



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

## *Resumo Executivo*

# LIMITAÇÃO DO ESFORÇO TERAPÊUTICO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO NA PERSPECTIVA DE FAMILIARES: ESTUDO DE CASO

**AUTOR: ISMAEL FARIAS MAILAN**

ORIENTAÇÃO: PROFA. DRA. FRANCIELE ROBERTA CORDEIRO

COORIENTADORA: ENFA. JÚLIA BROMBILA BLUMENTRITT

**PELOTAS, 2026**

# ***Sumário***

1. INTRODUÇÃO.....	03
2. OBJETIVOS.....	06
3. MÉTODOS.....	07
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	09
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
6. REFERÊNCIAS.....	32

# 1. Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um espaço hospitalar dedicado ao tratamento de indivíduos com quadros clínicos graves, exigindo monitoramento contínuo e intervenções imediatas. A assistência é prestada por equipes especializadas, garantindo cuidados ininterruptos e suporte multidisciplinar ao paciente (Brasil, 2023). Indivíduos em condições graves de saúde recebem um conjunto de cuidados intensivos que inclui o uso de suporte tecnológico avançado e procedimentos médicos como sedação, intubação, ventilação mecânica e monitoramento invasivo. Essas ações são fundamentais para preservar as funções vitais e garantir a melhor assistência possível (Yanez-Dabdoub; Vargas-Celis, 2018).

Backes et al. (2012) destacam que a internação na UTI ocorre quando a condição clínica do paciente se agrava, independentemente da idade. Geralmente, os pacientes apresentam diagnóstico prévio e estabilização em outra unidade de cuidado. No entanto, além dos casos em que a terapia intensiva é necessária, a UTI também recebe pacientes em fase final de vida que poderiam ser melhor assistidos em outras unidades, mas são internados por dificuldades no controle de sinais e sintomas exacerbados, pressão familiar ou decisão médica (Backes et al., 2012). Ao longo do século XX, os avanços científicos e tecnológicos ampliaram a compreensão da fisiologia humana, possibilitando a extensão da vida. Contudo, essa longevidade nem sempre ocorre com qualidade, especialmente em pacientes com doenças terminais, cujos desafios de realizar o cuidado em domicílio levaram à crescente institucionalização da morte em Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) (Santana et al., 2017). Contudo, ainda que o ambiente hospitalar seja um espaço de tratamento e reabilitação, a UTI assume, muitas vezes, o papel de última instância para pacientes em situação grave, onde se busca evitar o desfecho da morte (Vicensi, 2016).

Além das escolhas terapêuticas e da avaliação do prognóstico, o cuidado intensivo envolve a maneira como a equipe interage com os familiares, transmite informações sobre a condição do paciente e estrutura a rotina dentro da UTI (Pessini, 2016). Visto que o enfrentamento de uma enfermidade grave e a necessidade de internação são situações que trazem desafios complexos e afetam não apenas os pacientes, mas também seus familiares (Lemos; Casanova, 2023).

A prática médica fundamenta-se na obrigação ética de oferecer medidas terapêuticas quando há potencial de cura, prolongamento da vida ou melhora na qualidade de vida do paciente. Entretanto, essas intervenções não devem resultar na manutenção desnecessária do sofrimento diante da morte inevitável (Ordóñez-Villota et al., 2021). Isto posto, a tomada de decisão informada assegura que pacientes e familiares escolham com base no conhecimento do diagnóstico, do prognóstico e das alternativas terapêuticas considerando, portanto, decisões alinhadas aos seus valores e levando em conta os riscos e benefícios de cada opção (D'Alessandro et al., 2023).

A continuidade de um tratamento deve ser avaliada com base em seus benefícios reais para o paciente. Quando não há mais expectativa de melhoria, sua suspensão ou não implementação torna-se uma conduta justificável, se decisão alinhada aos princípios da ética e bioética (Loscalzo et al., 2024).

Reconhecer que a vida possui um limite natural permite a adoção de práticas mais éticas na área da saúde, garantindo que o cuidado ao paciente seja pautado na dignidade e na redução do sofrimento nos momentos finais de sua existência (Santos et al., 2024). A Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) permite aos médicos suspenderem ou não introduzirem novos tratamentos que apenas prolongam a vida de pacientes em fase de terminalidade com doenças irreversíveis, desde que haja consentimento do paciente ou de seu responsável e a conduta esteja alinhada aos princípios dos cuidados paliativos (CP) (CFM, 2006). Lorda et al. (2008) argumentam que a Limitação do Esforço Terapêutico (LET) implica não iniciar ou descontinuar intervenções médicas que, na avaliação do profissional de saúde, são ineficazes para o quadro clínico do paciente. Nessas circunstâncias, os procedimentos apenas prolongam a sobrevivência, sem garantir benefícios funcionais ou qualidade de vida.

A LET no ambiente de cuidado intensivo pode ser justificada pelo desejo do paciente ou da família, pela futilidade do tratamento, pela previsão de baixa qualidade de vida ou pela elevada carga terapêutica necessária para reversão do quadro clínico (Filho et al., 2023). À medida que a doença avança, a redução da eficácia do tratamento curativo ou das medidas de suporte de vida amplia a relevância dos CP (Lampert et al., 2022). Nessa perspectiva, estratégias terapêuticas como ventilação mecânica, terapia renal substitutiva, drogas vasoativas, nutrição artificial e reanimação cardiopulmonar podem, em determinadas situações, apenas prolongar a vida sem proporcionar qualidade, aumentando o sofrimento (Moritz et al., 2008).

Nesse contexto, os Cuidados Paliativos surgem com objetivo central em melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, ao promover conforto nos seus aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais (Mazutti; Nascimento; Fumis, 2016).

Para Almeida et al. (2009), o processo de internação afeta não apenas o paciente, mas também todos aqueles que apresentam laços de afetividade com ele, que compartilham e dividem os desafios que permeiam este período. Assim, torna-se necessário reconhecer as consequências dessa vivência para essas pessoas.

Conforme Nunes e Sousa (2017) nas unidades hospitalares com terapias intensivas ocorre a maior probabilidade do surgimento de decisões sobre a LET, pois pacientes em estado crítico, frequentemente impossibilitados de decidir por si mesmos, têm seu tratamento gerenciado pela equipe médica e pelos familiares. Logo, é fundamental a inclusão da família nesse processo, considerando sua participação e opinião nas decisões.

A escolha por investigar o tema sob a perspectiva dos familiares neste trabalho justifica-se pelo impacto emocional envolvido no processo decisório acerca da LET, em um momento marcado por intensa vulnerabilidade. Embora a literatura aponte para avanços significativos nos debates éticos e bioéticos no que se refere à terminalidade, ainda são escassos os estudos que exploram, de forma aprofundada, como os familiares compreendem e vivenciam as decisões relacionadas à suspensão ou não introdução de medidas de suporte à vida em UTI

Diante do exposto, a decisão sobre LET na UTI configura um processo permeado por desafios éticos, emocionais e clínicos que impactam diretamente os familiares. Assim, este estudo busca compreender como esse processo ocorre, orientando-se pela seguinte questão norteadora: **Como ocorre a tomada de decisão sobre a limitação do esforço terapêutico em unidade de terapia intensiva adulto na perspectiva de familiares?**

# 2. Objetivos

## 2.1 Objetivo geral

Compreender o processo de tomada de decisão sobre a limitação do esforço terapêutico em unidade de terapia intensiva adulto na perspectiva de familiares.

## 2.2 Objetivos específicos

Apresentar os familiares de pessoas hospitalizadas em unidade de terapia intensiva adulto com indicação de limitação do esforço terapêutico.

Identificar quais fatores contribuem ou dificultam a compreensão dos familiares de pessoas hospitalizadas em unidade de terapia intensiva adulto em relação ao processo de tomada de decisão sobre a limitação do esforço terapêutico.

Descrever as vivências de familiares de pessoas hospitalizadas em unidade de terapia intensiva adulto em relação ao processo de tomada de decisão sobre a limitação do esforço terapêutico.

# 3. Método

## 3.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com delineamento de estudo de casos múltiplos.

## 3.2 Local do estudo

O estudo ocorreu na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HE UFPel/EBSERH).

## 3.3 Participantes do estudo

Para compor a amostra, utilizou-se o tipo de amostragem intencional. A população do estudo foi constituída por três familiares de pacientes hospitalizados na UTI adulto sob cuidados paliativos ou com indicação de limitação de esforço terapêutico.

## 3.4 Fonte de evidências

A entrevista semiestruturada foi utilizada como principal fonte de evidências para o presente estudo de caso e, de forma complementar, recorreu-se às informações contidas no prontuário para delinear com maior precisão as condições clínicas do paciente.

## 3.5 Procedimentos para a coleta de dados

A produção dos dados ocorreu entre junho e outubro de 2025. Após aprovação da pesquisa, a proposta foi apresentada à equipe da UTI para indicação de familiares aptos à participação, identificados por meio da consulta aos prontuários e confirmação da equipe de enfermagem. Os familiares foram abordados durante as visitas, receberam informações sobre o estudo e participaram das entrevistas após a leitura e assinatura do TCLE. As entrevistas foram realizadas em sala reservada, com gravação de áudio autorizada e posterior transcrição para análise.

## 3.6 Gerenciamento dos dados

Após a realização das entrevistas, os arquivos de áudio foram armazenados em uma pasta específica no aplicativo Google Drive, e a transcrição das entrevistas foi realizada por meio do aplicativo TurboScribe.ai, sendo posteriormente revisada e editada no Google Docs. Cada entrevista foi transcrita em um arquivo próprio, pelo qual foram inseridos no software Atlas.ti, permitindo o armazenamento, gerenciamento e posterior codificação e categorização das informações, contribuindo para a sistematização dos achados do estudo.

# 3. Método

## 3.7 Análise dos dados

A análise dos dados oriundos das entrevistas foram submetidos à síntese cruzada dos casos, técnica usada quando há mais de um caso a ser estudado. Esse método permite comparar os casos entre si para identificar semelhanças, diferenças e padrões importantes (Yin, 2015). As entrevistas foram organizadas e analisadas com auxílio do software Atlas.ti. A partir da leitura minuciosa do material, foram elaborados 15 códigos aplicados a 52 excertos, permitindo a identificação de elementos recorrentes nas falas dos participantes. Posteriormente, os dados foram reorganizados conforme a unidade temática do estudo, resultando em quatro subunidades: comunicação da equipe com os familiares, percepção sobre a limitação do esforço terapêutico e adequação terapêutica, proximidade com a finitude e impacto das vivências nos familiares.

## 3.8 Preceitos éticos

A pesquisa foi conduzida em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, a Resolução COFEN nº 564/2017 e a Lei nº 13.709/2018 (LGPD), assegurando o respeito aos princípios éticos, à privacidade e ao sigilo das informações. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob Parecer nº 7.602.617 e CAAE nº 88511925.6.0000.5316.

# 4. Resultados e discussão

## 4.1 Apresentação dos casos

Nesta unidade será realizada a apresentação dos casos elaborados com base tanto nas falas dos familiares que aceitaram participar quanto nas informações obtidas em prontuário, no contexto da limitação do esforço terapêutico na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

### Caso 1

No Caso 1, a familiar acompanhante era filha da paciente, uma mulher de 37 anos, com ensino médio completo, autodeclarada branca, espírita e atuante na área de expedição de pedidos. Ela permaneceu como principal referência familiar durante todo o período de internação na UTI, sendo a responsável por receber as informações relacionadas ao estado de saúde da paciente. A paciente era uma mulher de 59 anos, admitida na UTI devido a um quadro de choque séptico de provável origem pulmonar, associado à insuficiência respiratória aguda, o que exigiu a instauração imediata de suporte intensivo. O evento agudo ocorreu sobre um histórico clínico marcado por um processo prolongado de adoecimento. Inicialmente diagnosticada com câncer de mama, a paciente apresentou recidivas ao longo dos anos, evoluindo, posteriormente, para metástase cerebral. Durante a internação, somaram-se novos agravantes ao quadro clínico, entre eles injúria renal aguda, pneumonia aspirativa e episódios convulsivos, os quais intensificaram a complexidade já instalada. A confluência desses fatores, associada ao prognóstico reservado, resultou em discussões com a familiar de referência sobre a adequação das condutas terapêuticas, especialmente no que se referia à limitação de intervenções potencialmente fúteis e à priorização de medidas voltadas ao conforto e à dignidade da paciente. A entrevista com o Familiar 1 foi realizada após 13 dias de internação, transcorridos oito dias desde a comunicação da limitação terapêutica.

### Caso 2

No Caso 2, o familiar que acompanhava a paciente era seu filho, um homem de 58 anos, autodeclarado branco, com ensino médio completo, motorista de profissão e simpatizante do espiritismo. Durante toda a internação hospitalar, inclusive na UTI, foi ele quem se manteve ao lado da mãe recebendo as atualizações clínicas e participando das decisões relacionadas ao cuidado. A paciente, uma mulher de 86 anos, foi admitida no hospital para investigação de ascite e cirrose, inserida em um histórico marcado por múltiplas condições crônicas. Entre seus antecedentes, destacavam-se hipertensão arterial sistêmica, esclerose sistêmica há aproximadamente 15 anos, acidente vascular cerebral isquêmico há cerca de 10 anos, doença renal crônica, fibrilação atrial crônica e hipoacusia bilateral, além de cirurgias ginecológicas e abdominais realizadas em períodos anteriores. Sua trajetória de vida revelava um papel social significativo, pois era mãe, avó e cuidava de diversas pessoas ao longo dos anos, incluindo indivíduos envolvidos em projeto social. A admissão na UTI ocorreu diante de um quadro de choque hipovolêmico decorrente de um hematoma em flanco direito, associado à piora do estado geral.

Durante a internação, houve agravamento progressivo da função renal, evoluindo para injúria renal aguda com anúria, além de instabilidade hemodinâmica significativa. Frente à evolução crítica, foram discutidas com o filho, familiar de referência, as possibilidades terapêuticas e os limites das intervenções considerando o prognóstico desfavorável. A partir de então, definiu-se pela não realização de hemodiálise e pela não indicação de ressuscitação cardiopulmonar, priorizando medidas voltadas ao conforto, alívio de sintomas e manutenção da dignidade da paciente diante do avançado estado de adoecimento. A coleta de dados junto ao Familiar 2 ocorreu após 13 dias de internação na UTI, quando já se completavam seis dias desde a definição acerca da limitação terapêutica.

### Caso 3

No Caso 3, o familiar que acompanhava a paciente era seu filho, um homem de 37 anos, autodeclarado branco, de crença cristã, com formação superior e atuação profissional como gestor. Ele acompanhou a internação de perto, participando dos momentos de atualização realizados pela equipe e acompanhando o processo de tomada de decisões diante das mudanças do quadro clínico. A paciente, uma mulher de 71 anos, apresentava histórico de múltiplas internações hospitalares, incluindo períodos prolongados na UTI. O primeiro motivo que a levou ao hospital foi um quadro de piomiosite tropical com múltiplos abscessos musculares, exigindo drenagens e tratamento específico. Ao longo das internações seguintes, evoluiu com diferentes complicações infecciosas e respiratórias, além de episódios de injúria renal aguda que, em determinados momentos, demandaram de suporte dialítico. Durante a permanência prolongada na UTI, também apresentou dificuldade de desmame ventilatório, levando à realização de traqueostomia. A atual, e terceira, internação ocorreu devido à sepse de provável foco pulmonar com episódio de choque após parada cardiorrespiratória (PCR), associado à insuficiência respiratória aguda. Apesar da estabilização hemodinâmica e da resolução das infecções, a paciente permaneceu em estado de coma profundo após a PCR. Diante da ausência de recuperação neurológica, do estado de coma mantido e das limitações relacionadas à condição de paciente crítica crônica, a equipe de medicina intensiva conduziu diálogo com o esposo da paciente e o filho, apresentando a evolução clínica e as possibilidades terapêuticas. Após alinhamento entre equipe e familiares, definiu-se pela não realização de novas medidas invasivas, consideradas fúteis no contexto. A partir disso, foi instituído um plano de cuidados paliativos, priorizando a gestão de sintomas e a manutenção do conforto, após a estabilização do quadro infeccioso e hemodinâmico. A entrevista com o Familiar 3 foi realizada no 12º dia de internação na unidade, após comunicação prévia do ajuste terapêutico realizada quatro dias antes.

## 4.2 Vivências de familiares em relação ao processo de tomada de decisão sobre a limitação do esforço terapêutico

Nesta unidade temática são apresentadas discussões acerca das vivências de familiares diante do processo de tomada de decisão sobre a limitação do esforço terapêutico, considerando os elementos que compõem essa experiência no contexto do cuidado em fim de vida.

As análises abordaram as percepções construídas pelos familiares sobre a adequação das condutas terapêuticas, a aproximação com a finitude e os impactos produzidos ao longo do percurso. As discussões foram articuladas de modo a evidenciar como essas vivências influenciam a forma como as decisões são compreendidas e significadas.

#### 4.2.1 “Tem que ser exatamente do jeito que tem que ser. Doa quem doer”: a comunicação da equipe com os familiares

Antes de explorar a comunicação da equipe com os familiares de pessoas internadas no ambiente de cuidados intensivos sob limitação do esforço terapêutico, é necessário contextualizá-la como instrumento essencial para a compreensão do estado de saúde do paciente e para a participação da família nas decisões relacionadas ao cuidado. A comunicação enquanto processo de interação humana possibilita a troca de mensagens, ideias, sentimentos e emoções, constituindo um fenômeno que envolve tanto os aspectos racionais quanto afetivos. Essas interações influenciam comportamentos e modos de interpretar a realidade, uma vez que cada pessoa responde de acordo com suas experiências, valores, crenças e herança cultural. Dessa forma, comunicar-se não é apenas transmitir informações, mas participar de um movimento de construção conjunta de sentidos que orientam ações e decisões (Brito et al., 2014).

A comunicação enquanto processo de interação humana possibilita a troca de mensagens, ideias, sentimentos e emoções, constituindo um fenômeno que envolve tanto os aspectos racionais quanto afetivos. Essas interações influenciam comportamentos e modos de interpretar a realidade, uma vez que cada pessoa responde de acordo com suas experiências, valores, crenças e herança cultural. Dessa forma, comunicar-se não é apenas transmitir informações, mas participar de um movimento de construção conjunta de sentidos que orientam ações e decisões (Brito et al., 2014).

Para Haas e Brust-Renck (2022), o processo de comunicação envolve o repasse de informações clínicas entre a equipe de saúde e os familiares, sendo o profissional médico o responsável por comunicar não só as notícias favoráveis mas também aquelas consideradas desfavoráveis, garantindo que todos estejam devidamente esclarecidos sobre a condução terapêutica que está sendo utilizada. Diante da hospitalização, a família enfrenta desafios significativos especialmente porque esse processo desperta a tensão entre a possibilidade de recuperação e o risco de morte. Nesse cenário, a comunicação torna-se um elemento determinante, capaz de fortalecer ou fragilizar a relação estabelecida entre os profissionais e os familiares (Furtado; Leite, 2017). Os familiares, ao mesmo tempo, percebem o avanço da doença no paciente e o surgimento de demandas sociais que o conduzem a se envolver nas relações e interações que estruturam o cotidiano da rotina hospitalar (Silva; Lima, 2014).

A partir das narrativas trazidas pelos familiares entrevistados, observa-se que, no processo de comunicação, há a necessidade do uso de uma linguagem mais simples e compreensível durante as interações com a equipe médica.

Os nomes dos remédios são meio estranhos. A gente entende na hora e depois não saberia nem falar o nome deles. Mas eles sempre falam, as enfermeiras que estão na hora, até a médica na hora do laudo, ela diz: “Ah, entrei com o processo. Fiz assim”. Ela sempre tenta explicar o melhor possível [...]. E, na verdade, no primeiro dia, quando eu conheci ela, eu ainda pedi para ela, assim, eu sou bem aberta, assim, prefiro, já que eu não entendo muito as palavras bonitas que vocês falam, eu disse para ela, então, eu prefiro que seja bem no português (Familiar 1).

O relato acima evidencia que a linguagem utilizada pela equipe, por vezes marcada por termos técnicos, pode dificultar a compreensão dos familiares em um momento de fragilidade. Além disso, o familiar expressa a necessidade de uma comunicação mais simples e direta, alinhada ao seu nível de entendimento. Essa demanda mostra a importância de moldar a fala da equipe às necessidades de quem a escuta, assegurando que a informação seja de fato compreendida.

Diante de cenários clínicos mais críticos, como a internação de um familiar na UTI, a comunicação se complexifica, pois diversos fatores interferem na interpretação e expressão dos sentimentos dos envolvidos. Assim, as orientações fornecidas precisam ser diretas e devem contemplar o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento quanto os recursos utilizados no cuidado, como o uso de dispositivos de sonda, catéteres e drenos (Puggina et al., 2014).

Ao analisar a fala do familiar, fica evidenciado que, mesmo recebendo explicações sobre os tratamentos e procedimentos que vinham sendo realizados, nem sempre é possível lembrar ou reter todas as informações. Isso sugere que a compreensão do que é comunicado pode ocorrer de forma pontual, reforçando a importância de retomadas e esclarecimentos contínuos. Essa comunicação, no entanto, não deve ser uma atribuição apenas da equipe médica, mas sim uma prática incorporada por todos os profissionais da equipe.

Em um estudo realizado por Predebon et al. (2011), os autores encontraram que, no horário de visita em uma unidade de cuidados intensivos adulto, os familiares costumam questionar a equipe de enfermagem sobre diversos aspectos do tratamento. Porém, grande parte dessas perguntas é transferida à figura do profissional médico, o que limita a responsabilidade comunicativa da enfermagem sobre os cuidados que vêm sendo realizados. Com isso, os familiares permanecem pouco informados e recebendo esclarecimentos apenas nos momentos de visita com a centralização do saber no médico.

Embora a definição das condutas seja prerrogativa médica, a literatura reforça que outros profissionais, como os da equipe de enfermagem, sustentam o suporte cotidiano ao paciente e à família. Esse suporte deve envolver portanto a assistência, a orientação e o manejo das dúvidas, além de garantir a continuidade da comunicação e interação entre todos os envolvidos na assistência ao enfermo. Assim, a equipe de enfermagem atua como elo do processo e como agente ativo na concretização das decisões (Vallejo et al., 2020).

Durante a narrativa sobre o percurso do acompanhamento da enfermidade, foi perceptível a mobilização de recursos linguísticos vinculados à terminologia médica a qual se foi exposto durante o processo de internação do familiar. Tal situação pode ser verificada abaixo.

Ela tinha alguns nódulos ali no ombro e acabou espalhando esses nódulos, essa infecção, para o restante do corpo. Foi para o outro ombro, espalhou para o pulmão, depois ela acabou pegando uma pneumonia também, uma pneumonia bem severa, já estava com problemas também de glicose também, né? Esqueci o... Já tinha problema de hiperglicemia ali, né? Então, tudo foram agravantes que trouxeram ela para cá. Essa infecção foi para o... Espalhou no corpo inteiro, sangue e tudo, né? Então, se tornou bem dificultosa (Familiar 3).

Embora os familiares entrevistados tenham escolaridades que variam entre ensino médio completo e superior completo, tais características não asseguram uma compreensão adequada diante de explicações baseadas em linguagem altamente técnica. Isso evidencia que a dificuldade de entendimento não se restringe a grupos específicos, mas pode atravessar distintos níveis educacionais, reforçando a necessidade de uma comunicação em saúde mais fluida, precisa e devidamente contextualizada. Apesar disso, foi possível identificar a apreensão de termos, sobretudo relacionados ao diagnóstico, denotando algum nível de compreensão dos familiares sobre eles e proximidade com o cenário da hospitalização.

Quando a linguagem técnica predomina durante o processo de comunicação, o entendimento dos familiares pode ser afetado, especialmente em momentos de maior fragilidade emocional, como acompanhar o passar da vida dentro de uma unidade de cuidados intensivos (Monteiro; Quintana, 2016). Além disso, a adoção de uma terminologia altamente técnica tende a dificultar a assimilação das informações, criando ruídos comunicacionais que prejudicam a qualidade e a efetividade do diálogo entre equipe e familiares (Rezende et al., 2014). Comunicar e transmitir as informações de forma objetiva e em termos acessíveis aos familiares possibilita que estes também possam expressar suas dúvidas e percepções sobre a situação em que o paciente se encontra (Frizon et al., 2012).

No momento em que a comunicação aos familiares foi realizada através de explicações diretas, houve a construção de sentido sobre o quadro clínico atual de cada um dos pacientes internados, conforme demonstrado na sequência.

Ela conseguiu nos esclarecer todos os pontos que a gente precisava [...] conseguiu resolver outros que a gente já tava pensando e a gente chegou numa conclusão, que ela também acha que é bom (Familiar 1).

Aí quando ela ia dar [alta] na quarta-feira há 14 dias atrás, ou 15, ela ia dar alta, já ia pra casa, estourou um vaso na barriga, entre o peritônio e a barriga. [...] Deu um dia aquilo ali, já foi uma correria. Não conseguiram colocar o acesso, tiveram que colocar um acesso central. Tiveram que anestesiá-la total para poder sedar. E disseram para ir para a UTI para poder fazer esse tratamento, estancar a hemorragia que era lá dentro, uma vez que não podia operar. A equipe médica e o cirurgião reuniram e disseram para nós, sempre nesse processo, sempre nos informando mesmo a tempo e horas o que está acontecendo, o que não está acontecendo e por que está acontecendo (Familiar 2).

Sempre foi explicado de maneira clara, sempre objetiva. A gente perguntava alguma coisa que nós não tínhamos entendimento, a gente sempre foi bem esclarecido (Familiar 3).

Os participantes relataram que quando dúvidas surgiam, as respostas recebidas permitiam reorganizar sua própria percepção da situação. Ainda, descreveram que recebiam orientações sobre o que estava sendo feito, porque determinadas condutas eram necessárias e quais mudanças estavam sendo observadas.

A comunicação adequada para as famílias consiste em receber informações verdadeiras sobre o estado de saúde do paciente e ter a oportunidade de questionar e esclarecer suas dúvidas, funcionando como um elo vital com o saber sobre seu ente (Inaba; Silva; Telles, 2005). Silva, Quintana e Nietsche (2012) destacam que falhas na comunicação com a família podem gerar impasses, especialmente quando as informações são vagas ou incompletas. Em um contexto de internação em UTI, esse tipo de mensagem tende a alimentar expectativas irreais, dificultando a aceitação dos limites terapêuticos e dos cuidados paliativos, levando os familiares a insistirem em intervenções contínuas e sem benefício real.

A comunicação direta da equipe, com abertura para esclarecimentos, foi ponto destacado nos relatos. Ainda, foi mencionado sobre o desejo de que nada fosse omitido e de que, mesmo diante de notícias difíceis, as informações fossem apresentadas com transparência.

Eu que tive mais visitas aqui nesse horário que eu venho sempre, né? Mas a médica foi bem clara que ela [paciente] não tem condição. A gente achava que a hemodiálise era um ciclo. Tu bota uma entrada, e bota uma saída e vai. Mas a médica falou que tem que retirar grande parte do sangue. Então ela não tem condição mesmo. O doutor explicou bem [...] Apesar de doer às vezes quando a pessoa falava, mas sempre foi direto, fácil, [...] todas as doutoras que falaram conosco foram quatro, cinco já, sempre com a didática, inclusive o novo, sempre bem informado, o outro [médico plantonista] que tava ali no fim de semana, uma didática de falar, de comunicar, nunca nos esconderam alguma coisa, a realidade é isso, isso e isso, vamos fazer isso e precisamos que ela nos ajude a fazer tal coisa, entendeu? Nunca nos mentiram, vamos dizer assim (Familiar 2).

Então, a gente, como já está um longo período aqui no hospital, infelizmente, a gente acaba se acostumando com algumas notícias, não que a gente não sinta dor, né? Mas a gente acaba acostumando, então, a gente já pede para que eles sejam o mais sinceros possíveis ali, que não escondam, não ocultem nada, podem falar com boa clareza ali, que a gente entende, compreende (Familiar 3).

A postura destacada pelos familiares como honesta e não omissiva, vai ao encontro da literatura que reconhece a veracidade, a empatia e a constância do diálogo como componentes essenciais para o alinhamento de expectativas e para a participação ativa da família nas decisões.

Para que se construam relações de confiança e se adote uma tomada de decisões compartilhada, é fundamental uma comunicação que seja adequada ao contexto, efetiva em sua transmissão, respeitosa em sua forma e sincera em seu conteúdo (Luiz; Caregnato; Costa, 2017). Quando conduzida de maneira sensível e ajustada às necessidades de cada núcleo familiar, favorece o alinhamento do cuidado e sustenta a participação ativa dos envolvidos (Campos; Vilaça, 2021).

Nos relatos, os familiares mencionam que receberam informações de múltiplos médicos ao longo da internação e mostram como a maneira de comunicar notícias graves pode impactar emocionalmente a família.

Ela simplesmente pegou um laudo ali, alguma coisa que estava na ficha da mãe que não era uma coisa tão grave que aquilo estava sendo levado aos poucos e ela simplesmente jogou tudo assim em cima do meu irmão e ainda aconselhou fazer, não lembro a palavra certa, mas falando no português, por exemplo, colocar minha mãe dentro da peça onde ela estava ali, desligar todos os aparelhos e deixar morrer [...] Ela disse que aquilo ali que estava levando à morte da minha mãe, que a minha mãe estava com vários cânceres, a cabeça dela estava tomada de câncer, que era isso que ela estava morrendo, que o melhor era fazer, era deixar ela ali, desligar os aparelhos e deixar morrer sozinha [...]. Ela deve ter pegado a ficha da minha mãe de manhã e aí as duas horas ela achou melhor jogar tudo isso em cima do meu irmão e não saber o que ele ia fazer quando saísse dali (Familiar 1).

Este depoimento evidencia uma falha crítica na comunicação de más notícias, marcada pela falta de sensibilidade, pelo ritmo inadequado da transmissão das informações e pela ausência de acolhimento emocional. A frase “Ela deve ter pegado a ficha da minha mãe de manhã” permite inferir que houve um descompasso entre a rotina de comunicação esperada e a forma como as informações foram entregues. A família, acostumada a receber orientações graduais e adequadas ao momento, acabou confrontada com uma abordagem brusca, que desrespeitou tanto o tempo emocional necessário quanto às boas práticas de comunicação em cuidados críticos.

De acordo com Moritz (2007), a própria estrutura de trabalho nas UTIs, baseada em plantões médicos, tende a fragilizar a relação com os familiares. A ausência de um profissional de referência, que acompanhe o caso de forma contínua, gera uma comunicação fragmentada e uma percepção de descontinuidade no cuidado, dificultando o estabelecimento de uma conexão significativa e de confiança mútua.

Quando informações sensíveis são transmitidas de forma inadequada durante a hospitalização, esse momento tende a permanecer marcado na memória dos familiares, dada a vulnerabilidade envolvida. Assim, essa tarefa demanda preparo e sensibilidade de toda a equipe médica (Haas; Brust-Renck, 2022). Dessa forma, o modo de comunicar um prognóstico pode repercutir profundamente na vivência do luto.

Borges e Junior (2014) ressaltam que comunicar situações de terminalidade na UTI exige do intensivista a consciência dos limites terapêuticos e a capacidade de conduzir esse momento com sensibilidade. Para isso, recomenda-se que um profissional experiente, preferencialmente aquele com vínculo já estabelecido com os entes próximos do paciente, transmita as informações de forma alinhada com a equipe e em ambiente reservado.

Diante do adoecimento de um familiar, pessoas próximas podem se sentir fragilizadas emocionalmente. A comunicação precisa ser planejada com atenção ao conteúdo, à forma e ao momento da transmissão, pois influencia diretamente como os familiares compreendem e processam a situação (Brasil, 2023).

Percebe-se a preocupação do familiar quanto à forma de comunicar uma notícia ruim, considerando a pessoa que irá recebê-la.

Porque do mesmo jeito que tu fala, tu nunca sabe como é que a pessoa vai receber aquela informação, se ela vai sair vai se matar, se vai se atirar na frente do primeiro carro, ou vai daqui a pouco não sabe se tem uma doença alguma coisa (Familiar 1).

A fala evidencia o profundo impacto que as palavras podem ter, atribuindo a quem fala uma grande responsabilidade. Ela reflete o medo de que um comentário, mesmo sem má intenção, possa ser o estopim para uma ação trágica em alguém emocionalmente fragilizado, cuja dor nem sempre é visível.

As respostas às más notícias dependem das interpretações pessoais sobre a doença e a possibilidade de perda, mantendo-se sempre singulares, mesmo diante de medidas de atenuação (Campos; Silva; Silva, 2019).

Mesmo quando bem realizada, a comunicação é influenciada por fatores psicológicos que fogem ao controle dos profissionais. Cada pessoa reage de modo distinto a informações sensíveis, e, embora existam estratégias para suavizar esses impactos, as respostas permanecem individuais. Assim, a forma como a informação é assimilada depende não só do modo como é transmitida, mas também das capacidades de enfrentamento de pacientes e familiares (Campos; Silva; Silva, 2019).

Além disso, os familiares também expressam a necessidade de evitar falsas expectativas, reforçando que receber informações claras e objetivas é fundamental para que possam compreender a realidade da situação, preparar-se emocionalmente e participar de forma mais consciente das decisões relacionadas ao cuidado.

Tem que ser exatamente do jeito que tem que ser. Doa quem doer, eu disse para ela. Então, tem que ser assim, eu quero as informações assim, bem “dita” assim na cara. (Familiar 1)

A qualidade da interação entre profissionais, pacientes e familiares é determinada, em grande parte, pela forma como a comunicação é manejada, podendo esta ampliar ou restringir a tomada de decisões compartilhadas (Brasil, 2023).

De forma geral, os achados apontam que os familiares parecem valorizar uma comunicação que lhes proporcione mais segurança nas decisões do cuidado intensivo, ressaltando a necessidade de informações bem organizadas e facilmente compreendidas. Essa clareza comunicacional não apenas facilita o entendimento da gravidade do quadro clínico e das possibilidades (ou não) terapêuticas, como também contribui para reduzir incertezas e inseguranças. Além disso, quando recebem explicações estruturadas, coerentes e acessíveis, os familiares tendem a lidar emocionalmente melhor com os desafios que o contexto de UTI impõe.

#### 4.2.2 “Porque tu está vendo que estão terminando os recursos, né?”: a percepção dos familiares sobre a limitação do esforço terapêutico/adequação terapêutica

Esta subunidade explora como os familiares narram e interpretam a limitação do esforço terapêutico, destacando os elementos que orientam seus significados sobre a adequação das condutas. As falas evidenciam nuances das percepções individuais, influenciadas pelos contextos de cada familiar, a respeito da evolução da doença e das decisões envolvendo a retirada ou a não adoção de determinadas terapias. É pertinente mencionar que os participantes do estudo eram filhos e filhas dos pacientes internados, contextualizando o vínculo familiar no qual se basearam as percepções analisadas.

A doença em contextos de terminalidade revela momentos críticos que reconfiguram as expectativas terapêuticas. Os depoimentos dos familiares, enquanto narrativas desta trajetória, permitem identificar os pontos de inflexão onde a possibilidade de cura se esgota e a LET se torna uma opção clinicamente e eticamente necessária. Os trechos abaixo mostram como essa condição foi compreendida pelos familiares.

O que vai acontecer agora, é que eles vão tentar, na segunda-feira, tirar o tubo e fazer uma traque [traqueostomia], acho que é esse o nome, para ver se ela consegue respirar. Pode ser que dê certo, ou pode ser que não dê certo. Mas a gente vai ter que fazer para ver como é que ela vai reagir (Familiar 1).

Como ela tomou anticoagulante todo esse tempo, não podia operar, que senão ela ia vir a óbito, ia sair sangue pra tudo que é lado. Então eles fizeram uma compressão pra segurar aquilo ali, fizeram um exame no outro dia, uma doutora nos chamou aqui, a gente até autorizou pra fazer angiogramia, acho que era o exame. Aí acharam onde era o vazamento e fizeram essas compressas e tal. A doutora ainda disse pra ela, vão ter que manter ela que nem uma bonequinha de vidro, porque se ela solta aquilo ali, não adianta. Então mantiveram ela sedada e aí depois quando chegou na época de diminuir o sedativo, já era tal coisa, ela não reagiu (Familiar 2).

Teve alguns momentos que houve a redução desses medicamentos ali, porque ela já estava tomando uma sequência de antibióticos, todos os mais fortes, então, às vezes, eles tinham que administrar eles diferentemente, para ela não criar mais resistência, então, sempre para eles terem uma última cartada na manga ali, que eles utilizaram todos disponíveis ali para os cuidados dela, né? Então, às vezes, eles tinham que administrar, às vezes, ela ficava com muita retenção de líquido, não conseguiu urinar, eles tinham que cortar um pouquinho para voltar a função renal a funcionar, mas todos informados com clareza ali, tudo, para a gente (Familiar 3).

Os relatos mostram diferentes cenários que marcaram o percurso até a limitação do esforço terapêutico, como intervenções ainda em curso, episódios de instabilidade e ajustes terapêuticos destinados a conduzir complicações. Em conjunto, essas falas refletem a gravidade progressiva do quadro de saúde dos entes internados e os múltiplos fatores que sustentam a decisão de limitar intervenções.

No entanto, refletem também a temporalidade distinta das entrevistas. O depoimento do Familiar 1 foi registrado antes da tentativa de retirada do tubo por meio da realização de uma traqueostomia para melhor conforto da paciente, enquanto os demais familiares foram abordados em uma fase posterior, quando a limitação terapêutica já estava consolidada. Essa diferença temporal influencia diretamente nas percepções expressas.

Na beira do leito de UTI, quem convivia de perto com o paciente costuma ser a principal fonte sobre suas preferências. Diante da impossibilidade de comunicação, esses dados podem ser ampliados por pessoas que, ao longo da vida, conheceram seus valores e maneiras de tomar decisões (Neves et al., 2022).

O ambiente e o funcionamento destas unidades que se dedicam aos cuidados intensivos acabam por distanciar a família dos cuidados ao paciente. Para além da restrição do horário de visitas, há uma rotina própria e específica que, muitas vezes, não considera as necessidades do familiar (Monteiro; Magalhães; Machado, 2017).

Alguns familiares costumam manter uma postura de observação constante, motivados pelo desejo de acompanhar de perto o tratamento. Para eles, essa presença próxima representa uma forma importante de contribuir para a recuperação do paciente (Viana; Whitaker; Zanei, 2020).

Na medida em que os recursos para tratamento eram utilizados nestes casos, os familiares percebiam que o corpo já apresentava resistência e fragilidade, sugerindo a aproximação de um ponto em que o tratamento deixava de produzir respostas satisfatórias.

A literatura aponta para a necessidade em discutir as opções de tratamento, explicitando potenciais benefícios e limitações. Ao mesmo tempo em que preserva-se a esperança sem negligenciar o prognóstico, promovendo uma compreensão realista da situação baseada na ideia de esperar o melhor, também deve-se considerar possibilidades menos favoráveis (Grinberg; Tripodoro, 2017). A adoção da LET na terapia intensiva é complexa em parte pela dificuldade de definir o ponto em que o tratamento deixa de ser benéfico e passa a configurar excesso terapêutico. Essa incerteza pode levar os familiares a associarem a LET ao abandono, o que favorece divergências dentro da família e conflitos com os profissionais de saúde (Ordóñez-Villota et al., 2021).

Ao observar o conteúdo das falas a seguir, quando questionados sobre a retirada de algum tratamento, nota-se que os familiares elaboraram suas próprias leituras sobre o que estava acontecendo.

É, teve, a hemodiálise mas... Porque ela não tem condição, né? Ela não suportaria. Não suportaria. A doutora deu bem na realidade, mas ela não suporta, não podemos fazer [...] É que ela tá sem função hepática, e também não tem condição de fazer a hemodiálise (Familiar 2).

Hoje não é necessário, como ela já está num estágio terminal ali, então, ela não está tendo infecções, não está tendo, ela está em coma, né? Então, ela está em coma, não está consciente, então, hoje não se faz mais necessário o uso desses antibióticos ali também, porque ela também não está reinfeccionando (Familiar 3).

As falas indicam que os familiares assimilaram a ideia de que certas ações não mudariam mais o desfecho esperado. O Familiar 2 reconhece que a paciente já não suportava procedimentos mais intensos, enquanto o Familiar 3 percebe que a interrupção de tratamentos acompanha o avanço da doença, sinalizando entendimento das decisões tomadas.

Ainda que as diretrizes recomendem a comunicação transparente do processo de terminalidade e o envolvimento da família nas decisões, essa prática não é uniformemente adotada nas UTIs. A divulgação do prognóstico tende a ocorrer de modo parcial, o que reduz o acesso dos familiares à real condição clínica. Consequentemente, muitos são pegos de surpresa pela morte do ente (Silva; Quintana; Nietzsche, 2012). Além disso, a disponibilidade de tecnologias de suporte avançado à vida pode criar a impressão de que há sempre possibilidade de reversão, o que atenua a percepção da gravidade clínica. Associada a isso, a comunicação limitada entre equipe e família, especialmente no esclarecimento do prognóstico, dificulta o envolvimento familiar nas decisões sobre os objetivos de cuidado (Ribeiro; Barrioso; Llobet, 2025).

A suspensão ou a não realização de medidas de suporte à vida tende a gerar interpretações diferentes entre equipe, pacientes e familiares. Assim, o diálogo precisa apoiar a identificação do que, de fato, faz sentido dentro do plano de cuidado construído para aquele momento (Vidal et al., 2024).

A vontade do paciente, expressa diretamente ou por diretivas antecipadas, deve orientar decisões sobre tratar ou não tratar. Na ausência de capacidade decisória a família é envolvida, recebendo explicações contínuas sobre as condutas. A suspensão de suportes vitais nunca exclui medidas de conforto, e possíveis divergências geralmente resultam de falhas de compreensão, reforçando a necessidade de comunicação eficiente pela equipe (Rincon Roncancio; Garzon Díaz, 2015).

A literatura aponta que a participação familiar na suspensão de tratamentos pode ser classificada como passiva, quando restrita à transmissão de informações, ou como ativa, quando há envolvimento efetivo no processo decisório. Em ambas as circunstâncias, considera-se legítimo recorrer aos familiares para identificar a vontade anteriormente manifestada pelo paciente ou para recolher elementos que indiquem sua perspectiva (Saraiva, 2012).

Os depoimentos que seguem revelam vivências que dialogam diretamente com o conceito de decisão compartilhada, destacando como o processo comunicacional influenciou a participação dos familiares nas condutas adotadas.

Foi bem esclarecido, a gente não gosta, né? Quem é que vai gostar? Mas, pronto [...] Opinião e autorização. Sempre foi feito isso aí e sempre foi esclarecido. Foi bem esclarecido mesmo. Tudo, não teve contraponto. Foi direto (Familiar 2).

Eles sempre pedem, sempre pedem ali o que que a gente quer, o que que a gente não quer, se... É tudo, tudo eles perguntam ali qual é o desejo de vocês, o que que vocês querem, o que a gente quer é que ela não sofra agora nesse momento nesse momento da partida, né? Então, é o nosso desejo, é o que está acontecendo, está sendo super cuidada, está num ótimo local, então, a gente só tem que agradecer a equipe médica, né? Pelo carinho, o pessoal, como a gente está aqui há um bom tempo, o pessoal também já tem um carinho por ela desde antes, então, a gente saía da UTI, ia para o quarto e depois retornava para a UTI. Então, a equipe da própria UTI ali já tem um carinho, um carinho e um vínculo ali com ela bem grande, né? Desde o início faziam brincadeiras com ela, ela interagia também e tudo mais, era bem querida com a equipe (Familiar 3).

As percepções apresentadas mostram que o processo decisório neste contexto ocorreu de forma conjunta, sustentado por comunicação acessível e pela escuta das expectativas familiares. Tal abordagem contribuiu para que a limitação do esforço terapêutico fosse compreendida e acolhida por estes familiares que participaram do estudo.

Cabe destacar que a participação destes familiares no estudo, entre outros que foram convidados, mas que não quiseram participar, sugere uma disposição prévia ao diálogo. Essa característica pode ter contribuído para a maneira como eles receberam, interpretaram e conversaram sobre a limitação do esforço terapêutico, já que sua abertura para discutir temas sensíveis favorece maior compreensão desse processo.

Ambientes que adotam a tomada de decisão compartilhada tendem a apresentar discussões que evoluem para a revisão das medidas de suporte à vida, podendo incluir sua retirada. Esses cenários demandam que médicos e demais profissionais dominem habilidades de comunicação prognóstica e gestão de conflitos, especialmente diante de pedidos por tratamentos pouco apropriados (Goldman; Schafer, 2022).

Outro aspecto a ser considerado, evidenciado nas próprias falas, é que cada equipe de saúde pode abordar a limitação do esforço terapêutico de modos distintos. As diferenças na forma de comunicar, conduzir conversas e envolver os familiares influenciam diretamente o modo como eles participam do processo decisório, podendo favorecer maior engajamento ou, ao contrário, gerar inseguranças e dúvidas. Para introduzir o trecho do familiar a seguir, é essencial elucidar que a família vivia um período de crescente sofrimento diante da evolução da doença. Essa situação influenciava diretamente a forma como cada membro do seu núcleo familiar percebia e reagia aos acontecimentos.

Teve aqui um dia [...] que o [nome da irmã] veio. [...] Expliquei pro doutor. A minha irmã tá aí, ela tá muito sensibilizada. Explica pra ela direitinho. Eu tinha auditoria lá no serviço. Ela explicou pra [nome da irmã]. A [nome da irmã] entendeu que é um processo que não tem volta. Ela não aguentaria aquele processo de hemodiálise (Familiar 2).

A fala revela como a equipe de saúde contribui para alinhar o entendimento entre os familiares. A solicitação para que o médico explicasse com detalhes à irmã ajudou para que ela percebesse que não havia mais expectativa de mudança no quadro e que a implementação de terapia renal substitutiva naquele momento estaria apenas prolongando o processo de sofrimento e morrer. Esse cuidado demonstra o valor de uma comunicação atenta às demandas da família no processo de alinhamento das condutas terapêuticas utilizadas.

Presenciar a piora de um familiar e sua dependência de cuidados intensivos impacta diretamente os parentes. Mesmo que não seja possível eliminar esse sofrimento, ele diminui quando há acolhimento, informação honesta e segurança nas ações da equipe, evidenciando que o foco permanece na dignidade do doente (Freitas; Mussi; Menezes, 2012).

Uma vez reconhecidos os limites das intervenções disponíveis, o papel dos profissionais envolve conduzir a família para uma compreensão alinhada aos cuidados paliativos, enfatizando o alívio do sofrimento e a continuidade do cuidado de forma integral.

Logicamente, é sempre difícil quando tu te depara com esse tipo de notícias aí, porque tu está vendo que estão terminando os recursos, né? (Familiar 3).

A percepção de que a limitação terapêutica corresponde ao esgotamento dos recursos, como referido pelo Familiar 3, aponta para uma interpretação restrita do processo, frequentemente acompanhada por sentimentos de perda e incerteza. No entanto, essa etapa exige a resignificação da relação terapêutica, na medida em que os cuidados paliativos se tornam a abordagem capaz de sustentar conforto, orientar as decisões e preservar a dignidade do paciente e da família.

É fundamental que a equipe institua conversas abertas e cuidadosamente conduzidas, permitindo que os familiares compreendam que a opção por limitar intervenções, nesse estágio, busca evitar procedimentos invasivos e garantir ao paciente uma experiência mais confortável e menos desgastante fisicamente (Brasil, 2023).

A análise sobre os depoimentos presentes nesta subunidade mostram que, a percepção dos familiares sobre a adequação das condutas se construiu aos poucos, sustentada por uma observação contínua da falha terapêutica, pela consciência do agravamento do estado clínico e pela compreensão gradual da ausência de possibilidades de reversão daquela situação. Essa percepção foi modulada pela trajetória de internação e pela forma particular de cada família ao elaborar a experiência com a finitude. Importante salientar que os participantes relataram terem sido devidamente esclarecidos acerca das decisões e constantemente convidados a manifestar seus entendimentos, o que fortaleceu a participação deles no processo.

Mesmo com uma participação ativa, alguns familiares revelaram que, após aceitar a retirada de certas intervenções, mantiveram a percepção de que isso representaria o fim absoluto dos recursos disponíveis. Diante disso, é evidente a importância de reforçar, especialmente antes de decisões voltadas ao conforto, que tais medidas não significam abandono, mas sim a priorização da dignidade, do bem-estar e do alívio do sofrimento na terminalidade.

#### 4.2.3 “Ela tá só pelo coração batendo, não tem mais volta”: a proximidade com a finitude

Nesta subcategoria, foi explorado como os familiares deste estudo compreenderam o processo de morrer e de que maneira essa consciência influenciou suas expectativas diante da forma como seu ente querido, situado em proximidade com a finitude, estava sendo assistido. À medida que a realidade da finitude se tornava mais presente, emergiram expressões de sofrimento que contemplavam não apenas o impacto de acompanhar a diminuição gradual das capacidades físicas e da responsividade do ente querido, mas também o esforço emocional envolvido em aceitar os limites impostos por essa etapa de final da vida.

As falas a seguir mostram como os familiares foram percebendo, pouco a pouco, a diminuição das funções vitais e o momento em que a vida passou a depender apenas de suporte artificial, reconhecendo a proximidade da finitude.

De manhã cedo. Estava tudo pronto, alta na mão. E aí deu uma convulsão [convulsão] nela, ali no quarto. E ali fez a correria, tiveram que entubar. Me chamaram para se despedir dela porque não ia ter volta (Familiar 1).

O rim parou de funcionar, o fígado já estava totalmente comprometido, foi diagnosticado com cirrose mesmo, então isso aí agravou bastante o quadro dela e ela tá pronta [para morrer]. A doutora foi bem sincera, há poucos dias ela tá só pelo coração batendo, não tem mais volta (Familiar 2).

Hoje, ela se encontra num estado vegetativo, com a função renal diminuindo aos poucos, né? Então, a gente está sempre tendo esse contato de forma bem clara, sincera, eu peço para os médicos serem o mais sinceros possíveis ali comigo, né? (Familiar 3).

Percebe-se, pelo exposto, que os familiares apresentavam compreensão acerca da gravidade clínica e da irreversibilidade da condição dos pacientes, refletindo na capacidade de expressar verbalmente esse entendimento, indicando um grau de elaboração da perda frente a sua iminência.

Um estudo indica que cada família elabora a finitude a partir de seus próprios sentidos e vivências, influenciada por valores, crenças e experiências acumuladas. Esse conjunto de fatores sustenta a diversidade de perspectivas relacionadas às condutas de limitações do suporte à vida (Santos; Bassitt, 2011).

As expressões dos familiares apontaram para o reconhecimento da falência terapêutica e da proximidade da morte. Esse entendimento os direcionou para solicitações à equipe médica por medidas com foco no alívio sintomático, especialmente no controle da dor, com o propósito de reduzir o sofrimento diante de um processo considerado doloroso para ambas as partes envolvidas.

Então, quando ela veio para cá, a gente sempre pediu para a doutora que fizesse com que ela não sentisse dor, ficasse sofrendo, né? Porque a gente sabe que esse período é doloroso, tanto para ela quanto para a gente [...] Porque, na verdade, a gente sempre pediu a mãe não sofre, a mãe não sofre e a mãe também não tava reagindo e tava fazendo uma medicação mais forte. E a gente pediu, a gente sabe o ponto que vai levar tudo aquilo ali, e o que a gente pediu, de repente se desse, se a mãe conseguisse deixar-se mais leve uma coisa mais leve assim, que a gente conseguisse ver de repente ela abrir um olho ou alguma coisa (Familiar 1).

A gente compadece disso aí, a gente entende que infelizmente ninguém gostaria de ver um familiar assim, ainda mais mãe, avó dele. Ela foi uma pessoa que sofreu a vida inteira, criou bastante filho e neto, criou pessoas da rua, meu pai levava com projeto social lá, ela criou todo mundo, não tinha necessidade de ser passando por isso, mas tá passando, tá agarrado na vida e graças a Deus a doutora [nome] e a equipe tem mantido ela com a dignidade ali, com tudo como deve se. (Familiar 2).

A consciência da finitude coexistiu com o desejo por sinais mínimos de interação, como a possibilidade de a paciente abrir os olhos ou reagir suavemente. Esses desejos não negavam o entendimento do fim próximo, mas funcionavam como pequeno alento no processo de despedida. A ausência de sinais vitais perceptíveis, como o olhar ou o toque, interrompe a comunicação habitual entre familiar e paciente. A combinação de sedação, tubos e equipamentos médicos reforça os limites impostos ao paciente, ampliando a angústia e a tristeza do familiar e evidenciando a vivência de um luto antecipado (Lima; Rosa, 2008).

Além disso, muitas vezes essas restrições impostas pelo ambiente de cuidados intensivos fazem os familiares sentirem que não estão presentes como desejariam no final da vida. A compreensão sobre o morrer e sobre o controle da dor contribui para reduzir essa angústia, reforçando a responsabilidade da equipe em promover dignidade e humanização nesse período (Souza; Barilli; Azeredo, 2014).

Também observa-se a presença de elementos biográficos que reforçam o valor da paciente no núcleo familiar ao revisitar sua história de dedicação e cuidado. Assim, as falas articulam reconhecimento da finitude, afetos e tentativa de elaborar a perda iminente, compondo uma experiência que combina consciência do processo de morrer com a necessidade de amparo emocional.

A experiência relatada pelos familiares evidencia o uso de percepções, lembranças e informações recebidas para tentar compreender o avanço da terminalidade.

Teve um irmão nosso que faleceu, disse que ele veio buscar ela e tal, tal, inclusive o [neto da paciente], quando entrou, achou que fosse ele, sabe como é que foi o negócio, foi meio estranho, foi bem essa paradinha, só que depois caiu a ficha, na hora a gente tava tão desesperado por outras coisas que não, agora que a gente tá pensando naquilo tudo, começa, né, tirar um fundamento [...] Foi pior, né? O que a gente não queria, né? Nunca ninguém quer, nunca ninguém tá preparado. Até hoje a gente, ou até hoje tem parente nosso que vem e tá preocupado, acha que, ah, ela tá curada hoje, que nem o outro meu irmão, coitado, tá curada, não dá, a doutora é que sabe, o pessoal de equipe médica não tem volta, eles tão achando [...] E ela tá indo, ela tá... E ela tá agarrada, né? Ela tá agarrada mesmo, né? A gente sabe, a doutora disse... E hoje a doutora disse que a pressãozinha dela tá lá embaixo e tá indo por um fio, mas tá esperando alguém aí despedir. Foi o que a gente pensou. (Familiar 2)

O familiar em questão foi gradualmente assimilando os sinais de finitude, inicialmente interpretados de forma confusa, como a fala da paciente dizendo que o filho já falecido teria vindo buscá-la. Esse tipo de expressão, comum na fase ativa de morte, só ganhou sentido para ele após o impacto emocional do momento. Por acompanhar mais de perto, demonstrou maior percepção da condição da paciente, reconhecendo que, enquanto parte da família ainda se mantinha em negação, sustentando esperança de cura, ele caminhava para uma aceitação mais possível da realidade, compreendendo que o estado dela já não oferecia essa perspectiva.

A experiência da terminalidade frequentemente leva os familiares a iniciar o processo com negação, evitando confrontar de imediato a perda iminente. Aos poucos, alguns reconhecem a realidade e alcançam uma aceitação gradual, passando a compreender o que está ocorrendo e a lidar de forma mais consciente com a situação (Coelho; Ferreira, 2015).

Ao analisar as percepções dos familiares sobre o processo de adoecimento e finitude, emergem narrativas que revelam tanto o respeito aos valores do paciente quanto os conflitos internos que acompanham a tomada de decisão. As falas sugerem como a família articula o significado do sofrimento e da autonomia com suas expectativas sobre a continuidade da vida em situações marcadas pela finitude.

E ela sempre pediu que ela não queria sofrer (Familiar 1).

Nós todos já tivemos essa conversa, no caso, né? Então, ela sempre foi de muita luta, né? Então, ela queria ir até o final. E é o que a gente está fazendo, é o que a gente entrou no consenso. Bom, a gente vai tentar até o último, enquanto tem vida, há chances, né? Então, é o que a gente está fazendo, está fazendo o que ela queria, né? Ela sempre teve muito medo de fazer operações e tudo mais, mas, mesmo assim, depois que fez, ela sempre lutou para se manter, se manter viva, se manter se curar, né, se autocurar ali também, porque o medicamento ajuda, mas quem cura é o próprio organismo ali, né? Então, a gente está fazendo o que ela sempre quis ali, que era ir até o final (Familiar 3).

Nas falas dos familiares, há diferentes interpretações sobre o desejo de cada um dos pacientes e o significado de “ir até o final”. Enquanto o primeiro depoimento evidencia o pedido explícito de evitar o sofrimento, sugerindo uma preocupação da paciente com os limites suportáveis de sua condição, o segundo relato revela um entendimento familiar orientado pela ideia de luta e perseverança.

Para o Familiar 1, manter o paciente naquela condição seria prolongar o sofrimento. No caso do Familiar 3, o sentido de “ir até o final” permanece indefinido, podendo se referir tanto à qualidade de vida quanto ao uso de medidas desproporcionais. Tal dinâmica expõe a complexidade da tomada de decisões no contexto de cuidados intensivos, em que o desejo do paciente é reinterpretado e negociado entre os familiares, muitas vezes permeado por medo da perda, esperança.

Ao registrar sua vontade antecipadamente, o paciente em final de vida assegura que não será exposto a medidas que apenas prolongam a dor, alinhando-se ao princípio da ortotanásia e evitando práticas distanásicas (Rocha et al., 2013).

Para além, a expressão “enquanto tem vida, há chances”, demonstra uma visão que equipara a continuidade das funções vitais à chance de reversão do quadro, mesmo diante de um desfecho improvável de recuperação. Ao afirmar “está fazendo o que ela queria”, ele toma para si a responsabilidade de interpretar as vontades da paciente, algo que pode refletir o desejo dela ou resultar da dificuldade da família em aceitar a finitude.

Assim, as intervenções terapêuticas podem acabar sendo aplicadas de maneira excessiva, sustentando a vida a qualquer custo e favorecendo cenários de obstinação, sobretudo quando não há um direcionamento definido sobre o que realmente beneficia o paciente (Carvalho; Lunardi, 2009).

Cogo e Lunardi (2015) destacam que quem decide pelo paciente nem sempre sabe o que ele realmente desejava. Os familiares, sobretudo diante da terminalidade, ficam divididos entre honrar seus valores, sustentar expectativas de recuperação e preservar a própria estabilidade emocional. Por isso, é indicado incentivar diálogos antecipados para que escolhas futuras sejam mais fiéis às preferências do paciente. Com isso, reconhecer como os familiares compreendem as preferências do ente contribui para decisões mais alinhadas aos princípios e à dignidade do paciente e fortalece o diálogo entre equipe e família.

Algumas expressões mostram como cada familiar, a seu modo, reconheceu os limites do cuidado curativo.

Então, eu sempre pedi para a médica com que ela não sofresse, que desse uma coisa para deixar mais tranquilo, independente. E ela sempre pediu isso. E ela sempre nos disse que ela era muito forte [...] Mas ela sempre disse que só não queria sofrer. Só isso que ela sempre nos disse (Familiar 1).

Então, a gente logicamente, a gente tenta se manter sereno, a gente já passou por muita coisa difícil nesse período, então, a gente tenta manter a serenidade, tenta manter a calma, mesmo sofrendo, sentindo dor, né? Mas a gente tenta se manter tranquilo e sabe que a equipe médica está tentando fazer o máximo, sempre tentou fazer o máximo, né? (Familiar 3).

Um deles enfatiza o pedido constante da paciente para evitar sofrimento, enquanto o outro relata a tentativa de se manter tranquilo apesar da dor emocional. A combinação dessas vivências evidencia que insistir em medidas de suporte avançado poderia prolongar o desconforto, não a qualidade de vida. Nesse cenário, a limitação do esforço terapêutico aparece como uma decisão alinhada tanto ao desejo do paciente quanto à percepção da família sobre os limites da terapêutica.

Ao analisar o conjunto das falas desta subunidade, percebo que os familiares mencionam elementos associados aos cuidados paliativos, porém essas referências não se traduzem em uma compreensão efetiva dessa abordagem como parte do cuidado no final da vida. A noção de cuidados paliativos raramente é vinculada pelos familiares ao cuidado na fase final da vida. Esse distanciamento conceitual tem sido associado ao modo como as informações circulam, o que dificulta a compreensão da finitude e de suas necessidades específicas (Furtado; Leite, 2017).

No momento em que as metas terapêuticas precisam ser revistas, torna-se fundamental que os familiares compreendam o que representa a mudança de uma proposta curativa para um cuidado voltado ao conforto. Essa transição exige que a família entenda, ainda que minimamente, os princípios que sustentam essa nova direção no cuidado. Quando a limitação de esforço terapêutico ocorre sem esclarecimentos sobre as condutas que serão adotadas, como o controle de sintomas, as intervenções de conforto ou a possibilidade de uma sedação paliativa, surgem dúvidas e inseguranças que fragilizam o decorrer desse processo. A manutenção de um diálogo regular entre equipe e familiares pode contribuir para que estes compreendam melhor os objetivos do momento e participem com maior serenidade e consciência diante da finitude.

#### 4.2.4 “Tem sido bastante dificultoso esse período. Eu, particularmente, abandonei tudo lá”: impacto das vivências nos familiares

As vivências dos familiares diante da limitação do esforço terapêutico em UTIs refletem múltiplas dimensões de impacto, que se manifestam na sobrecarga assumida por aqueles que acompanham o paciente, na necessidade de adaptação a uma nova realidade e na construção de narrativas fragmentadas sobre o adoecimento. Essas experiências frequentemente desencadeiam repercussões psicológicas significativas, intensificadas pela insegurança frente aos desfechos e pela percepção de impotência diante do processo de finitude. Nesse contexto, a espiritualidade surge, para alguns familiares, como um recurso que auxilia na compreensão e ressignificação do momento vivido, influenciando a forma como enfrentam o sofrimento.

Observa-se impacto das vivências nos familiares quando estes expressam nas falas que a participação no cuidado nem sempre é dividida de forma igual entre os membros da família.

Porque há 20 anos que a mãe tem câncer então é eu que corro esses 20 anos com ela pra cima e pra baixo, com lado e ponto a mãe nunca chegou nesse ponto mas qualquer detalhe da mãe é eu que sei então é eu que venho pegar os laudos e eu trabalho nesse horário, é um horário muito corrido, eu trabalho muito longe então esse horário pra mim é assim por isso que aquele dia ainda disse não consigo e aqui é numa correria mas não tem o que fazer, né? (Familiar 1).

Essa parte tá muito difícil, porque apesar da família ser grande, existe muita distância às vezes dentro da família. Muita distância, a gente conta com um parente mais ou, um amigo, vocês veem aí, mas entre irmãos, entre filhos dela, um que já era pra ter vindo e não veio, isso aí tudo, eu acho que a própria doutora disse, parece que tá agarrado esperando uma benção de um tchau do outro, né? (Familiar 2).

Cara, tem sido bastante dificultoso esse período, assim. Eu, particularmente, abandonei tudo lá. Eu tenho trabalhado em home office, mas trabalhado muito menos do que eu precisaria nesse tempo todo, para estar acompanhando ela. Meus irmãos trabalham lá na nossa cidade, tudo, não podem estar acompanhando. Fico eu aqui e o meu pai me fazendo companhia ali, mas é bem difícil, bem pesado fica e a gente está presente direto aqui. Aí, um dia ou outro, eu vou para [cidade], vou no meu serviço, alguma coisa assim, para entregar alguma coisa, mas eu estou sempre me mantendo presente aqui (Familiar 3).

Muitas vezes, apenas um familiar consegue acompanhar de perto, indo e vindo, estando presente em todos os momentos, enquanto os demais, por motivos de trabalho ou distância, não conseguem estar ali. Isso faz com que esse familiar vivencie de forma mais intensa o desgaste e a responsabilidade pelas decisões relacionadas ao final de vida.

Vínculos familiares fortes tendem a gerar maior envolvimento no cuidado, frequentemente associado à vontade de retribuir experiências de afeto e proteção vividas no passado. Assim, dedicar-se a pais ou parceiros pode ser percebido como uma forma de manter e reafirmar esses laços (Woinarovicz; Moreira, 2020). Já em períodos longos de internação, a responsabilidade pelo cuidado costuma recair sobre apenas um familiar, o que intensifica o cansaço físico e emocional. A pouca participação de outros membros é percebida como inadequada, pois espera-se que a família esteja presente e divida responsabilidades em momentos de vulnerabilidade (Beuter et al., 2012). Para muitos familiares, assumir integralmente o cuidado significa abrir mão de compromissos profissionais, alterando de forma marcante a sua organização do dia a dia (Oliveski et al., 2021).

Na UTI, os familiares enfrentam a necessidade de se adaptar a uma realidade diferente da habitual, reorganizando prioridades e assumindo responsabilidades que alteram profundamente o seu cotidiano. Para além, um familiar relatou a experiência degradante vivida no Pronto Socorro, contrastando com o atendimento digno recebido após a transferência e expressa a ansiedade gerada pelo sofrimento da paciente e por todo o processo de internação.

Sai da rotina, né? A gente acaba saindo da sua área de conforto (Familiar 1).

O ruim aqui da saúde é o PS [Pronto Socorro]. O PS [Pronto Socorro] ali tinha quase 30 macas no corredor. Isso aí é degradante pra qualquer um. Ainda mais se a pessoa trabalha a vida inteira descontando os impostos e tudo. E chega no final da vida e tem que ficar ali cinco dias numa maca, levando coisas e fica complicado. Aí do PS [Pronto Socorro] arrumaram uma vaga aqui. Quando veio pra cá, aí foi o paraíso. Aqui no hospital da [nome do hospital] ela teve todo o tratamento com dignidade mesmo [...] Mas é que é complicado, né, o que tá acontecendo pra nós, a nossa pressão, a ansiedade, nunca tive ansiedade na minha vida, sempre pratiquei esporte, chegando aqui nesse hospital, já fico sabe, porque, não pelo hospital, é por ela, né? (Familiar 2)

A rotina de acompanhar um ente querido hospitalizado tende a desencadear um conjunto de reações emocionais, com predominância de ansiedade e depressão. Paralelamente, surgem dificuldades para dormir, mudanças na alimentação e a adoção de práticas que funcionam como escape emocional, mas trazem riscos à saúde (Freitas; Mussi; Menezes, 2012).

Segundo Aires et al. (2020), a importância de quem espera fora do salão da UTI para visitar aquele que se encontra enfermo e sob cuidados de terceiros é frequentemente negligenciada. Esses familiares vivenciam um espaço marcado pela tensão e pela impotência que impacta significativamente na sua vivência observando o sofrimento de quem está internado sem poder intervir diretamente.

Reconhecer essa experiência é, portanto, fundamental para compreender o impacto emocional da hospitalização, sobretudo, quando isto envolve decisões de deixar partir aqueles que fizeram parte de sua história de vida. Ainda, revela a necessidade de discutir formas de cuidado que envolvam não apenas o paciente, mas também aqueles que o acompanham, levando em consideração que estes sofrem juntamente.

A fala a seguir revela a tentativa da família de reconstruir o percurso da mãe diante da finitude, buscando compreender como pequenos eventos foram se acumulando até o desfecho.

As vezes eu tô em casa e às vezes eu fico pensando até essa semana eu e meu irmão se sentamos e conversamos se, por exemplo, a mãe foi tudo levando uma coisa leva a outra, uma coisa leva a outra e chegou um dia que a gente sentou de noite e conversamos se a nossa mãe morreu de que que ela morreu? (Familiar 1).

Esse movimento de revisitar o passado indica a necessidade de encontrar sentido para a morte, especialmente quando o processo de adoecimento é vivido como confuso ou fragmentado. A sucessão de intercorrências e agravamentos da doença faz com que os familiares percam a referência sobre o que, de fato, levou ao estado em que a paciente se encontra. A conversa entre eles, citada pelo familiar 1, é marcada por dúvidas e tentativas de organizar os fatos, isso indica uma busca por sentido em meio a eventos que ocorreram de forma rápida e fragmentada.

Ao compartilhar essas inquietações entre irmãos, a família tenta elaborar a perda e organizar emocionalmente o que, durante o cuidado, talvez não tenha sido possível compreender por completo. Para (Meneguín et al., 2019), em momentos de tensão prolongada, a família tenta compreender o que está acontecendo, mas os fatos se acumulam de maneira rápida e difícil de organizar.

O conteúdo da fala a seguir reflete a incerteza vivida pela família, que tenta interpretar o que foi dito e, ao mesmo tempo, afastar pensamentos que geram medo.

Naquela quarta-feira, antes de vir pra UTI, ela tava falando que não ia voltar, que ela falou umas coisas com a minha prima e depois veio aquele negócio pra mim e eu digo, não, eu tirei de cabeça e disse, não, a senhora tá rateando, são os medicamentos (Familiar 2).

Ao ouvir comentários que soam como despedida, o familiar em questão recorre a explicações que tragam algum alívio, atribuindo o comportamento a efeitos de medicamentos. Essa tentativa de reinterpretar o ocorrido mostra a dificuldade de lidar com sinais que despertam medo, revelando um esforço de proteção emocional diante do que não se consegue controlar.

À medida que a morte se anuncia, a família pode vivenciar um luto de forma antecipada, decorrente da tensão gerada pela despedida que se anuncia e pelo impacto que essa ausência pode causar. Esse processo acontece de forma paralela ao acompanhamento do ente querido, exigindo controle de diversas necessidades emocionais e práticas. A intensidade dessa vivência está relacionada à profundidade do vínculo que será rompido (Monteiro; Magalhães; Machado, 2017).

As expressões dos familiares revelam como a espiritualidade se entrelaça ao reconhecimento dos limites da medicina. As falas a seguir mostram essa relação entre espiritualidade, cuidado e limitação terapêutica.

E aí, às vezes, a gente conversa, mãe, não precisa ser forte, pode ficar mais tranquila, vai ser a vontade de Deus [...] Porque a gente que é espírita, a gente entende isso, sabe, que às vezes a pessoa - e a mãe - é muito família, daqui a pouco nos enxergar faz com que daqui a pouco ela vá descansar. (Familiar 1)

E, tá, a gente tem muita fé em Deus que nada é por acaso e quando chega o nosso tempo, infelizmente, nós não temos o que fazer e a equipe médica também não tem o que fazer, né? (Familiar 3)

Diante do avanço da doença e da impossibilidade de intervenções que modifiquem o curso do adoecimento, elementos espirituais passam a oferecer uma maneira de compreender a finitude e de sustentar emocionalmente aqueles que acompanham o processo de despedida. À medida que o cuidado não se orienta mais para a cura, essa experiência é revista sob novos sentidos, e a espiritualidade se torna uma das principais referências.

A dimensão espiritual, reconhecida como parte dos princípios paliativos, contribui para que os familiares encontrem novos significados na vivência do sofrimento e na convivência com a finitude de quem amam (Furtado; Leite, 2017). A espiritualidade, quando presente na vivência familiar, não apenas conforta, mas também direciona a forma como cada um interpreta os eventos, influencia escolhas e sustenta o processo de enfrentamento (Bouso et al., 2011).

O acúmulo de responsabilidades, a distância física ou emocional entre membros da família e a ruptura da rotina cotidiana produzem um cenário de vulnerabilidade que repercute em ansiedade, sentimentos de impotência e dificuldade de organizar narrativas coerentes sobre o adoecimento. Muitos procuram, então, reconstruir o passado recente na tentativa de compreender o que levou ao estado atual do paciente, demonstrando como a proximidade da finitude provoca uma necessidade de significados.

Paralelamente, a espiritualidade se apresenta para alguns dos familiares como uma dimensão capaz de sustentar o enfrentamento, oferecendo interpretações que aliviam o sofrimento e ajudam a aceitar aquilo que já não pode ser modificado.

## 5. Considerações finais

Este estudo de casos múltiplos permitiu compreender o processo de tomada de decisão sobre a limitação do esforço terapêutico em unidade de terapia intensiva adulto na perspectiva de familiares. A realização da LET em uma UTI mostra-se profundamente dependente de uma comunicação efetiva entre equipe e familiares. Os achados evidenciaram que a qualidade do vínculo estabelecido entre eles influencia diretamente a forma como a família compreende, participa e lida com o processo das decisões.

Quando os familiares se sentem acolhidos e têm suas dúvidas esclarecidas, percebem que há transparência nas condutas adotadas, maior confiança e menor sensação de insegurança diante da gravidade da situação. É fundamental, portanto, o uso de uma linguagem que seja acessível, evitando termos técnicos que dificultam a compreensão e não contribuem para o entendimento das condutas adotadas.

A comunicação quando adaptada ao nível de compreensão da família, associada à uma oferta gradual e sensível das informações, favorece a participação consciente dos familiares no cuidado. Nesse contexto, a retomada das informações por meio de perguntas que permitam ao familiar expressar o que já compreende sobre a condição do paciente revela-se essencial para alinhar percepções e corrigir possíveis lacunas estabelecidas.

Também, observa-se a importância de a família reconhecer uma pessoa de referência dentro da equipe de saúde, alguém com quem possa criar vínculo e recorrer diante de dúvidas ou fragilidades emocionais. A presença constante desse profissional contribui para fortalecer a confiança, humanizar o cuidado e proporcionar maior clareza nas decisões compartilhadas. Assim, reafirma-se que a comunicação qualificada, contínua e empática constitui um elemento central para a efetividade da LET e para uma vivência mais digna e respeitosa da terminalidade pelos familiares.

Para isto, faz-se necessário que os profissionais desenvolvam habilidades específicas para comunicar notícias difíceis, uma vez que a forma como essas informações são transmitidas influenciam profundamente a experiência dos familiares, sendo igualmente necessária a atuação institucional na qualificação desse processo por meio de protocolos, estratégias ou capacitações dos profissionais. Em um dos relatos, por exemplo, foi possível identificar que a comunicação utilizada pelo profissional, ao afirmar que o melhor a fazer seria deixar a paciente, desligar todos os aparelhos e permitir que morresse sozinha, gerou grande impacto emocional nos familiares que acompanhavam a internação.

Esse tipo de abordagem pode provocar uma ruptura do vínculo previamente construído entre família e equipe, além de desencadear sofrimento extremo por levar o familiar a acreditar que, caso não concordasse, estaria contribuindo para o sofrimento do paciente. Ao mesmo tempo, pode gerar sentimentos de culpa pela decisão de retirar medidas de suporte avançado, tornando o processo ainda mais doloroso. Esses achados reforçam a importância de uma comunicação sensível, cuidadosa e eticamente responsável durante todo o processo de tomada de decisão em um contexto de terminalidade.

Foi possível perceber, no decorrer desta pesquisa, que havia compreensão dos familiares sobre a diferença entre retirar tratamentos e promover dignidade ao paciente. Muitos expressaram a percepção de que, diante da impossibilidade de cura, já não haveria mais nada a ser feito. Contudo, é justamente nesse momento que os cuidados paliativos assumem papel central, oferecendo suporte à família e garantindo que o paciente receba uma assistência focada no conforto, no alívio do sofrimento e no respeito ao seu tempo.

Em relação ao tempo, é válido refletir sobre em que momento são instituídos cuidados paliativos aos pacientes e familiares na UTI. Pela leitura dos prontuários e pelo acompanhamento dos casos apresentados, essa filosofia de cuidados parece ter sido utilizada muito mais com o sentido de um “rótulo” para determinar o não investimento em determinadas terapêuticas com o paciente, em detrimento da implementação dos princípios que a sustentam. Assim, reforça-se a importância da apropriação dos CP pelas equipes de saúde, sobretudo médicas, que atuam em UTI, de modo a viabilizar a oferta precoce desses cuidados, qualificando o processo de morrer nesse cenário.

Nessa direção, a compreensão do que seja uma boa morte, entendida como uma morte que não é artificialmente prolongada nem abreviada, mas que preserva a dignidade do paciente e possibilita uma despedida mais humanizada, relaciona-se diretamente à implementação precoce dos cuidados paliativos. No contexto de cuidados intensivos, os CP quando introduzidos desde o início da internação, pode orientar melhor as decisões terapêuticas, a fim de evitar que sejam realizadas intervenções desnecessárias e favorecer um percurso de cuidado mais coerente com as necessidades do paciente e de sua família.

Os resultados evidenciaram ainda que os familiares construíram suas próprias percepções sobre a terminalidade e a finitude, baseadas em suas vivências, crenças e na forma como compreenderam o processo de adoecimento. Essas percepções influenciaram diretamente na maneira como interpretaram as condutas da equipe, assim como o significado atribuído ao fim da vida.

Os familiares entrevistados participaram ativamente das decisões relacionadas à limitação de tratamentos, o que permitiu compreender de forma mais concreta como esses processos se configuram na prática. Ainda assim, reconhece-se que uma amostra maior poderia ampliar a diversidade de percepções, incorporando influências culturais, espirituais e sociais que variam entre as famílias. Além disso, considerando que as entrevistas foram realizadas enquanto os pacientes ainda se encontravam em vida, permanece a necessidade de investigar como esses familiares reelaboram tais percepções e experiências após o período de luto. Estudos futuros que explorem essa etapa poderão esclarecer de que modo a suspensão de tratamentos interfere na construção das lembranças e no significado atribuído ao processo de terminalidade. Observa-se a importância de que todos os profissionais da equipe multiprofissional se façam presentes no cuidado oferecido aos familiares, considerando que eles podem recorrer a qualquer membro da equipe para buscar orientação. Nesses momentos, é fundamental que os profissionais não deleguem automaticamente a responsabilidade da comunicação apenas ao médico, pois muitas dúvidas dos familiares dizem respeito ao acompanhamento cotidiano do paciente e à forma como ele está sendo assistido.

Para os familiares, é impactante visualizar o ente querido com alterações físicas significativas, edema, múltiplas conexões de cabos e dispositivos, além da presença de tubos. Essa situação gera inseguranças comuns, como não saber se é permitido tocar no paciente ou de que maneira esse contato pode ocorrer. A presença atenta e acolhedora de todos os profissionais pode reduzir essas angústias e fortalecer o vínculo com a equipe, favorecendo um cuidado mais humano e integrado entre todos os elos.

Ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, o autor pôde compreender de maneira mais aprofundada o quanto a inclusão dos familiares no contexto dos cuidados intensivos é essencial, especialmente quando se trata do processo de fim de vida de um ente querido. Como futuro enfermeiro, percebe-se que esse é um momento marcado por intensa vulnerabilidade emocional, e que cada gesto de acolhimento, escuta e presença da equipe nesse momento faz a diferença. Os familiares não podem ser esquecidos, pois, como observado nas falas, o sofrimento é vivenciado tanto pelo paciente quanto pela família, que necessita de suporte para atravessar esse período. Essa percepção reforça a responsabilidade ética e humana do cuidado ampliado, que reconhece o paciente em conjunto com sua rede afetiva como partes inseparáveis desse processo de assistência à saúde.

## Referências

AIRES, Renata di Karla Diniz et al. Assistência de enfermagem às manifestações emocionais ao familiar do paciente de uma unidade de terapia intensiva / Nursing care for patient's family's emotional manifestations in an Intensive Care Unit. *Brazilian Journal of Development*, São José dos Pinhais, v. 6, n. 3, p. 16267-16279, 2020. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/8290>>. Acesso em: 17 dez. 2024.

ALMEIDA, Andreza Santos et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 6, p. 844-849, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/d6KNqK9MDvFVL4cQLMPwN3g/>>. Acesso em: 9 mar. 2025.

BACKES, Marli Terezinha Stein et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 689-696, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/mwTzKbFYCSTDYztdYXLz4L/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 08 dez. 2024.

BEUTER, Margrid et al. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 134-140, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/KTRSMwFNW7J9PGt4vdmYbgq/?lang=pt>>. Acesso em: 22 nov. 2025.

BORGES, Maira Morena; SANTOS JUNIOR, Randolpho. A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 38, n. 2, p. 275-282, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/kwFkVRhDzdWqNdpXzQ7zHqR/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 18 nov. 2025.

BOUSSO, Regina Szylit et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 397-403, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/psw7FnrNF3wPMbw5cZ5Fv7h/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 24 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 13 de junho de 2013. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>>. Acesso em: 13 mar. 2025.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Diário Oficial da União, p. 44-46, 24 de maio de 2016. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>>. Acesso em: 13 mar. 2025.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei no 13.709, de 14 de agosto de 2018. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm)>. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRITO, Fabiana Medeiros de. et al. Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 317-322, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/7rPGrKSSWyKwnk77V3SpKTB/?lang=pt>>. Acesso em: 18 nov. 2025.

CAMPOS, Elisa Maria P.; VILAÇA, Anali Póvoas O. Cuidados paliativos e psico-oncologia. 1. ed. Barueri: Manole, 2021.

CAMPOS, Vanessa Ferreira; SILVA, Jhonata Matos da; SILVA, Josimário João da. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. Revista Bioética, Brasília, v. 27, n. 4, p. 711-718, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/v9HwSfW8gLGNZHWqfmtcZKf/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 20 nov. 2025.

CARVALHO, Karen Knopp de; LUNARDI, Valéria Lerch. Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidades de terapia intensiva. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 308-313, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/GqMtW8fF3DkQ5Q3ZhbQcBQv/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 17 nov. 2025.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 1.805/2006, de 9 de novembro de 2006. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2006. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>>. Acesso em: 6 de março de 2025.

COELHO, Maria Emidia de Melo; FERREIRA, Amauri Carlos. Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. Revista Bioética, Brasília, v. 23, n. 2, p. 340-348, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/DCvLD9Q6m5xMMt57C6t8cFt/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 20 nov. 2025.

COGO, Silvana Bastos; LUNARDI, Valéria Lerch. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 68, n. 3, p. 524-534, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/kkmHTkrnvBSTRdmxrHfyrSf/?lang=pt>>. Acesso em: 19 nov. 2025.

D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares et al. Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. 424 p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>>. Acesso em: 05 jan. 2025.

FILHO, Enio Teixeira Molina et al. Cuidados paliativos em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Bioética*, Brasília, v. 31, e3418PT, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/DKxhR6JzXtqgp8pD3nYLpVp/>>. Acesso em: 9 mar. 2025.

FREITAS, Kátia Santana; MUSSI, Fernanda Carneiro; MENEZES, Igor Gomes. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 704-711, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/rMCyd3KkrhhMmqh7RLL3zRx/>>. Acesso em: 9 mar. 2025.

FRIZON, Gloriana; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira; BERTONCELLO, Katia Cilene Godinho. Necessidades dos familiares na sala de espera de uma Unidade de Terapia Intensiva. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 17, n. 4, 2012. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30366>>. Acesso em: 25 nov. 2025.

FURTADO, Maria Edilania Matos Ferreira; LEITE, Darla Moreira Carneiro. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 969-980, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/smcBs9jVJhSzVdPrqnN35Dv/?lang=pt>>. Acesso em: 20 nov. 2025.

GOLDMAN, Lee; SCHAFFER, Andrew I. *Goldman-Cecil Medicina*. 26. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2022.

GRINBERG, Alejandro R.; TRIPODORO, Vilma A. Medical futility and family obstinacy in intensive therapy. When to stop and when to keep going?. *Medicina Buenos Aires*, Buenos Aires, v. 77, n. 6, p. 491-496, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29223941/>>. Acesso em: 9 mar. 2025.

HAAS, Kelen Dal Castel; BRUST-RENCK, Priscila. G. A comunicação de más notícias em Unidade de Terapia Intensiva: um estudo qualitativo com médicos experientes e novatos. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 33, p. e220006, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/BQYdBhDkd7zDtxtqppwf76F/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 19 nov. 2025.

INABA, Luciana Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes da; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 423-429, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sRBhTWspQSPSqNdhvgtznKQ/?lang=pt>>. Acesso em: 20 nov. 2025.

LAMPERT, Melissa Agostini et al. Adequação terapêutica: apresentação de um protocolo hospitalar. *Revista Bioética*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 94-105, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/pxSVbKmdqy8yrKnTcDvgFt/>>. Acesso em: 24 dez. 2024.

LEMOS, Stela Maria Santos de; CASANOVA, Lígia Tristão. Familiares enquanto usuários da UTI: Uma avaliação de suas necessidades. *Brazilian Journal of Development*, São José dos Pinhais, v. 9, n. 1, p. 509-528, 2023. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/55908>>. Acesso em: 9 mar. 2025.

LIMA, Adriana Braitt; SANTA ROSA, Darci de Oliveira Santa. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 547-553, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hpqfGCrHnCLLcjmZV9ChZcS/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 15 nov. 2025.

LORDA, Pablo Simón et al. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de Calidad Asistencial*, Espanha, v. 23, n. 6, p. 271-285, 2008. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23040274/>>. Acesso em: 8 mar. 2025.

LOSCALZO, Joseph et al. *Medicina Interna de Harrison*. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024.

LUIZ, Flavia Feron; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; COSTA, Márcia Rosa da. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1040-1047, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/wcR7GFGhLYs7P5gmpB4kxzj/?lang=pt>>. Acesso em: 19 nov. 2025.

MAZUTTI, Sandra Regina Gonzaga; NASCIMENTO, Andréia de Fátima; FUMIS, Renata Rego Lins. Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 294-300, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbti/a/yyFvhfwBQ6PNZq5T54bBs6B/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 9 mar. 2025.

MENEGUIN; Silmara et al. O significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados em UTI. *Nursing Edição Brasileira*, Osasco, v. 22, n. 252, p. 2882-2886, 2019. Disponível em: <<https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/311>>. Acesso em: 15 dez. 2025.

MONTEIRO, Daniela Trevisan; QUINTANA, Alberto Manuel. A comunicação de más notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/kFhGtHmLvmy6H7NyPG9TkbK/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 21 nov. 2025.

MONTEIRO, Mayla Cosmo; MAGALHÃES, Andrea Seixas; MACHADO, Rebeca Nonato. A Morte em Cena na UTI: A Família Diante da Terminalidade. *Trends in Psychology*, Ribeirão Preto, v. 25, n. 3, p. 1285-1299, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tpsy/a/NPfhKFkBT7t5H3rzQ9WLLXc/?lang=pt>>. Acesso em: 20 nov. 2025.

MORITZ, Rachel Duarte. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 485-489, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbti/a/QNKNC45VkBhTdcYYP5NrK/?lang=pt>>. Acesso em: 21 nov. 2025.

MORITZ, Rachel Duarte et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbti/a/zpk7tD4K5H885XHHJ84hs8v>>. Acesso em: 9 mar. 2025.

NEVES, Josiele de Lima et al. Família, tomada de decisão e apoio dos profissionais nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa / Family, decision-making and support of professionals in intensive care units: an integrative review. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 12, n. 3, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/20895>>. Acesso em: 21 jan. 2025.

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo; SOUSA, Jéssica de Oliveira. Limitação do suporte de vida na terapia intensiva: percepção médica. *Revista Bioética*, Brasília, v. 25, n. 3, p. 554-562, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/cMztV8cnFKGbMHhMgFdyGj/>>. Acesso em: 22 dez. 2024.

OLIVESKI, Cíntia Cristina et al. Experience of families facing cancer in Palliative Care. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 30, e20200669, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/4LkBZ4fLJpyKBDkPQ5RD9Pv/?lang=pt>>. Acesso em: 3 jan. 2025.

ORDONEZ-VILLOTA, Jessica Nayive et al. Dilemas éticos de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico del paciente críticamente enfermo. *Revista Colombiana de Bioética*, Bogotá, v. 16, n. 2, p. 98-118, 2021. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-68962021000200098&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-68962021000200098&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 dez. 2024.

PREDEBON, Greice Roberta et al. A visita de familiares em unidades intensivas na ótica da equipe de enfermagem. *Ciência e Cuidado em Saúde*, Maringá, v. 10, n. 4, p. 705–712, 2011. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/270085791\\_A\\_visita\\_de\\_familiares\\_em\\_unidades\\_intensivas\\_na\\_otica\\_da\\_equipe\\_de\\_enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/270085791_A_visita_de_familiares_em_unidades_intensivas_na_otica_da_equipe_de_enfermagem)>. Acesso em: 09 dez. 2025.

PUGGINA, Ana Cláudia. et al. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-283, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/k3SjqCnJJV8yMTxBtzMcrzd/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 21 nov. 2025.

REZENDE; Laura Cristhiane Mendonça et al. Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Cultura de los Cuidados*, Alicante, v. 18, n. 39, p. 84-92, 2014. Disponível em: <<https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/ca9bb6b7-62c9-4cd5-9cf0-195e67c0290b/content>>. Acesso em: 20 dez. 2025.

RIBEIRO, Sabrina Corrêa da Costa; BARRIOSO, Paula Damaris C.; LLOBET, Gisela B. *Cuidados paliativos no paciente crítico*. 3. ed. Barueri: Manole, 2025.

RINCON RONCANCIO, Mónica; GARZON DIAZ, Fabio. Problemas éticos del retiro o limitación de tratamiento vital en unidades de cuidados intensivos. *Revista Latinoamericana de Bioética*, Colômbia, v. 15, n. 2, p. 42-51, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-4702201500020004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-4702201500020004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2025.

ROCHA, Andréia Ribeiro da et al. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. *Revista Bioética*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 84-95, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/hYXRnCWKvJmBZwFnfjcmsPG/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 22 nov. 2025.

SANTANA, Júlio César Batista et al. Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. *Revista Bioética*, Brasília, v. 25, n. 1, p. 158–167, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/C75yZP7jkCqV5gjfxZYxg8Q/>>. Acesso em: 09 mar. 2025.

SANTOS, Isabella Peixoto dos et al. Finitude e bioética no fim da vida: desafios éticos e considerações práticas no cuidado de pacientes terminais. *Revista Cedigma*, Paço do Lumiar, v. 2, n. 3, p. 81-94, 2024. Disponível em: <<https://revistacedigma.cedigma.com.br/index.php/cedigma/article/view/24>>. Acesso em: 9 mar. 2025.

SANTOS, Maria Fernanda Gonçalves dos; BASSITT, Débora Pastore. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 448-454, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbti/a/4F8BDDyW8WxntBNNfxVnw6z/?format=html&lang=pt#>>. Acesso em: 16 nov. 2025.

SARAIVA, Ana Maria Pinto. Suspensão de tratamentos em unidades de terapia intensiva e seus fundamentos éticos. *Revista Bioética*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 150-163, 2012. Disponível em: <[https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/721](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/721)>. Acesso em: 9 mar. 2025.

SILVA, Marcelle Miranda da; LIMA, Lorhanna da Silva. Participação do familiar nos cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar: perspectiva de enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 14-19, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/WmHTn6PfYvzZqskzyrN3KGV/?lang=pt>>. Acesso em: 21 nov. 2025.

- SILVA, Karla Cristiane Oliveira; QUINTANA, Alberto Manuel; NIETSCHE, Elisabeta Albertina. Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 697-703, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/qxbNrWgG3kSnztWXHcKqwm/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 21 nov. 2025.
- SOUZA, Thieli Lemos de; BARILLI, Sofia Louise Santin; AZEREDO, Nára Selaimem Gaertner de. Perspective of family members regarding the process of dying in the intensive care unit. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 751-757, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/ysh7fYDvNkyDkpg4q6SqFhc/?lang=pt>>. Acesso em: 15 nov. 2025.
- VALLEJO, Laura Isabel et al. Evaluación del conocimiento y práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en personal asistencial de una institución prestadora de servicios de salud para pacientes oncológicos de Medellín, 2018. Persona y Bioética, Colômbia, v. 24, n. 2, p. 177-187, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-31222020000200177&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222020000200177&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 dez. 2024.
- VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; WHITAKER, Iveth Yamaguchi; ZANEI, Suely Sueko Viski. Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2020.
- VIDAL, Edison Igrejas de Oliveira et al. Position statement of the Brazilian Palliative Care Academy on withdrawing and withholding life-sustaining interventions in the context of palliative care. Critical Care Science, São Paulo, v. 36, e20240021en, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ccsci/a/Pf8bNTyKX5xZst9BVnpVsBF/#>>. Acesso em: 30 dez. 2024.
- VICENSI, Maria do Carmo. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Revista Bioética, Brasília, v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/ydFpPTkNrgW7fY4djHrLXXk/>>. Acesso em: 09 mar. 2025.
- PESSINI, Leo. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. Revista Bioética, Brasília, v. 24, n. 1, p. 54-63, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/TZNdxQ5McVJDSTBr7yWvTMS/>>. Acesso em: 09 mar. 2025.
- WOINAROVICZ, Beatriz Patricia; MOREIRA, Mariana Calessio. Estratégias de Enfrentamento de Familiares de Pacientes em UTI: Uma Revisão Sistemática da Literatura. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Belo Horizonte, v. 23, n. 2, p. 126-138, 2020. Disponível em: <<https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/124>>. Acesso em: 17 dez. 2024.
- YANEZ-DABDOUB, Macarena; VARGAS-CELIS, Ivonne. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. Persona y Bioética, Colômbia, v. 22, n. 1, p. 56-75, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S012331222018000100056&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S012331222018000100056&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 mar. 2025.
- YIN, Robert K. Estudo de caso. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.