

Article

A Percepção Multiprofissional sobre Cuidados Paliativos em UTI Durante a Pandemia de COVID-19: Uma Reflexão Bioética

Paula Rocha Braga¹ , Carlos Dimas Martins Ribeiro² 

¹ Mestra em Medicina Interna. Universidade Federal do Rio de Janeiro. ORCID: 0009-0008-5616-8597. Email: paula.rocha.b@gmail.com

² Doutorado em Saúde Pública. Universidade Federal Fluminense. ORCID: 0000-0002-3838-5239. Email: dimasmribeiro@gmail.com

RESUMO

A pandemia de COVID-19 impôs desafios clínicos, éticos e organizacionais sem precedentes aos profissionais de saúde, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Este estudo de campo qualitativo e exploratório objetivou compreender a percepção da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) de uma UTI universitária sobre a promoção de cuidados paliativos durante a pandemia, sob a ótica da bioética principialista. Os resultados revelaram intensa sobrecarga física, emocional e moral, exacerbada pela escassez de recursos, ausência de protocolos e capacitação insuficientes em cuidados paliativos, impactando a qualidade da assistência e a aplicação dos princípios bioéticos. A comunicação com familiares foi identificada como um ponto frágil, mediada remotamente e carente de vínculo. A tomada de decisão compartilhada, embora valorizada, foi comprometida por entraves práticos. Observou-se uma associação restrita dos cuidados paliativos à terminalidade, reforçando estigmas. Contudo, virtudes éticas como compaixão e responsabilidade emergiram, sustentando a dignidade dos pacientes. A pesquisa destaca a urgência de políticas públicas e institucionais que integrem sistematicamente os cuidados paliativos às UTIs, com formação ética e técnica, planejamento antecipado e valorização da escuta.

Palavras-chave: cuidados paliativos; bioética; COVID-19; unidade de terapia intensiva; tomada de decisão; comunicação em saúde.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic presented unprecedented clinical, ethical, and organizational challenges to healthcare professionals, particularly in Intensive Care Units (ICUs). This qualitative and exploratory field study aimed to understand the perception of the multidisciplinary team (physicians, nurses, physiotherapists) in a university ICU regarding the promotion of palliative care during the pandemic, informed by principlist bioethics. Findings revealed intense physical, emotional, and moral overload, exacerbated by resource scarcity, lack of protocols, and insufficient palliative care training, impacting care quality and the application of bioethical principles. Family communication was a fragile point, remotely mediated and lacking connection. Shared decision-making, though conceptually valued, was undermined by practical obstacles. Palliative care was often narrowly associated with terminality, reinforcing stigmas. Nevertheless, ethical virtues like compassion and responsibility emerged, sustaining patient dignity. The study underscores the urgent need for public and institutional policies integrating palliative care into ICUs, with ethical and technical training, advance planning, and valuing listening.

Keywords: palliative care; bioethics; COVID-19; intensive care unit; decision-making; health communication.

Introdução

A experiência de atuação na linha de frente durante a pandemia de COVID-19 delineou, de maneira marcante, a trajetória profissional e a compreensão sobre o cuidado em saúde da autora deste estudo. Em um cenário de profunda incerteza, intenso sofrimento e decisões prementes, a relevância da oferta e do



Submissão: 02/10/2025



Aceite: 12/01/2026



Publicação: 18/03/2026





reconhecimento dos cuidados paliativos como um componente intrínseco da assistência tornou-se incontestável, particularmente em ambientes críticos como as unidades de terapia intensiva (UTIs). A escassez de recursos materiais e humanos, a imposição do afastamento de familiares e a vertiginosa deterioração da condição clínica dos pacientes exigiram, mais do que nunca, uma abordagem que priorizasse a dignidade, a comunicação compassiva e a minimização do sofrimento.

Foi nesse contexto de crise sanitária que emergiu a necessidade de aprofundar a reflexão sobre a promoção dos cuidados paliativos, compreendendo-os não meramente como uma resposta clínica, mas como uma prática enraizada em princípios bioéticos, capazes de oferecer orientação ao cuidado em face da finitude, da vulnerabilidade e da complexidade dos dilemas éticos que se apresentaram a profissionais, pacientes e seus familiares. A crise da COVID-19, em sua escala global, expôs de maneira acentuada as fragilidades estruturais dos sistemas de saúde e impôs uma reflexão crítica sobre a ética do cuidado em situações-limite.

Para uma compreensão integral dos desafios e das escolhas realizadas, é fundamental contextualizar o percurso histórico e epidemiológico que caracterizou a pandemia de COVID-19 e que, em grande medida, moldou as práticas assistenciais em todo o mundo. O ano de 2020 teve seu início marcado por um surto de infecção respiratória provocado por uma nova variante do coronavírus, inicialmente identificada em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China. A rápida disseminação do vírus e o consequente crescimento exponencial no número de casos levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar, em janeiro de 2020, uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (World Health Organization 2018; 2020).

O coronavírus, isolado pela primeira vez em 1937 e descrito em 1965 em razão de seu formato peculiar, já havia sido responsável por crises anteriores, como a síndrome respiratória aguda grave (SRAG) entre 2002 e 2003, que causou 774 mortes, e a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) em 2012, com 858 óbitos confirmados na Arábia Saudita. Contudo, a cepa de RNA do vírus SARS-CoV-2, que emergiu entre 2019 e 2020, apresentou características distintas: embora frequentemente se manifestasse de forma assintomática ou com sintomas leves (febre, tosse seca, fadiga), sua alta transmissibilidade gerou impactos significativos nos sistemas de saúde globalmente. Inicialmente, a crença era de que o vírus afetaria prioritariamente idosos e indivíduos com comorbidades; entretanto, observou-se posteriormente que jovens e crianças também podiam desenvolver formas graves da doença (Chang, Yan, e Wang 2020; Shang et al. 2020; World Health Organization 2020).

A declaração oficial da pandemia pela OMS em março de 2020 teve profundas repercussões na área da saúde, expondo severas limitações em termos de insumos e de profissionais qualificados para o manejo da doença. Além dos impactos econômicos e sociais, o aumento vertiginoso de casos e óbitos sobrecarregou os serviços de saúde, comprometendo a continuidade e a qualidade da assistência à população. O colapso iminente dos sistemas de saúde deflagrou inúmeros desafios éticos, decorrentes da escassez de recursos tecnológicos, da insuficiência de insumos e da carência de profissionais capacitados (Rosenbaum 2020).

Diante da necessidade urgente de cuidados intensivos e intervenções médicas, a pandemia trouxe à tona questões importantes relacionadas aos cuidados paliativos, um campo historicamente subvalorizado na medicina (Braga; Ribeiro, 2025). À medida que os profissionais de saúde se confrontavam com um número crescente de pacientes em estado crítico e com prognósticos desfavoráveis, a urgência de promover cuidados paliativos efetivos e compassivos tornou-se inegável (Figueiredo et al. 2021). Eventos de grande magnitude, como epidemias e emergências sanitárias internacionais, são historicamente acompanhados por colapsos dos sistemas de saúde, isolamento social, aumento da mortalidade e sofrimento coletivo (Matos e Conceição 2020). Nesse cenário, a reflexão sobre a presença e o fortalecimento dos cuidados paliativos durante tais crises é fundamental para a preservação da dignidade humana.



A pandemia de COVID-19 revelou, com clareza incontestável, a vulnerabilidade dos sistemas de saúde e a fragilidade inerente à vida humana. Desde os estágios iniciais da crise, a necessidade de cuidados paliativos foi patente, especialmente entre as populações mais afetadas: idosos e indivíduos com condições crônicas e progressivas, muitos já elegíveis para essa modalidade de cuidado. Nesses casos, a deterioração clínica era frequentemente rápida, exigindo decisões emergenciais em um contexto de grande instabilidade, escassez de recursos e exaustão das equipes assistenciais (Matos e Conceição 2020).

A vivência direta no ambiente hospitalar durante a pandemia evidenciou que o isolamento dos pacientes de seus familiares – frequentemente os principais mediadores de valores, desejos e diretivas antecipadas de vontade – exacerbou os desafios relacionados à deliberação ética e à comunicação. Essa experiência suscitou inquietações profundas sobre como os cuidados paliativos foram compreendidos, integrados e efetivados em um cenário marcado por limitações físicas, emocionais e institucionais.

A despeito da crescente relevância dos cuidados paliativos na prática clínica contemporânea, a literatura acadêmica ainda apresentava lacunas consideráveis quanto à sua aplicação em contextos pandêmicos e outras emergências sanitárias de grande escala. Havia poucas investigações que abordassem, sob a perspectiva dos profissionais de saúde, os obstáculos e as estratégias relacionadas à promoção desses cuidados em ambientes intensivos durante crises globais.

Diante desse panorama, o presente artigo, fruto da Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, busca preencher essa lacuna ao investigar a percepção da equipe multiprofissional de uma unidade de terapia intensiva sobre a promoção de cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19. Ao abordar o tema sob uma perspectiva bioética, o estudo almeja aprofundar a compreensão sobre os desafios vivenciados e fornecer subsídios para o aprimoramento das práticas assistenciais em contextos de alta complexidade, reafirmando a bioética como um campo essencial para orientar o cuidado humanizado em tempos de crise.

Dessa forma, os objetivos que guiam esta investigação são: compreender a percepção da equipe multiprofissional de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em relação à promoção de cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19, sob a ótica dos princípios de Beauchamp e Childress; compreender as práticas de cuidados paliativos durante a pandemia; identificar as dificuldades, facilidades e desafios para a integração dos cuidados paliativos em uma UTI durante a pandemia de COVID-19; investigar as dificuldades, facilidades e desafios na comunicação entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares; e analisar as práticas de tomada de decisão e, em particular, se a Tomada de Decisão Compartilhada (TDC) foi utilizada e de que forma na relação com os pacientes em cuidados paliativos.

Material e Métodos

Este estudo adotou uma abordagem metodológica que permitiu uma compreensão aprofundada e contextualizada das experiências dos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19, focando nas nuances das percepções sobre cuidados paliativos.

Ambiente de Estudo

A pesquisa foi conduzida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), uma instituição federal pública, terciária e universitária, vinculada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O HUCFF integra o Complexo Hospitalar da UFRJ, sendo reconhecido nacionalmente por sua excelência no ensino, pesquisa e assistência em saúde. Suas operações são guiadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos valores éticos e de compromisso social intrínsecos à universidade pública brasileira. Inaugurado em 1978, o hospital foi projetado para abrigar centenas de leitos em



diversas especialidades, oferecendo atendimento ambulatorial e de internação. Contudo, devido a restrições estruturais, financeiras e de recursos humanos, sua capacidade plena nunca foi alcançada. Atualmente, o HUCFF dispõe de aproximadamente 280 leitos ativos, majoritariamente destinados ao atendimento de pacientes adultos com condições de média e alta complexidade.

Desenho de Estudo

Considerando a complexidade da temática e a necessidade de capturar as experiências subjetivas e os dilemas éticos enfrentados em um contexto pandêmico, optou-se por uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. Essa escolha metodológica fundamenta-se na premissa de que os profissionais de saúde, dada sua proximidade com o sofrimento dos pacientes, possuem um campo de observação privilegiado para identificar significados, percepções e impasses que não seriam passíveis de apreensão por abordagens meramente quantitativas (Ribeiro et al. 2014). A perspectiva qualitativa valoriza a escuta compreensiva, o contexto institucional e os conflitos éticos que emergem do cotidiano da prática clínica. Complementarmente, a análise dos dados foi guiada pelo conceito de equilíbrio reflexivo, proposto como base metodológica e ética para analisar essas experiências, ao promover o diálogo constante entre princípios normativos, intuições morais e as situações concretas vivenciadas (Ribeiro 2017).

Participantes

Foram selecionados como critérios de inclusão profissionais de saúde de nível superior (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas) que atuaram diretamente na assistência durante o período da pandemia de COVID-19. Excluíram-se profissionais que se encontravam afastados por licença médica ou licença maternidade no período de referência, bem como aqueles que não estiveram na linha de frente da assistência durante a pandemia. O número de participantes foi determinado com base no critério de saturação teórica (Minayo 2017), ou seja, a coleta de dados foi interrompida quando as entrevistas passaram a apresentar conteúdos repetitivos, sem o surgimento de novas informações relevantes. Quando necessário, o número amostral foi ampliado para assegurar a profundidade e a consistência da análise dos dados.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, utilizando um roteiro semiestruturado previamente elaborado. As entrevistas ocorreram entre agosto e outubro de 2024, presencialmente, em uma sala reservada e silenciosa da unidade hospitalar, garantindo sigilo, conforto e confidencialidade aos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas, mediante autorização prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após o esclarecimento detalhado dos objetivos da pesquisa. Durante as entrevistas, a pesquisadora responsável realizou anotações de campo para complementar e contextualizar as informações obtidas. As gravações foram integralmente transcritas pela própria pesquisadora, visando uma análise aprofundada do conteúdo. Os arquivos digitais foram armazenados em local seguro, de uso exclusivo da pesquisadora, em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/12. Cada entrevista teve duração média de aproximadamente 20 minutos.

Análise de Dados

Para a análise do material coletado, utilizou-se a técnica de análise temática, reconhecida por sua ampla aplicabilidade em pesquisas qualitativas (Taquette e Borges 2020). Essa técnica possibilitou a compreensão dos significados expressos nos discursos dos participantes, permitindo a construção de categorias e interpretações



relevantes sobre o objeto de estudo. A análise seguiu o modelo proposto por Bardin (2011), estruturado em três fases:

1. Pré-análise: Organização do material e leitura flutuante, proporcionando uma visão geral dos conteúdos.
2. Exploração do material: Categorização temática e codificação dos dados, identificando regularidades, sentidos e nuances nas narrativas.
3. Tratamento dos resultados e interpretação: Construção de inferências e articulação dos achados empíricos com os referenciais teóricos adotados.

As categorias analíticas foram definidas com base na recorrência e relevância dos conteúdos emergentes. O material foi interpretado à luz dos princípios da bioética principialista, conforme sistematizado por Beauchamp e Childress (2009). Essa abordagem permitiu elucidar as percepções, dilemas e estratégias relatados pela equipe multiprofissional na promoção de cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19.

Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi submetida à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em estrita conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi iniciado somente após a obtenção da devida aprovação por ambas as instituições.

Todos os participantes foram previamente informados de forma clara e completa sobre os objetivos, a relevância, os procedimentos e os possíveis desdobramentos do estudo. A participação foi inteiramente voluntária, e o consentimento foi formalizado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram realizadas apenas após o consentimento formal dos participantes, incluindo autorização específica para a gravação em áudio. A confidencialidade e o anonimato foram rigorosamente assegurados em todas as etapas da pesquisa, através da codificação dos dados e da preservação da identidade dos profissionais entrevistados.

O material transcrito foi armazenado em um ambiente digital seguro, com acesso restrito e exclusivo à pesquisadora responsável. Todo o conteúdo será mantido sob guarda por um período mínimo de cinco anos, conforme as diretrizes éticas vigentes.

Resultados e Discussão

A análise dos dados coletados revelou um panorama complexo e multifacetado sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca dos cuidados paliativos no contexto desafiador da pandemia de COVID-19 em uma UTI universitária. Os achados foram categorizados em perfis sociodemográficos dos participantes e suas percepções sobre o contexto pandêmico, com foco específico nas práticas de cuidados paliativos e na tomada de decisões.

Perfil Sociodemográfico dos Participantes da Pesquisa

O Quadro 1 sintetiza os dados sociodemográficos dos participantes, organizados por categoria profissional. A análise desses perfis permitiu contextualizar as perspectivas apresentadas nas narrativas.



Quadro 1. Síntese dos dados sociodemográficos.

Nº	Variável	Médicos	Fisioterapeutas	Enfermeiros
1	Idade (média / variação)	44,8 / 38 – 50	31,8 / 28 – 43	39,2 / 32 – 61
2	Sexo	Masculino: 4 Feminino: 1	Masculino: 2 Feminino: 3	Masculino: 1 Feminino: 4
3	Raça/Cor	Branca: 5	Branca: 3 Parda: 1 Negra: 1	Branca: 1 Parda: 3 Negra: 1
4	Religião	Católica: 3 Espírita: 1 Ateu: 1	Católica: 1 Evangélica: 2 Cristã: 1 Agnóstico: 1	Evangélica: 3 Cristã: 1 Espírita: 1
5	Tempo de formação (média / variação)	20,8 / 13 – 28	8 / 4 – 21	11,2 / 8 – 13
6	Tempo de atuação em UTI (média / variação)	19,4 / 7 – 27	7,8 / 4 – 21	5,8 / 4 – 10

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Médicos

Os médicos entrevistados apresentaram uma média de idade de 44,8 anos, com idades variando entre 38 e 50 anos. Todos se autodeclararam brancos, sendo a maioria do sexo masculino (quatro homens e uma mulher). Em relação à religião, três se identificaram como católicos, um como espírita e um como ateu. O tempo médio de formação foi de 20,8 anos, com variação entre 13 e 28 anos, e o tempo médio de atuação em unidades de terapia intensiva foi de 19,4 anos, entre 7 e 27 anos.

Esses dados demonstram uma parcial consonância com o estudo nacional da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), que mapeia o perfil dos intensivistas. Embora a média de idade dos médicos entrevistados seja ligeiramente inferior à média nacional de 52 anos, o tempo de atuação em UTI é expressivo, indicando uma trajetória profissional consolidada. A predominância masculina na amostra também reflete a tendência nacional (59,8%), ainda que a presença feminina na medicina tenha se expandido (Cassenote et al. 2024). A homogeneidade étnico-racial, com todos os participantes se autodeclarando brancos, ecoa o perfil identificado no censo nacional, apontando para a sub-representação histórica de pessoas pretas e pardas entre os intensivistas, o que sugere desigualdades estruturais no acesso à formação e especialização médica.

A menor média etária dos entrevistados pode estar ligada a fatores contextuais da pandemia, onde profissionais com menos de 50 anos, e fora dos grupos de risco, foram preponderantes na linha de frente. Normativas federais frequentemente direcionavam idosos e pessoas com comorbidades ao trabalho remoto (Brasil 2020), o que pode ter influenciado a composição das equipes de UTI e, consequentemente, da amostra do estudo. A diversidade nas crenças religiosas, mesmo com o catolicismo predominante, pode subjetivamente influenciar a prática clínica, especialmente em contextos de alta demanda ética, como a definição de metas terapêuticas e a comunicação de prognósticos desfavoráveis (Rego, Gonçalves e Moutinho 2020). O longo



tempo de atuação em UTI dos médicos participantes, próximo a duas décadas, confere-lhes uma experiência valiosa, embora a AMIB alerte para a tendência de afastamento de profissionais experientes da linha de frente devido à sobrecarga e à busca por qualidade de vida (Cassenote et al. 2024).

Fisioterapeutas

Os fisioterapeutas entrevistados apresentaram uma média de idade de 31,8 anos, variando entre 28 e 43 anos. A amostra incluiu três mulheres e dois homens, sendo a maioria autodeclarada branca (três), com um pardo e um negro. A diversidade religiosa foi maior, com dois evangélicos, um católico, um cristão e um agnóstico. O tempo médio de formação foi de 8,0 anos (4 a 21 anos), e o tempo de atuação em UTI foi de 7,8 anos (4 a 21 anos).

Esses dados indicam uma composição etária mais jovem e um tempo de experiência em UTI significativamente menor em comparação com os médicos da amostra, refletindo uma inserção precoce e contínua no ambiente intensivo. Esse fenômeno pode ser atribuído à expansão das equipes multiprofissionais nas UTIs, impulsionada pela Resolução RDC nº 7/2010, que tornou obrigatória a presença do fisioterapeuta nessas unidades (Brasil 2010; Alves et al. 2020). A predominância feminina na amostra de fisioterapeutas corrobora a feminização da profissão no Brasil, especialmente em áreas hospitalares (Furtado et al. 2021). A maior diversidade racial entre os fisioterapeutas, contrastando com a homogeneidade dos médicos, pode indicar um avanço na inclusão de profissionais de diferentes perfis na fisioterapia intensiva.

A atuação dos fisioterapeutas durante a pandemia de COVID-19 foi de extrema relevância, englobando suporte respiratório, mobilização precoce e colaboração ativa nas decisões clínicas. Contudo, estudos indicam que o reconhecimento institucional e as condições de trabalho nem sempre acompanharam essa importância, gerando preocupações com a permanência e o bem-estar desses profissionais em contextos críticos (Furtado et al. 2023).

Enfermeiros

Os enfermeiros participantes apresentaram uma média de idade de 39,2 anos, com variação entre 32 e 61 anos. Quatro eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Em relação à raça/cor, três se autodeclararam pardos, uma branca e uma negra. A maioria se identificou como evangélica (três), seguida por um espírita e um cristão. O tempo médio de formação foi de 11,2 anos (8 a 13 anos), e o tempo médio de atuação em UTI foi de 5,8 anos (4 a 10 anos).

Esses dados sugerem que os enfermeiros da amostra estavam em uma fase de consolidação profissional na terapia intensiva. A média de idade e a predominância feminina (quatro em cinco) alinham-se aos achados de Gomes et al. (2024) e à tendência nacional de feminização da enfermagem, que representa 85,1% da força de trabalho no Brasil (Machado 2017). A maior diversidade racial na enfermagem, com predomínio de pardos, pode indicar progressos na inclusão, mas as desigualdades raciais ainda persistem como barreiras, exigindo atenção das políticas públicas.

A diversidade religiosa, com predominância evangélica, sugere que a espiritualidade pode ter atuado como estratégia de enfrentamento e ressignificação do cuidado em um ambiente de alta carga emocional. O cuidado espiritual é reconhecido como um aspecto essencial da prática clínica de enfermagem, promovendo a escuta ativa e o respeito às crenças dos pacientes (Miller et al. 2023). No entanto, é importante considerar que visões religiosas específicas podem influenciar posturas mais conservadoras em decisões de fim de vida, ressaltando a importância do diálogo individualizado e respeitoso para a tomada de decisões compartilhadas.



O tempo médio de atuação em UTI dos enfermeiros (5,8 anos) é inferior ao dos médicos e fisioterapeutas, o que pode estar relacionado à alta rotatividade na área, ao desgaste físico e emocional e às fragilidades das condições de trabalho (Gomes et al. 2024; Vincent et al. 2022). A formação desses profissionais também é uma preocupação, visto que mais da metade dos enfermeiros intensivistas brasileiros cursaram pós-graduação lato sensu sem atividades práticas estruturadas, evidenciando lacunas na qualificação para atuação segura (Gomes et al. 2024).

Percepções Gerais sobre o Contexto Pandêmico da COVID-19

As narrativas dos profissionais entrevistados convergiram na descrição de uma experiência profundamente desafiadora durante a pandemia de COVID-19. Três eixos temáticos se destacaram: a intensa sobrecarga física e emocional, o medo constante de adoecimento e morte, e a imperativa necessidade de aprendizado acelerado em um cenário de incerteza e instabilidade. Embora interligadas, essas dimensões apresentaram particularidades conforme a categoria profissional, mas consolidaram a pandemia como uma crise sanitária sem precedentes.

Médicos e o Impacto da Pandemia

Os médicos ressaltaram de forma contundente a sobrecarga física e emocional, bem como os profundos impactos psicológicos do enfrentamento da pandemia, caracterizando-a como a "maior crise sanitária que a nossa geração vai viver" [M4]. A convivência diária com o sofrimento e a morte deixou marcas duradouras, culminando, para alguns, em complicações psicológicas e desmotivação para o trabalho em terapia intensiva [M2].

Os desafios incluíram a adaptação às novas exigências da prática, como o uso contínuo de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e as mudanças na rotina dos plantões. O desgaste físico era acentuado por condições adversas, como o calor excessivo e as múltiplas camadas de proteção, que limitavam até mesmo necessidades básicas como ir ao banheiro, conforme relatado: "Eu senti muito essa sobrecarga física, muito calor, às vezes, né? O ar-condicionado que não funcionava direito... Aquelas várias camadas de proteção. Então teve esse aspecto físico, assim. Inicialmente, não podia sair para ir ao banheiro... até por limitação de capote, (...). Intubação, extubação, pronação. Então, era um plantão cansativo fisicamente. Mentalmente também, mas fisicamente era muito cansativo." [M1]

O impacto psicológico foi agravado pelo desconhecimento sobre a doença e a ausência de diretrizes clínicas claras, somado ao peso das decisões críticas diante da alta gravidade e mortalidade dos casos. Esse contexto gerou angústia e medo de contaminação e morte, inclusive de colegas e familiares: "Foi um grande desafio. Eu acho que para todos os profissionais que trabalham, principalmente, nos setores de unidade fechada. A gente teve o grande desafio de lidar com uma doença desconhecida, com um poder de óbito, com uma mortalidade muito alta que, realmente, é fora do nosso padrão. Então foi assustador, de fato. Eu tive muito medo, com certeza, e foi bem doloroso." [M3]

Esses relatos corroboram estudos que evidenciaram prevalências alarmantes de burnout, ansiedade e depressão entre trabalhadores da saúde globalmente, atribuídas à escassez de EPIs, sobrecarga de trabalho, alocação de equipes despreparadas e o medo de contaminar familiares (Huang et al. 2024; World Health Organization 2022). A pandemia impôs desafios físicos, psicológicos e éticos, transformando as UTIs em ambientes de estresse e trauma constantes, onde a gestão da vida e da morte se tornou cotidiana.

Nesse cenário, o sofrimento moral (moral distress), descrito por Andrew Jameton (1984) e expandido por Rushton (2016), tornou-se particularmente evidente. Profissionais, cientes da conduta moralmente apropriada, viam-se impedidos de realizá-la por barreiras institucionais ou estruturais, culminando na erosão da integridade



ética e na exaustão emocional. A escassez de insumos, a sobrecarga e a ausência de apoio institucional amplificaram esse sofrimento (Caram et al. 2021; Santos et al. 2024).

À luz do princípalismo de Beauchamp e Childress (2009), os princípios fundamentais foram sistematicamente comprometidos: a beneficência e a não-maleficência foram restringidas por condições precárias; a justiça foi violada pela distribuição desigual de recursos; e o respeito à autonomia foi limitado tanto para pacientes quanto para profissionais. Essa crise ética e assistencial ressalta o conceito de dignidade vulnerável (Muñoz Terron 2021), que se manifesta na fragilidade humana e deve orientar o cuidado, cuja ausência de estruturas de acolhimento compromete a postura ética da equipe. A exclusão dos cuidados paliativos das estratégias de resposta à crise é duramente criticada na literatura, intensificando o sofrimento e o sofrimento moral (Radbruch et al. 2020; Lin et al. 2020).

Fisioterapeutas e a Exaustão Operacional

Os fisioterapeutas entrevistados destacaram a exaustão física e emocional, a necessidade de aprendizado emergencial e a escassez de recursos. Relataram rotinas de trabalho extremamente extenuantes, com longas jornadas e acúmulo de funções, além da incorporação de condutas antes não habituais. Situações críticas, como múltiplas paradas cardiorrespiratórias simultâneas e a necessidade de priorizar atendimentos geraram dilemas éticos diante da alta mortalidade. A exaustão era agravada pela escassez e pela necessidade de escolhas difíceis: "Às vezes eram 24, 48, 72 horas que a gente ficava acordado direto." [F2] "Então eu fazia mais de 100 horas de trabalho por semana, bem exaustivo, e vendo gente morrer todo dia, às vezes vários por dia, tendo que fazer algumas escolhas de quem é que vai entubar, porque só tem um respirador, quem é que vai internar, porque só tem uma vaga..." [F4]

O impacto emocional dessas decisões era potencializado pela intensidade dos plantões e pela impotência frente às perdas massivas: "Em um plantão meu morriam 30 pessoas. Era meio desesperador, por exemplo: tinha cinco paradas ao mesmo tempo, quem você vai salvar? Vamos no mais novo? Mas e o outro? É o amor de alguém também. O que você vai fazer? (...) Eu me vi muito numa sinuca de bico. A equipe falava assim: vamos investir nesse aqui e a gente investia naquele ali. Às vezes, eu revezava, entrava numa parada, depois em outra, para tentar salvar três ao mesmo tempo. (...) Muitas situações saíam do controle." [F5]

Esse depoimento revela a gravidade dos dilemas éticos, onde a escassez de recursos e a alta demanda forçavam decisões baseadas em urgência e tentativa de justiça, sem respaldo técnico ou institucional adequado. A ausência de diretrizes éticas claras aumentava a insegurança, levando a critérios empíricos e, por vezes, arbitrários. A falta de parâmetros legitimados para a alocação justa de recursos sobrecarrega moralmente os profissionais da linha de frente (Sobral, Santa-Rosa e Silvestre 2021). Embora existissem recomendações (Satomi et al. 2020; AMIB et al. 2021), sua disseminação e aplicação foram heterogêneas.

A pandemia exigiu um aprendizado técnico acelerado, pois se tratava de "uma doença que ninguém sabia manejar, não entendia como funcionava" [F4]. O trabalho do fisioterapeuta se expandiu para condutas antes incomuns, como pronar pacientes ou fazer titulação de PEEP [F3]. Apesar das dificuldades, a experiência trouxe aprendizado e avanços científicos: "foi uma experiência bem difícil, acho que todo mundo ficou com o emocional bem abalado, mas em questão de experiência foi um ganho absurdo" [F4]. A tensão entre aprendizado emergencial e incerteza clínica comprometeu a não-maleficência, mas também revelou a mobilização de virtudes como compaixão, discernimento e integridade (Beauchamp e Childress 2009; Rushton 2023).

A escassez de recursos culminou no colapso das condições mínimas de trabalho, com a falta de sedação, ventiladores e oxigênio, e a substituição de profissionais experientes por outros sem preparo técnico, gerando um "problema grande" e um "número crescente de óbitos por conta de algumas condutas com as quais a gente



discordava" [F4, F2]. Esse cenário evidencia a precarização do cuidado, violando os princípios da justiça e da beneficência, e intensificando o sofrimento moral dos trabalhadores.

Enfermeiros e a Fragilidade Institucional

Os enfermeiros enfatizaram a insegurança inicial, tanto pelo alto risco de contaminação e o medo de infectar familiares [E3], quanto pela desinformação e despreparo generalizado da equipe: "Era tudo novo, a doença era nova, você não tinha perspectiva disso. (...) Se eu tivesse que falar uma palavra, seria essa: foi bem desesperador" [E1]. As dificuldades com protocolos de biossegurança e a falta de experiência em UTI foram desafios adicionais, com muitos profissionais sem qualquer vivência prévia em terapia intensiva ou mesmo na área da saúde [E2, E5].

A crítica mais contundente recaiu sobre o recrutamento de profissionais para o período mais crítico da pandemia, com falhas evidentes na capacitação: "A equipe que foi contratada não estava apta a prestar aquele serviço. (...) Qualquer profissional de saúde que estivesse disposto a trabalhar era contratado. Tinha técnico de enfermagem que trabalhava fora como cuidador, manicure. (...) E isso gerou muitos óbitos." [E4]

Esses relatos expõem um cenário de improvisação e insegurança institucional, com decisões precipitadas e carência de apoio técnico. A falta de preparo e qualificação comprometeram o exercício ético do cuidado, ferindo os princípios da beneficência e da não-maleficência, e gerando desigualdade na assistência. A justiça foi igualmente afetada, pois a qualidade do cuidado dependia da composição das equipes. Tais elementos reforçam a urgência de incorporar estratégias institucionais que valorizem a formação contínua, o apoio emocional e espaços de deliberação ética, configurando pilares de um cuidado responsável e humano.

Pandemia de COVID-19 e Cuidados Paliativos

Os entrevistados, de forma unânime, perceberam que os cuidados paliativos durante a pandemia foram insuficientes, frequentemente ausentes ou fragmentados. Embora houvesse tentativas de oferta, as condições da pandemia e a gravidade dos casos clínicos dificultaram a consolidação de uma abordagem contínua, precoce e estruturada. O foco predominante era nas intervenções curativas, com pouca reflexão e escassa incorporação de práticas paliativas.

Percepção Médica sobre Cuidados Paliativos

Os médicos reconheceram que os cuidados paliativos foram limitados, desorganizados e insuficientes. A ausência de protocolos específicos, a rápida deterioração clínica e a inexperiência das equipes foram obstáculos recorrentes. Destacou-se uma cultura institucional de "investimento máximo" em intervenções, motivada por pressão social e expectativas dos próprios profissionais: "Não tinha um cuidado paliativo estruturado, não. Não era bem aceito, né? Morrer pelo Covid. (...) Estava em uma era que política e a sociedade tinha, na verdade, esse conceito de que queriam que fosse feito de tudo, tudo, tudo. Houve, de fato, uma mobilização muito grande da sociedade. (...) Se pecava muito pelo excesso, né? De investimento. (...) Mas, assim, vamos instituir, vamos priorizar o conforto. Isso não tinha essa aceitação. Uma coisa estruturada para o paliativo nessa época eu não lembro de ter acontecido nem aqui e nem fora." [M1]

Esse relato expõe uma cultura focada em intervenções agressivas, mesmo diante da irreversibilidade, comprometendo a beneficência e a não-maleficência ao prolongar o sofrimento. A ausência de critérios para alocação de recursos favorece condutas desproporcionais (Costa, Pompermayer e Costa 2020), e a não aceitação social da morte por COVID-19 reflete a dificuldade coletiva em lidar com a terminalidade (Schramm 2012).



A falta de tempo para discussões sobre condutas proporcionais foi um obstáculo significativo, com a sobrecarga inviabilizando o diálogo necessário para definir metas terapêuticas alinhadas ao prognóstico [M5]. A tomada de decisão compartilhada exige tempo, escuta e compreensão dos valores do paciente, elementos frequentemente ausentes em cenários de crise (Vidal et al. 2022). O desconhecimento sobre a nova doença também dificultava a implementação de cuidados apropriados, gerando incerteza clínica sobre o momento adequado para limitar tratamentos [M1]. Em contextos de instabilidade, a virtude da prudência torna-se fundamental para decisões clínicas sensíveis e equilibradas (Lima, Rego e Batista 2015).

A ausência de equipes especializadas foi uma lacuna significativa [M2]. Equipes especializadas são essenciais para o suporte técnico e ético na tomada de decisões complexas (Arya et al. 2020), e sua ausência compromete a implementação precoce de condutas proporcionais. A descontinuidade das condutas também foi amplamente mencionada: "Sentia um pouco a falta dessa continuidade, de uma visão mais horizontal do paciente. Dependia muito do plantão, né?" [M4]. A alta rotatividade de profissionais, devido a afastamentos por COVID-19 e contratações emergenciais, comprometeu a coesão das equipes e o acompanhamento longitudinal, resultando em condutas fragmentadas e desconectadas das necessidades dos pacientes.

Essa fragmentação impediu a elaboração de planos terapêuticos consistentes, sendo um obstáculo crítico para os cuidados paliativos, que pressupõem um acompanhamento integral e coordenado. A alta rotatividade dos pacientes, devido à rápida deterioração e alta mortalidade, limitava o planejamento das ações paliativas, inviabilizando uma abordagem estruturada [M5]. A sobrecarga e a instabilidade das equipes foram diretamente associadas às decisões precipitadas e à fragilidade das práticas paliativas, conforme a reflexão: "Muito paciente grave, então muito volume de trabalho, né? Muitas vezes com a equipe desfalcada por conta de afastamentos por Covid... enfim, eu acho que a gente tomou decisões muito atropeladas (...) decisões terapêuticas, decisões de condição em momento de final de vida, de cuidados proporcionais, de cuidados paliativos. Eu acho que, se a gente tivesse uma abordagem pensando no prognóstico do paciente, como um paciente mais idoso, com doenças tão graves... Isso teria sido o ideal, né?" [M4]

Essa reflexão explicita como a sobrecarga assistencial levou a decisões terapêuticas precipitadas, comprometendo a deliberação clínica e favorecendo intervenções automáticas e desproporcionais, distantes dos princípios paliativos (Pereira, Siqueira-Batista e Schramm 2021). Dilemas éticos decorrentes da escassez de recursos exigiam decisões pautadas na justiça como equidade, considerando vulnerabilidades sociais (Paura, Ribeiro e Silva Jr. 2010), o que não ocorreu de forma sistemática.

Além das limitações operacionais, houve uma profunda ausência de consenso conceitual sobre cuidados paliativos entre os próprios profissionais. Alguns os percebiam como "um cuidado individualizado voltado para a necessidade de cada paciente" [M3] e parte integrante do "round multidisciplinar" [M4], enquanto outro expressou uma visão crítica, associando-os a "achismo" e "pouca ciência" [M2]. Essas divergências revelam uma lacuna formativa e institucional que compromete a segurança das decisões e a oferta equitativa do cuidado, violando a justiça, autonomia e beneficência. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP 2024) reforça que a clareza conceitual e a integração transversal são cruciais para a consolidação da prática.

O perfil dos pacientes considerados elegíveis para cuidados paliativos era restrito, focado em idosos com comorbidades, doenças pulmonares avançadas e disfunções múltiplas, "sabíamos que o COVID seria provavelmente o último desfecho" [M3]. Essa associação direta entre cuidados paliativos e terminalidade impede a aplicação precoce e ampla da abordagem, distanciando-a de sua finalidade de alívio do sofrimento ao longo do curso de doenças graves (ANCP 2024; Radbruch et al. 2020).



Percepção de Fisioterapeutas sobre Cuidados Paliativos

Os fisioterapeutas relataram predominância de condutas curativas e emergenciais, com pouca ou nenhuma integração efetiva de práticas paliativas. A gravidade e a pressão por intervenções imediatas dificultaram a reflexão sobre o conforto e a qualidade de vida: "Acho que não dava nem tempo de ter esse pensamento de cuidado paliativo... Eu acho que ouvi poucas vezes falando sobre essa questão..." [F1]. Os cuidados paliativos eram considerados apenas no fim de vida, em uma lógica de "muito oito ou oitenta", oscilando entre investimento máximo e abandono terapêutico [F4]. Essa instabilidade assistencial, sem protocolos claros, gerava insegurança moral e comprometia a qualidade do cuidado (Rossi et al. 2023).

A lógica do cuidado máximo foi aplicada independentemente da elegibilidade para cuidados paliativos: "Todo mundo recebia, na maior parte das vezes, o cuidado máximo que a gente poderia ter" [F2]. Esse imperativo de salvar vidas a qualquer custo, em um cenário de escassez e decisões aceleradas, resultou em obstinação terapêutica, prolongando o processo de morrer e agravando o sofrimento. A futilidade terapêutica viola a não-maleficência e a justiça distributiva (Radbruch et al. 2020).

A escassez de informações sobre a história clínica dos pacientes e o caráter incerto da COVID-19 no início da pandemia representavam um entrave significativo. Muitos pacientes chegavam já em condições críticas, sedados ou intubados, impossibilitando a comunicação direta e o conhecimento de suas limitações ou preferências prévias [F3, F4]. O desconhecimento sobre a evolução da doença gerava insegurança clínica e dificultava a definição de prognósticos, mesmo que a gravidade por si só justificasse a inclusão de cuidados paliativos. A falta de consenso entre os profissionais sobre quando e como aplicar os cuidados paliativos resultava em condutas assistenciais inconsistentes, variando de plantão para plantão: "um dia o paciente estava paliado, no outro já era investimento total" [F2]. Essa indefinição comprometia a coerência do cuidado e a segurança clínica e emocional (Martins et al. 2022).

Percepção de Enfermeiros sobre Cuidados Paliativos

Os enfermeiros relataram que o cuidado durante a pandemia esteve majoritariamente centrado em intervenções curativas, sendo os cuidados paliativos considerados apenas em situações de fim de vida [E1]. Práticas estruturadas eram raramente identificadas [E2] e, quando mencionadas, associavam-se a medidas isoladas de conforto ou à suspensão de intervenções invasivas, como a não realização de RCP ou intubação [E1, E3, E4].

Essa compreensão limitada dos cuidados paliativos, reduzida à analgesia e à suspensão de suporte avançado de vida em fases terminais, contrasta com a concepção contemporânea de uma abordagem precoce e integrada, que pode coexistir com tratamentos modificadores da doença (ANCP 2021; Radbruch et al. 2020). Tal visão restrita contribui para práticas desproporcionais e falhas na comunicação, comprometendo a beneficência, não-maleficência e justiça.

A falta de preparo técnico e a inexperiência das equipes também comprometeram a adoção de medidas paliativas: "A equipe médica estava muito inexperiente... Eles não tinham muito essa visão de palição" [E3]. A rápida expansão de leitos e a urgência por mão de obra levaram à contratação de profissionais sem experiência em terapia intensiva ou cuidados paliativos, afetando a capacidade de integrar a abordagem paliativa desde o início. A gravidade e a progressão rápida da doença frequentemente inviabilizavam cuidados centrados no conforto: "Devido à gravidade, o paciente não tinha tempo de tratamento paliativo" [E4]. Contudo, alguns relataram iniciativas pontuais de proporcionalidade terapêutica, como não colocar o paciente na ventilação mecânica [E5].



Essas práticas isoladas revelam esforços individuais para alinhar decisões clínicas aos princípios bioéticos, mobilizando virtudes como compaixão, prudência e responsabilidade moral. Os cuidados paliativos não devem ser opostos ao cuidado intensivo, mas sim parte essencial da resposta em pandemias, especialmente quando a reversão do quadro não é realista (Arya et al. 2020). A priorização exclusiva de tecnologias em detrimento do conforto compromete a proporcionalidade terapêutica e favorece a obstinação, contrariando os fundamentos éticos do cuidado centrado no paciente.

Tomada de Decisões e Comunicação entre Profissionais e Pacientes/Famíliares

Houve consenso entre os entrevistados de que a tomada de decisões em cuidados paliativos, em especial durante a pandemia de COVID-19, requer uma abordagem compartilhada, envolvendo a equipe multiprofissional, o paciente (quando viável) e os familiares. A escuta ativa, o respeito à autonomia e a antecipação de decisões foram consistentemente valorizados. No entanto, importantes limitações emergiram, como a fragilidade dos fluxos de comunicação, a falta de alinhamento entre os profissionais e a dificuldade de incorporar, na prática, os princípios dos cuidados paliativos. Tais percepções, embora moldadas pelas especificidades de cada categoria, retratam um cenário de sobrecarga, urgência e fragilidades éticas que comprometeram a qualidade da assistência e a efetividade da comunicação.

Médicos: Dilemas da Autonomia e da Comunicação Remota

Os médicos entrevistados salientaram que as decisões sobre cuidados paliativos deveriam ser colegiadas, envolvendo a equipe multiprofissional e, sempre que possível, os familiares: "Equipe multidisciplinar, enfermeiro, médico, fisioterapeuta e, evidentemente, a família. Mas todo mundo, acho que todo mundo tem que estar envolvido" [M2]. A responsabilidade pelo cuidado integral, segundo as narrativas, deveria ser compartilhada por todos os atuantes na assistência intensiva [M5].

Embora reconhecessem a centralidade do paciente nas decisões, os médicos apontaram limitações significativas à sua participação ativa em UTIs durante a pandemia, dada a maioria dos internados estarem sedados, intubados ou em estado crítico. Isso gerava situações de "atropelamento da vontade do paciente" [M3], ou em que a decisão recaía sobre a família, pois o paciente não tinha "capacidade" decisória [M1]. Essa realidade ilustra a dificuldade em aplicar o princípio do respeito à autonomia em contextos de alta complexidade. A ausência de diretivas antecipadas ou ferramentas que registrassem as preferências do paciente dificultava a condução ética das condutas, resultando em intervenções desproporcionais. Em casos de autonomia comprometida, a mediação por familiares ou diretivas é essencial, e sua ausência aumenta o risco de decisões desconectadas dos valores da pessoa (Beauchamp e Childress 2009).

A antecipação das discussões sobre cuidados paliativos foi considerada fundamental para reduzir o sofrimento e promover decisões coerentes com os valores individuais. Vários entrevistados defenderam que essas conversas deveriam ocorrer em ambiente ambulatorial, antes do agravamento clínico, evitando condutas desproporcionais [M3]. Tal abordagem precoce não condenaria à morte, mas "causaria menos sofrimento para todo mundo que está envolvido" [M2]. A ausência de um plano de cuidado previamente discutido e registrado era uma realidade comum, dificultando decisões éticas e alinhadas às preferências dos pacientes (Bradshaw et al. 2021).

O respeito à autonomia, embora destacado como princípio central – "Eu não tenho capacidade de decidir o que é uma boa vida para o paciente, ele precisa estar envolvido" [M3] – foi muitas vezes preterido por decisões apressadas, sobrecarga e incerteza. Médicos relataram dilemas morais entre a vontade do paciente (por exemplo, recusar intubação) e o que a equipe considerava a melhor conduta técnica, gerando condutas paternalistas [M1, M2 e M3]. Essa tendência foi intensificada pela pressão e instabilidade das UTIs durante a pandemia,



favorecendo escolhas unilaterais e limitando o diálogo (Aredes e Modesto 2023). Conflitos entre a vontade do paciente e os desejos da família adicionavam complexidade e a ausência de diretivas formais dificultava a mediação [M1].

A comunicação com a família foi uma das dimensões mais fragilizadas. Restrições de acesso às unidades forçaram contatos majoritariamente telefônicos, dificultando o vínculo e o acolhimento emocional [M5]. A rapidez dos eventos e a irregularidade das informações contribuíam para a insegurança: "Era tudo muito rápido, era por telefone. Era incerto, era irregular. (...) Nossa, como era difícil até dar notícias por telefone" [M3]. A comunicação remota inviabilizava a confiança mútua e o acompanhamento necessário para diálogos delicados, como a limitação de esforços terapêuticos. A fala de um médico expressa a dor dessa distância: "A gente não via o rosto da família, a gente falava com a família por telefone, a gente não tinha aquela coisa da comunicação plena (...) alguns pacientes a gente ligava pra dizer que morreram (...) pensar realmente em cuidado paliativo no COVID foi cruel porque a gente não tinha família próxima pra participar." [M3]

A dificuldade de compreensão das informações pelo telefone era recorrente [M1]. Videochamadas eram esporádicas e não sistematizadas [M5], e a comunicação inicial era muitas vezes delegada a internos ou alunos [M2]. Essas barreiras comprometeram a beneficência, a justiça e a autonomia (García Sánchez 2020). Barreiras culturais, como a resistência em aceitar a limitação de condutas, tornavam o diálogo ainda mais complexo por telefone [M5]. A comunicação foi frequentemente relegada a segundo plano diante das demandas técnicas, levando à autocritica: "Como a gente retrocedeu em termos de terapia intensiva, quando a gente deixou a família completamente afastada dos pacientes. (...) Eu fui intensivista, sabe? (...) Eu fiquei muito preocupada com quem eu tinha que pronar, com quem eu tinha que ventilar, com quem era para intubar sabe, aquela sequência e ligar para a família ficava em último plano. (...) Então, eu teria feito melhor isso hoje." [M3]

A desinformação familiar, amplificada pela distância, gerava percepções equivocadas e resistência [M5]. Em cuidados paliativos, o diálogo empático e estruturado é uma ferramenta terapêutica indispensável, que alinha expectativas e reduz angústias (Ekberg et al. 2021).

Fisioterapeutas: A Valorização da Multiprofissionalidade

Os fisioterapeutas entrevistados foram unânimes em defender a tomada de decisões sobre cuidados paliativos por uma equipe multiprofissional. A atuação integrada de diferentes profissionais foi considerada essencial para garantir uma abordagem ética e sensível, ajustada às necessidades de cada paciente: "A equipe multiprofissional introduzia a conversa com os familiares para ver até onde ir, o que investir, o que não fazer. E também ouvir o paciente" [F5]. A participação conjunta foi vista como humanizadora do processo decisório, ao permitir a troca de diferentes perspectivas profissionais: "Cada profissional vai trazer uma perspectiva diferente. Se participar, fica muito mais humano o processo" [F2].

Essa valorização da multiprofissionalidade reflete uma compreensão ampliada do cuidado, alinhada aos princípios da beneficência e da justiça. A construção coletiva das decisões amplia sua legitimidade ética e reforça o cuidado centrado na pessoa (Downar et al. 2016). A atuação em equipe em cuidados paliativos constitui um compromisso ético com a escuta atenta, o diálogo transparente e a corresponsabilidade no enfrentamento do sofrimento, ampliando a potência terapêutica e favorecendo uma atenção humanizada.

O envolvimento do próprio paciente nas decisões, sempre que apresentasse condições clínicas e cognitivas adequadas, também foi consensual, reiterando o respeito à autonomia como um princípio fundamental [F3]. Embora uma visão paternalista minoritária tenha sugerido que a decisão final deveria caber à equipe médica para proteger a família da carga emocional [F1], a maioria defendeu uma composição equilibrada: "É toda essa tríade: a vontade do paciente, a equipe multiprofissional e a família" [F5]. A valorização desse modelo tripartite



reforça a centralidade da autonomia, mas a fala paternalista isolada aponta a tensão entre diferentes compreensões sobre o papel dos profissionais (Rego et al. 2020).

A comunicação com os familiares foi um dos aspectos mais frágeis, marcada pela ausência de contato presencial e pela mediação das informações por profissionais que, muitas vezes, não participavam diretamente do cuidado [F3]. As restrições sanitárias agravaram a dificuldade de construir vínculos e mediar o cuidado [F5, F1, F3]. A rotatividade das equipes também interferia na consistência das informações, dificultando o estabelecimento de vínculos e a continuidade da comunicação [F4].

A exclusão da rede familiar dos momentos decisivos e a impossibilidade de despedidas presenciais não foram apenas falhas operacionais, mas comprometimentos dos princípios bioéticos, despersonalizando a morte (García Sánchez 2020). Um entrevistado trouxe a reflexão de que algumas decisões emergenciais poderiam ter sido conduzidas com mais sensibilidade e antecedência na comunicação com os familiares sobre procedimentos invasivos, como a intubação: "Eu acho que poderia ter já esse cuidado antes de chegar e ligar para a família. Por exemplo, o paciente está evoluindo com gravidade, talvez ele seja intubado nas próximas 12 horas, ligar para a família antes e conversar." [F4]. Houve relatos de pacientes que não eram informados previamente sobre a intubação iminente, embora a sobrecarga emocional fosse reconhecida como um fator limitante [F4]. Essa tensão entre o ideal ético e a realidade impõe a urgência de incorporar práticas comunicacionais mais humanas e estruturadas, mesmo em emergências.

Enfermeiros: A Perspectiva do Cuidado Contínuo

Os enfermeiros reforçaram a importância da atuação multiprofissional nas decisões sobre cuidados paliativos [E5]. O enfermeiro, pela presença contínua ao lado do paciente, foi apontado como peça-chave na humanização da assistência, observando o sofrimento e identificando momentos para limitar condutas invasivas: "(...) Participação da equipe multiprofissional, tanto do médico, quanto do fisioterapeuta, quanto do enfermeiro. Porque ainda mais a gente que cuida do paciente nas 24 horas, full time, porque a gente fica vendo aquele sofrimento dele no leito, muitos dias, passando meses e não tem mais uma evolução e fica só invadindo, invadindo, invadindo. Eu acho que já poderia ser conversado, ah, tem um prognóstico ruim, não vai mais operar, a cirurgia não vai ser favorável... então, a equipe multiprofissional, eu acho que ela deveria já entrar até para ver se ele tem alguma chance de, nesse fim de vida, ele ficar próximo com a família e não ele ficar nesse fim de vida no tubo, com PAM, com sonda e já esquecido daquela origem dele, bem distante das pessoas que ele ama, acho que é o sonho de todo mundo, morrer em casa dormindo..." [E3]

Essa fala evidencia a centralidade do enfermeiro na observação do sofrimento e na identificação da futilidade terapêutica, subsidiando decisões éticas. A abordagem genuinamente multiprofissional permite uma escuta qualificada e decisões sensíveis ao paciente. Houve consenso sobre a relevância da participação familiar, especialmente quando o paciente não podia expressar sua vontade, sendo sua aceitação "fundamental para o início dos cuidados paliativos" [E4]. A autonomia do paciente era prioritária se houvesse lucidez [E1]. Um profissional sugeriu a formalização antecipada de um representante legal na admissão hospitalar, alinhada ao planejamento antecipado de cuidados [E3]. Contudo, a equipe de enfermagem enfrentava divergências entre profissionais sobre as condutas, gerando insegurança e desamparo: "Essa parte de palição é meio complicada. A gente trata, aí o médico fala que vai investir, o outro já diz que não... A enfermagem fica perdida" [E2]. A ausência de diretrizes claras e formação específica foram obstáculos (Florêncio et al. 2020).

A comunicação com os familiares foi predominantemente telefônica e limitada. Mesmo com tentativas de padronização, a informação era fragmentada e desconstruída [E1, E2]. Muitas vezes, o contato só ocorria em casos de agravamento ou óbito, gerando desespero nas famílias [E5, E3]. A ausência de estratégias institucionais



para organizar os fluxos de informação e a sobrecarga de trabalho impediam a dedicação adequada à comunicação [E4].

As dificuldades de comunicação se estendiam à própria equipe multiprofissional. O uso contínuo de EPIs prejudicava o reconhecimento interpessoal e a comunicação não verbal, essencial em UTIs. A alta rotatividade e a ausência de mecanismos de integração comprometiam o alinhamento das equipes: "No início, a gente não se conhecia... a execução falhava porque cada um fazia de um jeito" [E5].

No diálogo com os pacientes, a escuta de suas vontades e preferências foi praticamente inexistente devido à alta demanda e esgotamento. As decisões eram orientadas pela urgência da intervenção, com pouca possibilidade de escuta ativa: "Eu não peguei essa fase de preocupação, não. Estava lá, entubava. As coisas eram tão emergenciais... Se não entubar, pode ir a óbito. Então, não tinha essa comunicação" [E2]. Pacientes já chegavam em estado crítico, inviabilizando o diálogo [E4]. Mesmo diante de recusas explícitas, o sofrimento levava à intubação [E5]. Essa postura revela uma compreensão limitada dos cuidados paliativos, pressupondo a intubação como única resposta, o que compromete a não-maleficência. Contudo, a recusa à intubação era vista não como renúncia à vida, mas como apelo por medidas menos agressivas e mais humanizadas [E1], evidenciando a necessidade de fortalecer a formação ética e técnica das equipes para um cuidado pautado em escuta e proporcionalidade.

Considerações Finais

A presente pesquisa, através da análise das percepções de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas que atuaram na linha de frente durante a pandemia de COVID-19 em uma UTI universitária, revelou um cenário de imensa complexidade clínica, emocional e ética. Os achados evidenciam não apenas a profunda sobrecarga física e emocional vivida pelos profissionais, mas também as significativas limitações institucionais que impediram a garantia de um cuidado verdadeiramente centrado na dignidade, na proporcionalidade terapêutica e no alívio do sofrimento.

A ausência de protocolos específicos para cuidados paliativos, a carência de formação adequada, a alta rotatividade das equipes e a consequente fragmentação das condutas assistenciais apontam para uma desorganização estrutural que impactou diretamente a aplicação dos princípios bioéticos fundamentais – beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia – pilares do principialismo de Beauchamp e Childress (2009). O sofrimento moral dos profissionais, expresso em diversas narrativas, emerge como um sintoma da falha do sistema em sustentar condições mínimas para decisões prudentes, para o diálogo interprofissional e para uma comunicação eficaz e humanizada com pacientes e seus familiares.

A tomada de decisão compartilhada, embora conceitualmente valorizada pelos entrevistados, mostrou-se amplamente comprometida por entraves práticos, como a escassez de tempo, a ausência de planejamento antecipado de cuidados, a dificuldade de promover a escuta ativa e a falta de recursos para garantir a participação efetiva de todos os envolvidos. Situações críticas, a exemplo da ausência de consentimento prévio para intubação ou da exclusão das famílias de decisões cruciais, ilustram a erosão do respeito à autonomia em nome da urgência assistencial e da pressão por intervenções (Aredes e Modesto 2023).

Do ponto de vista conceitual, persistiu uma associação restrita dos cuidados paliativos à terminalidade e à suspensão de condutas invasivas, evidenciando lacunas formativas e um estigma enraizado que os distancia de sua função primordial: oferecer um cuidado ativo, integral e centrado na pessoa em qualquer estágio de uma doença grave e ameaçadora à vida. A inexistência de uma cultura institucional favorável à introdução precoce e integrada dessa abordagem contribuiu para a adoção de práticas consideradas fúteis e desproporcionais, com implicações clínicas e bioéticas preocupantes (Radbruch et al. 2020).



Apesar das limitações impostas pela crise, os relatos também revelam a mobilização de virtudes éticas fundamentais, como compaixão, discernimento, integridade e responsabilidade. Tais virtudes sustentaram o esforço contínuo dos profissionais em oferecer o melhor cuidado possível, mesmo em condições extremas, preservando a dignidade dos pacientes. Conforme Beauchamp e Childress (2009) e Rushton (2023) enfatizam, essas virtudes são indispensáveis para que os princípios bioéticos possam ser aplicados com sensibilidade ao contexto e à complexidade da realidade vivida.

Nesse sentido, os resultados desta pesquisa reforçam a necessidade urgente de uma reestruturação institucional e formativa que permita a plena integração dos cuidados paliativos às políticas de saúde, especialmente em contextos de crise. É imperativo capacitar equipes, instituir fluxos de deliberação ética claros, garantir o planejamento antecipado de cuidados e valorizar a escuta ativa como uma dimensão terapêutica essencial. Tais passos são fundamentais para que o cuidado intensivo não se desvincule da dignidade, da proporcionalidade e do respeito à singularidade de cada vida (ANCP 2024; Mendis et al. 2020).

Os dados obtidos nesta investigação podem orientar instituições hospitalares na formulação de diretrizes que assegurem a integração precoce e ética dos cuidados paliativos, particularmente em cenários de emergência. Este estudo se destaca como uma das poucas pesquisas qualitativas a abordar a percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos em uma UTI universitária durante a pandemia de COVID-19, contribuindo significativamente para o avanço da bioética aplicada à prática clínica em contextos extremos.

Em síntese, a pandemia escancarou as fragilidades intrínsecas ao sistema de saúde, mas, paradoxalmente, também revelou a potência transformadora de um cuidado que, mesmo diante da iminência da morte, não abdica da dignidade humana. Promover cuidados paliativos em tempos de crise sanitária constitui, antes de tudo, um compromisso ético inegociável com o reconhecimento da vulnerabilidade humana e com a construção de respostas assistenciais que transcendam o tecnicismo, reafirmando, no cotidiano da prática, a centralidade da vida e do outro.

Por fim, é crucial reconhecer que, por se tratar de um estudo qualitativo realizado em um único hospital universitário e com um número limitado de participantes, os resultados não podem ser generalizados para outras realidades. Além disso, as entrevistas foram conduzidas após o período mais crítico da pandemia, o que pode ter influenciado a forma como os profissionais reconstruíram e narraram suas experiências. Contudo, a profundidade e a riqueza das narrativas oferecem uma compreensão densa e contextualizada dos desafios éticos vivenciados, contribuindo de maneira relevante para o debate e a reflexão sobre o cuidado paliativo em situações de crise.

Referências Bibliográficas

ALVES, M. J. T., D. N. PAIVA, T. B. A. PONTES et al. 2020. “Perfil dos fisioterapeutas intensivistas atuantes em unidades de terapia intensiva no Brasil: estudo nacional.” *Fisioterapia em Movimento* 33: e003321. <https://www.scielo.br/j/fp/a/WDsNsLgrsPWCKDNhLPcNrSf/>.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB), ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA (ABRAMEDE), SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG), e ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). 2021. *Recomendações para triagem de pacientes em UTIs no atual momento da pandemia*. São Paulo: Associação Médica Brasileira. <https://www.amb.org.br/wp-content/uploads/2021/04/recomendacoes-triagem-paciente-uti.pdf>.



ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). 2012. *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: ANCP. <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). 2018. “ANCP divulga Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil.” Outubro de 2018. <https://paliativo.org.br/ancp-divulga-panorama-dos-cuidados-paliativos-no-brasil/>.

AREDES, J. S. S., e A. P. R. MODESTO. 2023. “Cuidados paliativos na pandemia: ser humano diante de sua finitude.” *Revista Bioética* 31: e3300PT. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233300PT>.

ARYA, Amit, Sandy BUCHMAN, Bruno GAGNON, e James DOWNAR. 2020. “Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives.” *Canadian Medical Association Journal* 192 (15): E400–E404. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200465>.

BARDIN, Laurence. 2011. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

BEAUCHAMP, Tom L., e James F. CHILDRESS. 2009. *Principles of Biomedical Ethics*. 6ª ed. New York: Oxford University Press.

BRADSHAW, Andy et al. 2021. “Understanding and addressing challenges for advance care planning in the COVID-19 pandemic: An analysis of the UK CovPall survey data from specialist palliative care services.” *Palliative Medicine* 35 (7): 1225–1237. <https://doi.org/10.1177/02692163211017387>.

BRAGA, Paula Rocha; RIBEIRO, Carlos Dimas Martins. COVID-19, Bioética e Cuidados Paliativos: Diálogos entre Saúde, Tecnologia e Dignidade Humana no Brasil. *Fronteira: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 253–263, 2025. DOI: 10.21664/2238-8869.2025v14i3.7999. Disponível em: <https://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/fronteiras/article/view/7999>. Acesso em: 2 out. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2010. *Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2020. *Portaria nº 454, de 20 de março de 2020*. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União, n. 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2024. *Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024*. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, seção 1. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html.

CARAM, C. S. et al. 2021. “Sofrimento moral em profissionais de saúde: retrato do ambiente de trabalho em tempos de COVID-19.” *Revista Brasileira de Enfermagem* 74 (supl. 1): e20200653. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0653>.

CASSENTE, Alex Jones Flores, Milton de Arruda MARTINS, e Maria Cristina Pereira LIMA. 2024. *A Medicina Intensiva no Brasil: perfil dos profissionais e serviços de saúde*. São Paulo: DOC.



- CARBONARI, K. et al. 2013. "Cuidado paliativo: a delicadeza do olhar em equipe." In *Psico-oncologia: assistência humanizada e qualidade de vida*, organizado por K. CARBONARI e C. R. SEABRA. São Paulo: Comenius.
- CHANG, Le, Y. YAN, e L. WANG. 2020. "Coronavirus disease 2019: Coronaviruses and blood safety." *Transfusion Medicine Reviews*. Publicado eletronicamente em 21 de fevereiro de 2020.
- COSTA, C. M. A., F. C. L. POMPERMAYER, e A. S. COSTA. 2020. "Protocols in times of pandemic by COVID-19 with criteria for allocating scarce resources: can you consider them (un)fair?" *Diversitates* 12 (1): 1–20. <https://doi.org/10.53357/GZYG7716>.
- DIAS, Laiane Moraes, Mirella Rebello BEZERRA, Williams Fernandes BARRA, Rui NUNES, e Francisca REGO. 2022. "Planejamento antecipado de cuidados: guia prático." *Revista Bioética* 30 (3): 525–533. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/W7BFpt33YxxRyyGyVpWKGtd/>.
- EKBERG, S., R. PARRY, V. LAND et al. 2021. "Communicating with patients and families about illness progression and end of life: a review of studies using direct observation of clinical practice." *BMC Palliative Care* 20 (186). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00876-2>.
- FIGUEIREDO, S. V. et al. 2021. "Atuação da equipe de cuidados paliativos frente a pacientes com a COVID-19." *Enfermagem em Foco* 12 (6): 1166–1172.
- FIOCRUZ. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES). 2020. *O processo de luto no contexto da COVID-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz. <https://fiocruz.br/video/live-modulo-7-processo-de-luto-no-contexto-da-covid-19>.
- FLORÊNCIO, R. S., L. M. OLIVEIRA, e C. M. E SILVA. 2020. "Desafios na implementação de cuidados paliativos em UTI: a perspectiva da enfermagem." *Escola Anna Nery* 24 (4): e20200045.
- FURTADO, J.H.L., C.R. QUEIROZ, T.F.C. SANTOS, e A.T. CRUZ. 2023. "Fisioterapeutas no enfrentamento à pandemia de covid-19: perfil sociodemográfico e profissional." *R. Laborativa* 12 (1): 79-104.
- GARCÍA SÁNCHEZ, Emilio. 2020. "Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria: morir acompañado, despedirse y recibir atención espiritual." *Cuadernos de Bioética* 31 (102): 203–222. <https://doi.org/10.30444/CB.62>.
- GOMES, Thaís Oliveria, F.B. GIRÃO, T.L. SANTOS, M.H. SILVA, E.A. PORTES, C. L. MELO et al. 2024. "Perfil formativo dos enfermeiros intensivistas no Brasil: estudo transversal." *Revista Brasileira de Enfermagem* 77 (6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0460pt>.
- HUANG, J. et al. 2024. "Mental health status and related factors influencing healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis." *PLoS ONE* 19 (1): e0289454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289454>.
- JAMETON, Andrew. 1984. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- LIMA, M. L. F., S. T.A. REGO, e R. SIQUEIRA-BATISTA. 2015. "Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida." *Revista Bioética* 23 (1): 31-9.



- LIN, Chin An et al. 2020. "Bioethical principles and values during pandemics." *Clinics* 75: e2154. <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e2154>.
- MACHADO, Maria Helena, coordenadora. 2017. *Perfil da Enfermagem no Brasil: relatório final*. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - ENSP/FIOCRUZ.
- MARTINS, Carlos Eduardo Raymundo et al. 2022. "Assistência a pacientes elegíveis para cuidados paliativos no contexto hospitalar." *Revista Bioética* 30 (2): 214–223. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293460>.
- MATOS, B. S. DE, e T. M. A. CONCEIÇÃO. 2020. "Reflexões sobre Cuidados Paliativos no Brasil durante a Pandemia da Covid-19." *Revista Brasileira de Cancerologia* 66 (Tema Atual).
- MENDIS, R. et al. 2021. "Palliative care and COVID-19 in the Australian context: a review of patients with COVID-19 referred to palliative care." *Australian Health Review*. Publicado online em dezembro de 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34446150/>.
- MILLER, M., K. ADDICOTT, e W. E. ROSA. 2023. "Spiritual care as a core component of palliative nursing." *American Journal of Nursing* 123 (2): 54–59. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000919748.95749.e5>.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. 2017. "Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias." *Revista Pesquisa Qualitativa* 5 (7): 1–12.
- MUÑOZ TERRÓN, José María. 2021. "Vulnerable dignity, dignified vulnerability: intertwining of ethical principles in end-of-life care." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020482>.
- PAURA, P. R. C., C. D. M. RIBEIRO, e A. G. SILVA JR. 2010. "Equidade no acesso ao transplante de rim com doador falecido no Estado do Rio de Janeiro." *Revista de Direito Sanitário* 11 (2): 174–202.
- PEREIRA, Fabiana Pires, Rodrigo SIQUEIRA-BATISTA, e Fermin Roland SCHRAMM. 2021. "Interação em terapia intensiva: aspectos éticos da tomada de decisão." *Revista Bioética* 29 (1): 36–43. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291444>.
- RADBRUCH, Lukas et al. 2020. "The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering." *The Lancet* 395: 1467–1469. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30964-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30964-8).
- REGO, F., F. GONÇALVES, S. MOUTINHO, L. CASTRO, e R. NUNES. 2020. "The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: a cross-sectional study." *BMC Palliative Care* 19 (1): 22. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0525-3>.
- RIBEIRO, Carlos Dimas Martins. 2017. "Bioética, pesquisa qualitativa e equilíbrio reflexivo." *Revista Bioética* 25 (1): 44–51. https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1270.
- RIBEIRO, Carlos Dimas Martins, I. MAKUD, L. L. CLARO, e J. WONG UN. 2014. "Pesquisa qualitativa na produção científica do campo da bioética." *Ciência & Saúde Coletiva* 19 (7): 2189–2206. <https://www.scielo.br/j/csc/a/VshLrrR7ZRp8cmGzfcCnHpN/>.



- ROSENBAUM, L. 2020. "Facing COVID-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line." *New England Journal of Medicine* 382 (20): 1873-1875.
- ROSSI, Rafaela, Manoela Duarte SELBACH, e Euler WESTPHAL. 2023. "Cuidados paliativos na pandemia: ser humano diante de sua finitude." *Revista Bioética* 31: e3300PT. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233300PT>.
- RUSHTON, Cynda Hylton. 2023. "Transforming moral suffering by cultivating moral resilience and ethical practice." *American Journal of Critical Care* 32 (4): 238-248.
- SANTOS, Thallison Carlos Campos et al. 2024. "Sobrecarga de trabalho de enfermeiros na pandemia de COVID-19: potência para vivências de sofrimento moral." *Revista Brasileira de Enfermagem* 77 (supl. 4): e20230200. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0200pt>.
- SATOMI, Erika et al. 2020. "Fair allocation of scarce medical resources during COVID-19 pandemic: ethical considerations." *Einstein (São Paulo)* 18: eAE5775. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5775.
- SCHRAMM, Fermin Roland. 2012. "Finitude e bioética do fim da vida." *Revista Brasileira de Cancerologia* 58 (1): 73-78. <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/48>.
- SHANG, J. et al. 2020. "Structure of mouse coronavirus spike protein complexed with receptor reveals mechanism for viral entry." *PLoS Pathogens*. Publicado online em 9 de março de 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1008392>.
- SOBRAL, Margarida, Bárbara SANTA-ROSA, e Margarida SILVESTRE. 2021. "Alocação de recursos durante a pandemia: contributos para uma abordagem ética." *Acta Médica Portuguesa* 34 (7-8): 558-561. <https://doi.org/10.20344/amp.16142>.
- TAQUETTE, Stella R., e Luciana BORGES. 2020. *Pesquisa qualitativa para todos*. Petrópolis: Vozes.
- VIDAL, Edison Iglesias de Oliveira et al. 2022. "Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos." *Cadernos de Saúde Pública* 38 (9): e00130022. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130022>.
- VINCENT, Jean-Louis et al. 2022. "Ten areas for ICU clinicians to be aware of to help retain nurses in the ICU." *Critical Care* 26 (310). <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04182-y>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2002. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Genebra: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2018. *Integrating Palliative Care and Symptom Relief into the Response to Humanitarian Emergencies and Crises: A WHO Guide*. Geneva: World Health Organization. World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2020. *Considerations for Quarantine of Individuals in the Context of Containment for Coronavirus Disease (COVID-19): Interim Guidanc*. Geneva: World Health Organization.