem conduzir ao *burnout*, o que nos remete para a necessidade de conhecer as razões e evitar situações de OT. Na prática profissional, as medidas de OT identificadas incluem procedimentos invasivos como ventilação mecânica, os meios complementares de diagnóstico e tratamento, a implementação da técnica dialítica e a intervenção cirúrgica. No entanto, no estudo de Vieira et al. (2022), os enfermeiros consideraram que os atos interdependentes, de rotina ou protocolizados (posicionamentos, monitorização, substituição de dispositivos) acabam por constituir intervenções de enfermagem fúteis. Conscientes de que a complexidade dos cuidados exige um trabalho em equipa, a terapêutica instituída assume-se como uma medida significativa onde se incluem a manutenção de dispositivos, de medidas vasopressoras assim como outras medidas farmacológicas (antibioterapia e administração de hemoderivados). De acordo com o estudo de Vieira et al (2022), a futilidade consiste na administração de doses elevadas de vasopressores quando não trazem qualquer benefício.

Na cultura de um cuidado de responsabilização individual e coletiva, emergiram como estratégias de gestão de OT o contexto e a equipa multidisciplinar. No contexto, emergiu a criação de protocolos, a formação específica e a avaliação criteriosa do doente para prevenir a OT. A padronização de práticas, nomeadamente através de protocolos de fim de vida em UCI, permite uma abordagem mais uniforme e consistente entre os profissionais (Beckstrand et al., 2023; Hynes et al., 2022). Por outro lado, a formação é atualmente reconhecida como essencial, destacando-se a necessidade de incluir a OT nos planos de formação, com especial enfoque nos cuidados paliativos, promovendo competências adequadas à gestão de cuidados em fim de vida (Shustari et al., 2022). Os participantes sublinharam ainda a importância da discussão de casos clínicos e da definição clara de critérios de admissão em UCI, a serem avaliados pela equipa multidisciplinar. Destaca-se ainda a intervenção essencial da equipa multidisciplinar na gestão da OT, sendo a comunicação e a tomada de decisão pilares. Os enfermeiros defenderam ainda a realização de reuniões multidisciplinares para melhorar

a comunicação entre profissionais, em consonância com os estudos de Voultssos et al. (2021) e Silva et al. (2018). A comunicação com a família surge como crucial para gerir adequadamente situações de OT. Estudos referem a importância de uma informação clara, objetiva e realista, evitando falsas expectativas (Hynes et al., 2022; Mani & Ibrahim, 2017; El Jawiche et al., 2020; Beckstrand et al., 2023). No processo de tomada de decisão, defende-se a inclusão do parecer do enfermeiro nas passagens de turno médicas, especialmente em situações de irreversibilidade ou fim de vida, uma vez que é o profissional que, frequentemente, melhor conhece o doente (Voultssos et al., 2021; El Jawiche et al., 2020; Mani & Ibrahim, 2017). Denota-se a relevância dos resultados deste estudo em áreas outrora não tão reconhecidas, o que implica obrigatoriamente adotar posições e intervenções centradas na ética e deontologia profissional. Este domínio envolve processos de mudança que exigem ajustamento nos contextos e equipa multidisciplinar.

Conclusão

As situações OT constituem experiências-limite, marcadas por elevada complexidade e geradoras de conflitos morais, éticos e pessoais que desafiam os profissionais de saúde. Na percepção dos enfermeiros, a OT no doente adulto em UCI Polivalente depende de múltiplos fatores, relacionados com práticas de priorização de cura e prolongamento do sofrimento através de procedimentos invasivos e de medidas terapêuticas desmedidas face ao prognóstico do doente, bem como do próprio contexto da UCI e do funcionamento da equipa multidisciplinar. Os enfermeiros associam estas situações a sentimentos negativos com impacto pessoal e profissional. Consideram necessário criar protocolos que promovam práticas uniformizadas e consensual, realizar formações específicas sobre OT, melhorar a comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar e garantir o envolvimento do enfermeiro nos processos de decisão.

Este estudo contribui para a sensibilização dos enfermeiros para a problemática da OT e propõe estratégias que podem ajudar a preveni-la. Como limitação, destaca-se a ausência da mensuração da influência de fatores como dificuldades interpessoais, lacunas na formação em comunicação clínica ou falhas estruturais nos processos de decisão na percepção dos enfermeiros sobre a OT. Dada a natureza do estudo, os resultados não são generalizáveis, embora possam ser transferíveis para contextos similares. Sugere-se, para investigações futuras, a identificação e validação de estratégias para lidar com a OT, bem como a avaliação da sua eficácia.

Contribuição de autores

Conceptualização: Branco, C., Marques, R.

Tratamento de dados: Branco, C., Monteiro, E. L.

Análise formal: Branco, C.

Investigação: Branco, C., Marques, R.

Metodologia: Branco, C., Monteiro, E. L., Marques, R.

Administração do projeto: Branco, C.



Recursos: Branco, C.

Software: Branco, C.

Supervisão: Marques, R.

Validação: Monteiro, E. L., Sousa, P. P., Marques, R.

Visualização: Monteiro, E. L., Sousa, P. P., Marques, R.

Redação - rascunho original: Branco, C., Monteiro, E. L.

Redação - análise e edição: Branco, C., Monteiro, E. L.,

Sousa, P. P., Marques, R.

Referências bibliográficas

- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bacoanu, G., Poroch, V., Aniței, M.-G., Poroch, M., Froicu, E. M., Pascu, A. M., & Ioan, B. G. (2024). Therapeutic obstinacy in end-of-life care-a perspective of healthcare professionals from Romania. *Healthcare*, 12(16), 1593. <https://doi.org/10.3390/healthcare12161593>
- Beckstrand, R. L., Macintosh, J. L., Drake, J., Newman, C., Rasmussen, R., & Luthy, K. E. (2023). Critical access hospital nurses' perceptions of obstacles to end-of-life care: A qualitative study. *American Journal of Critical Care*, 32(4), 276-287. <https://doi.org/10.4037/ajcc2023186>
- El Jawiche, R., Halllit, S., Tarabey, L., Mrad-Abou, F. (2020). Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Lebanon: a cross-sectional survey of intensivists and interviews of professional societies, legal and religious leaders. *BMC Medical Ethics*, 21(80), 2-11. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00525-y>
- Fumis, R. R., Amarante, G. A., Nascimento, A. F., & Junior, J. M. (2017). Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Annals of Intensive Care*, 7, 71. <https://doi.org/10.1186/s13613-017-0293-2>
- Hynes, L., Coventry, T., & Russell, K. (2022). Intensive care nurses' perceptions on barriers impending the provision of end of life care in the intensive care setting: A quantitative analysis. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 7-17. <https://doi.org/10.3746/2020.391.214>
- Lee, Y. J., Ahn, S., Cho, J. Y., Park, T. Y., Yun, S. Y., Kim, J., Kim, J.-M., Lee, J., Lee, J., Lee, S.-M., Park, J. S., Cho, Y.-J., Yoon, H. I., Lee, J. H., Lee, C.-T., & Lee, Y. J. (2022). Change in perception of the quality of death in the intensive care unit by healthcare workers associated with the implementation of the "well-dying law". *Intensive Care Medicine*, 48(3), 281-289. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06597-7>
- Mani, Z. A., & Ibrahim, M. A. (2017). Intensive care unit nurses' perceptions of the obstacles to the end of life care in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 38(7), 715-720. <https://doi.org/10.15537/smj.2017.7.18454>
- Nazari, F., Chegeni, M., & Shahrbabaki, P. M. (2022). The relationship between futile medical care and respect for patient dignity: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21, 373. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01144-1>
- Oliveira, E. K. F., Simões, B. A. R., Souza, Y. M. V., Fernandes, N., Polaz, D. C. N., Souza, L. A. (2021). O papel do enfermeiro no manejo ao paciente terminal em UTI: uma revisão integrativa. *Scire Salutis*, 11(3), 6-13. <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2021.003.0002>
- Shustari, S. S., Molavynejad, S., Adineh, M., Savaie, M., & Sharhani, A. (2022). Effect of end-of-life nursing education on the knowledge and performance of nurses in the intensive care unit: A quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 21, 102. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00880-8>
- Silva, R., Lage, I., Macedo, E. (2018). Vivências dos enfermeiros sobre morte e morrer em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 20, 34-42. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0224>
- Spoljar, D., Vučić, M., Peršec, J., Merc, V., Kereš, T., Radonić, R., Poljaković, Z., Adam, V. N., Karanović, N., Čaljkušić, K., Župan, Ž., Grubješić, I., Kopić, J., Vranković, S., Krobot, R., Nevajdić, B., Golubić, M., Grosek, Š., Tiljak, M. K., ... Borovečki, A. (2022). Experiences and attitudes of medical professionals on treatment of end-of-life patients in intensive care units in the republic of Croatia: A cross-sectional study. *BMC Medical Ethics*, 23, 12. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00752-5>
- Vieira, V. J., Deodato, S., Mendes, F. (2022). Therapeutic Futility in Nursing: A Focus Group. *SAGE Open Nursing*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.1177/23779608221134768>
- Vieira, J. V., Oliveira, H., Deodato, S., & Mendes, F. (2024). Futility therapeutic nursing interventions in adult intensive care: A descriptive study. *Nursing ethics*, 9697330241277988. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/09697330241277988>
- Virdun, C., Luckett, T., Davidson, P. M., & Phillips, J. (2015). Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. *Palliative medicine*, 29(9), 774-796. <https://doi.org/10.1177/0269216315583032>
- Voultsos, P., Tsompanian, A., Tsaroucha, K. A. (2021). The medical futility experience of nursing professionals in Greece. *BMC Nursing*, 20(254), 2-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00785-y>

