



## **FRAGILIDADES NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM TERAPIA INTENSIVA NUMA PERSPECTIVA BIOÉTICA E DE VIOLÊNCIA SIMBÓLICA**

**Eduardo Tavares Gomes**

Brasil - Minas Gerais - Belo Horizonte - Universidade Federal de Minas Gerais

Recebido em: 20/08/24

Aceito em: 04/03/26

### **RESUMO**

Este artigo tem por objetivo discutir como fragilidades nos cuidados paliativos em terapia intensiva abrem campo para formas de violência simbólica. Seguiu-se uma construção que, a partir do cenário dos cuidados paliativos em UTI, perpassou por uma visão bioética principalista acerca da autonomia do paciente no processo de morrer e participação da família, por um entendimento da violência como negligência do direito do outro proposto por Minayo, chegando à configuração da violência simbólica possível neste cenário conforme depreende-se de Bourdieu.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos. Assistência terminal. Violência. Unidades de Terapia Intensiva.

## **FRAGILIDADES EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN TERAPIA INTENSIVA DESDE UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA Y DE VIOLENCIA SIMBÓLICA**

### **RESUMÈN**

Este artículo tiene como objetivo discutir cómo las fragilidades en los cuidados paliativos en terapia intensiva abren espacio para formas de violencia simbólica. Se llevó a cabo una construcción que, partiendo del escenario de los cuidados paliativos en UCI, abarcó una visión bioética principalista sobre la autonomía del paciente en el proceso de morir y la participación de la familia, un entendimiento de la violencia como negligencia del derecho del

otro propuesto por Minayo, y la configuración de la violencia simbólica posible en este escenario, según se desprende de Bourdieu.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos. Asistencia terminal. Violencia. Unidades de Terapia Intensiva.

## **FRAGILITIES IN PALLIATIVE CARE IN INTENSIVE THERAPY FROM A BIOETHICAL AND SYMBOLIC VIOLENCE PERSPECTIVE**

### **ABSTRACT**

This paper aims to discuss how fragilities in palliative care in intensive therapy open the field to forms of symbolic violence. The analysis follows a construction that, starting from the scenario of palliative care in the ICU, traverses a principalist bioethical view concerning patient autonomy in the dying process and family involvement, an understanding of violence as neglect of the other's rights as proposed by Minayo, leading to the configuration of possible symbolic violence in this context as derived from Bourdieu.

**Keywords:** Palliative care. Terminal assistance. Violence. Intensive Care Units.

### **INTRODUÇÃO**

Na década de 1970, o estudioso Philippe Ariés, ao construir sua obra historiográfica em torno da morte e do morrer no Ocidente, introduz o conceito de que haveria em torno da morte uma *conspiração do silêncio*. Embora a morte tenha sido banalizada nos filmes e nas artes com a globalização da comunicação, acerca da morte particular, individual, há um silêncio comprometedor da atenção e do cuidado para aquele que passa pelo morrer (Aries, 1977).

No Brasil, no início dos anos 2000, a pesquisadora do tema Maria Júlia Kóvacs desenvolveu um importante projeto teórico, em seus escritos, e prático, na pesquisa-ação como docente e com seus projetos de extensão na Universidade de São Paulo, com objetivo, dentre outros, de auxiliar profissionais e familiares a falarem sobre a vivência do cuidar no morrer, de expor seus pensamentos, seus receios e suas perspectivas, num processo de

educação para a morte (Kovács, 2005). Kovács defendia que todos os profissionais de saúde deveriam ter habilidades e competências desenvolvidas para incluir a comunicação como instrumento de cuidar para pessoas próximas à morte e para abordar seus familiares (Kovács, 2005).

Esses pesquisadores desenvolveram seus trabalhos em um período em que a morte e morrer passaram a se dar dentro de variados contextos e, sobretudo no ambiente da terapia intensiva, numa era de alta disponibilidade de tecnologias para a assistência ao paciente gravemente enfermo, em que as decisões médicas influenciam diretamente neste processo (Gastman, 2012). Este período da segunda metade do século passado ao início dos anos 2010 foi marcado também pelo desenvolvimento da área dos Cuidados Paliativos (CP) em sua visão cada dia mais ampla e aplicada aos mais diversos cenários.

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Assistência à dor e aos Cuidados Paliativos, observando-se a expansão e democratização do acesso aos Cuidados Paliativos na saúde pública, por meio da Portaria GM/MS n. 1.319/2002. Na década seguinte, após resoluções do Conselho Federal de Medicina, em 2018, o Ministério da Saúde lança a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que versa sobre as diretrizes organizativas dos CP no Brasil, estabelecendo o início dessa abordagem o mais precocemente possível, concomitantemente ao tratamento modificador da doença, garantindo uma abordagem do sofrimento no âmbito biopsicosocioespíritual, assegurando esses cuidados aos familiares e/ou acompanhantes, livres de futilidades diagnósticas e terapêuticas. (Brasil, 2018) Em 2024, foi lançada a Política Nacional de Cuidados Paliativos, reforçando os princípios dos CP e orientando a estruturação e financiamento dos serviços no país (Brasil, 2024).

Cuidados paliativos são as ações ativas e integrais prestadas a todos os pacientes hospitalizados, particularmente aqueles com doença progressiva e irreversível. (Brasil, 2018) É uma forma de abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida. Para tanto, é fundamental o controle da dor e demais sintomas objetivando a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. Atualmente, alguns entendimentos vêm sendo difundidos na literatura, embora ainda incipientes na prática assistencial: todo paciente criticamente doente na terapia intensiva deve ser foco da atenção dos cuidados paliativos; cuidados paliativos em terapia intensiva são de responsabilidade de todo time assistencial, que

se obriga a garantir conforto no final da vida; a decisão em permitir que a morte ocorra de forma natural deve ser tomada por equipe, paciente e família (Edwards, Voigt, Nelson, 2017).

Sendo a prioridade, nesta proposta de cuidar, a melhoria de sintomas numa visão mais integral da pessoa, em uma leitura superficial, contrapõe-se com a formação tradicional em saúde que educa os neófitos a lutar pela manutenção da vida a qualquer custo (Edwards, Voigt, Nelson, 2017). Contudo, a prioridade não deixa de ser a vida, mudando-se apenas o olhar quantitativo, em que se mede a mesma em dias, meses de longevidade, para uma abordagem qualitativa, em que se dá novo significado à vida, otimiza-se o tempo, busca-se o alívio para as dores e sofrimentos de qualquer ordem.

Este artigo tem por objetivo discutir como fragilidades nos cuidados paliativos em terapia intensiva abrem campo para formas de violência simbólica. A fragilidade na comunicação na UTI é articulada como forma de violação da autonomia, do ponto de vista da Bioética, e como forma de emergência da Violência Simbólica, aplicando-se conceitos de Pierre Bourdieu.

### **Cenário dos Cuidados Paliativos na UTI**

Os pacientes em estágio terminal de doença podem encontrar na terapia intensiva: cuidados intensivos para piora clínica não ligada à doença de base; cuidados paliativos parciais, com terapêuticas associadas e necessidade de intervenções específicas; recursos para conforto, não disponíveis nas enfermarias. Os princípios que norteiam as práticas em cuidados paliativos requerem formação específica, visto que ainda não são incorporados transversalmente dentre os conteúdos e paradigmas com que se ensinam as profissões em saúde.

No ambiente da terapia intensiva, onde costumeiramente pacientes em estágio terminal de doença se encontram, tais princípios devem ser amplamente trabalhados e difundidos (Brasil, 2018; Izumi et al, 2012). Na UTI, a partir da admissão do paciente cuidados terapêuticos e paliativos podem passar a coexistir, a depender das necessidades da pessoa e evolução da doença ou quadro clínico. Após a progressão para cuidados paliativos exclusivos, medidas invasivas e métodos artificiais de suporte à vida não estão indicados, tendo em vista que prolongam o morrer e podem provocar sofrimento adicional ao paciente. As últimas 48h de vida se tornam especialmente sagradas e procedimentos não paliativos nessa fase podem

ser considerados fúteis ou inapropriadas (Huynh et al, 2013; Forte, 2012; Moritz, 2012; Schneiderman, Jecker, Jonsen, 2018).

As pesquisas atuais apontam como barreiras à aplicação dos princípios dos cuidados paliativos e consequente prática assistencial adequada na unidade de terapia intensiva aos pacientes com indicação desses cuidados fatores que podem ser manejáveis e fatores sobremaneira relacionados a questões estruturais e organizacionais das unidades (Schneiderman, Jecker, Jonsen, 2018). Essa discussão se torna ainda mais relevante quando se observam as estatísticas que apontam que até 20% das mortes ocorrem durante a estada na UTI ou logo após a alta, destacando o quanto profissionais intensivistas devem estar preparados e ter suporte para cuidar de pessoas e famílias na morte-morrer (Ganz, Sapir, 2019; McCarroll, 2018; Kyeremanteng et al, 2020).

Um estudo americano recente encontrou que os profissionais intensivistas entrevistados revelaram como barreiras para os cuidados paliativos nas suas UTIs o desconforto sobre conversas relacionadas à terminalidade e tempo restrito e insuficiente comparado ao tempo que essa demanda de cuidados requer (Seaman et al, 2022). Por outro lado, os participantes dessa pesquisa reconheceram como fator importante para a promoção dos cuidados paliativos na unidade a advocacia a favor do paciente por outros profissionais como enfermeiros, assistentes sociais ou equipe consultiva de CCPP de fora da UTI (Seaman et al, 2022). Nesta pesquisa, os profissionais sugeriram que a abordagem dos CCPP com a família fosse proativa e a discussão sobre o tema entre os profissionais fizesse parte da rotina diária dos rounds e visitas multidisciplinares (Tong et al, 2022).

Outro estudo qualitativo com profissionais médicos e enfermeiros intensivistas encontrou que a indicação de cuidados paliativos para pacientes críticos pode apresentar três conflitos: discordância, quando os profissionais discordam entre si sobre a indicação; interferência, quando as propostas da equipe consultiva de CCPP não são exequíveis com o plano de cuidados estabelecido na unidade e emoções negativas, quando as percepções pessoais sobre o tratamento do paciente interferem nas decisões (Tong et al, 2022). Os autores sugerem, com base no discurso dos entrevistados, que as discussões multidisciplinares de rotina fortalecem a equipe e a compreensão de todos sobre as decisões tomadas, promovendo uma afinidade na forma de pensar que tem o potencial de diminuir os conflitos (Tong et al, 2022). A participação de equipes consultivas em cuidados paliativos tem o potencial de

harmonizar conflitos dentro da própria unidade e promover mediação entre a equipe, contudo, onde há esses serviços nem sempre sua atuação na UTI é bem definida (Tong et al, 2022; Kurnia, Trisyani, Prawesti, 2020; Kyeremanteng et al, 2020; McAndrew et al, 2021; Hill et al, 2022; Cenedesi, 2023).

### **Violência simbólica como repercussão das fragilidades nos cuidados paliativos em terapia intensiva**

Para seguir adiante nesta reflexão, há que se apresentar dois pontos cruciais para esta construção: a compreensão da autonomia sob a ótica da bioética e um conceito sobre violência que sirva de ponto de partida.

A bioética busca entender e nortear a resolução de conflitos morais com implicações em práticas no âmbito do viver e da saúde. Abordar os dilemas morais nas relações humanas, preconcebendo o ser humano como indivíduo possuidor de competência cognitiva e moral, capaz de atuar de forma livre e se responsabilizar pelos seus atos, é o foco da bioética (Cenedesi, 2023; Conti, Souza, 2021).

Para Beauchamp e Childress, pensadores considerados como pedras fundamentais para a compreensão atual da Bioética, um indivíduo é considerado autônomo quando age livremente, de acordo com um plano escolhido intencionalmente por ele mesmo, quando não possui limitações que acarretem uma inadequada compreensão para a escolha consciente e quando a liberdade não sofre nenhuma espécie de interferência indevida de terceiros (Beauchamp, Childress, 2001).

Nessa estrutura, a compreensão de intencionalidade não cabe numa extensão, mas sim numa objetividade (está presente ou não está), mas a interferência de terceiros admite um grau de relativização, ao passo que se entende que profissionais e familiares são fatores intervenientes para as decisões pessoais. O princípio da autonomia pressupõe, como obrigação positiva, o respeito às opiniões pessoais e à capacidade de fazer escolhas e agir de acordo com suas crenças e valores.

Pautados por esses ideais de bioética principalista, em particular ao princípio do respeito à autonomia, os códigos deontológicos das profissões de saúde têm incluído instrumentos que vedam a supressão do direito do paciente de decidir livremente sobre si ou

seu bem-estar e asseguram condições para que usuários disponham de todas as informações necessárias para tomar decisões (Beauchamp, Childress, 2001).

Na unidade de terapia intensiva, um dos princípios dos cuidados paliativos é respeitar a autonomia do doente e seus representantes legais. A Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018 traz, dentre os princípios para a organização dos cuidados paliativos, três pontos importantes sob a ótica da autonomia correspondente à bioética principalista: oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte, comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais; respeito à autodeterminação do indivíduo (Brasil, 2018). Esta iniciativa se trata de um dispositivo legal para a promoção da autonomia neste contexto, em direção a um cuidado que inclua pacientes e famílias nas decisões e que foi ratificada este ano com a instituição da política nacional (Brasil, 2024).

A decisão sobre o não incremento do suporte avançado de vida ou sua retirada deve ser tomada em conjunto pela equipe médica e multiprofissional juntamente com a família. Todos os envolvidos devem estar informados, orientados, concordantes, em paz e à vontade com a conduta (Huynh et al, 2013; Forte, 2012; Moritz, 2012; Schneiderman, Jecker, Jonsen, 2018; Ganz, Sapir, 2019) Contudo, é nesse ponto em particular que a conspiração do silêncio tem repercussão bioética. A negligência em se discutir todos os aspectos relacionados ao morrer retira dos pacientes e familiares um potencial para o exercício da autonomia, não apenas nas questões relacionadas às intervenções terapêuticas, mas também em relação às próprias vidas.

A falha na comunicação e na participação multidisciplinar na tomada de decisões leva a imprecisões no cuidado, discursos diversos, indecisões sobre a futilidade de tratamentos e intervenções e sobre o momento de iniciar medidas paliativas, em particular quando a própria assistência já é, *per si*, envolta em dificuldades de origem epistemológica (relacionadas à formação e direcionamento do cuidado orientado para a vida e sobrevivência), cultural (valorização da vida em detrimento do morrer) e organizacional (dimensionamento da assistência em cuidados críticos que ofereça suporte às demandas de cuidados paliativos) (Seaman et al, 2022; Tong et al, 2022; Kurnia, Trisyani, Prawesti, 2020; Kyeremanteng et al, 2020; McAndrew et al, 2021; Wysham et al, 2017; Flannery, Ramjan, Peters, 2016;

Velarde-García et al, 2016; Estella et al, 2020; Mercadante, Gregoret, Cortegiani, 2018; Wiegand, Cheon, Netzer, 2019; Hamdan et al, 2020). Nessa perspectiva, a falta de diálogo claro inviabiliza a consecução dos princípios dos cuidados paliativos ao passo que nega a pessoa e família direitos bioéticos de exercício da autonomia, enquanto uma abordagem integral da pessoa e família tem o potencial de minimizar sentimentos negativos e facilitar a elaboração do luto (Gayoso et al, 2018; Almeida, Fófano, 2016; Andrade et al, 2019; Maingué et al, 2020).

Ampliando a discussão para um olhar da repercussão da não consecução plena do respeito à autonomia, há que se compreender o quanto o não esclarecimento de paciente e família e a falta de definições e indicações claras para os cuidados podem ser formas de violência. A autonomia muda a face do morrer. É importante destacar que numa análise sobre o cuidado pode-se dizer que há qualidade quando fazer e decisões são compartilhados, quando a autonomia é empoderada, deixando o paciente ser visto como um sujeito ativo, passível de exercer sua liberdade e suas funções cuidadoras. Deixar a participação do objeto do cuidado como ser-cuidado e cuidador de si é uma forma eficaz de cuidar que privilegia o eixo do reconhecimento da potência do outro e sua significação enquanto sujeito ativo e responsável por si mesmo e pelo outro (Marinho, Arán, 2011). Assim, o profissional que ouve e considera o paciente e família, protege a si e a seu paciente de um excesso de implicação, que despotencializa, desqualifica e aprisiona o objeto de seu cuidado (Marinho, Arán, 2011).

A pesquisadora brasileira Maria Cecília de Souza Minayo compreende violência como *um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia* (Minayo, 2006,p.14). Mais adiante em sua obra, discorre sobre como a violência pode ser compreendida como uma *negação do direito do outro* (Minayo, 2006,p.14). Ao se considerar que não abordar questões relevantes do processo de morrer impacta na autonomia de paciente e família na tomada de decisão nesses momentos finais. Essa *negação do direito* à autonomia deve ser compreendida na ordem da violência ao provocar mais dor com incertezas e incompreensões, ampliar a carga emocional frente ao desconhecido e negar possibilidades de resoluções e ressignificações que, inclusive, preparam familiares e profissionais para o luto (Cecconello, Erbs, Geisler, 2022).

Não há intenção algum nesta reflexão em culpabilizar profissionais. Minayo já alertava que a violência deve ser apresentada como fenômeno histórico, social e político, que exige leitura interdisciplinar (ciências sociais, epidemiologia, psicologia) e não pode ser reduzida a um único sentido ou causa (Minayo, Souza, 1998). A violência, nesse marco, é entendida como fenômeno produzido nas relações sociais, imbricado em estruturas de poder, desigualdades e na organização da vida coletiva (Minayo, Souza, 1998).

A gênese dessa conspiração do silêncio está relacionada a vários fatores, da formação profissional à estruturação dos serviços de UTI e seus protocolos assistenciais. A comunicação entre a equipe deve ser primariamente fortalecida para que cada profissional tenha certeza da intencionalidade de cada decisão, dê o suporte necessário e intervenha junto aos envolvidos promovendo ações paliativas com aceitação e receptividade (Kovács, 2005; Silva et al, 2013; Carbogim et al, 2017; Coelho, Yankaskas, 2017). Aliado a pouca formação, a falta de definição clara em muitas instituições dos pacientes em terapia intensiva que são elegíveis ou estão sob protocolo de cuidados paliativos também está relacionada à dificuldade de se avaliar o custo-benefício das ações (Izumi et al, 2011). Esse contexto impacta na dificuldade do profissional de quantificar riscos e benefícios das decisões tomadas e traduzir essas considerações para paciente e família (Coelho, Yankaskas, 2017; Noome et al, 2016; Guliní et al, 2017; Wessman, Sona, Schallom, 2017). Sob esse aspecto, há limitação do profissional, que se apresenta de forma apriorística em relação ao cuidado prestado, gerando negligência intencional ou não, silêncio, evitação e falta de clareza, consubstanciando-se em uma violência silenciosa.

No esteio dessas reflexões, a violência simbólica vai se caracterizando. O conceito emerge dos estudos e publicações do sociólogo francês Pierre Bourdieu acerca do poder simbólico como aquele que impõe significações como legítimas e que dissimula as relações de força que são invisíveis. Para a compreensão do conceito de Poder Simbólico é necessário entender um modelo teórico em que o mundo possa ser expresso e construído de diferentes maneiras por construções sociais que se tornam estruturantes e que condicionam o modo de agir por padrões já estruturados (Bourdieu, 1989). Essas estruturas, à medida que se constroem, vão se enraizando socialmente e gerando formas simbólicas de exercício de poder (Bourdieu, 1989).

Nesse sentido, é possível compreender que, com a medicalização da morte e do morrer, o profissional médico e a equipe de saúde foram compondo uma estrutura estruturante e sendo habilitados para exercícios importantes de poder. Essa rotina estruturada da unidade de terapia intensiva em que os profissionais norteiam a presença dos entes familiares na forma de visita, determinando horários e condições, e que pacientes e familiares passam a ter boletins formais em horários estabelecidos são formas de exercício de poder importantes. O profissional de saúde na UTI tem *poder* de regulamentar *visitas*, ou seja, normatizar quem é fundamental na vida da pessoa e que agora pode apenas *visitá-lo*. Tem o poder de falar do *estado geral* do paciente – logo, como definir o estado geral de uma pessoa sem considerar a própria pessoa? Tem o poder de tecer prognósticos e inferir e apresentar futuros possíveis, apesar de, quando na vida particular, ao longo dos anos, cada pessoa construiu seus próprios horizontes e suas decisões.

O silêncio em torno do morrer vai se tornando uma forma de violência simbólica tanto não caracterizada direta e materialmente, ao passo que se consubstancia no campo das ideias e simbólicos e impede que, no exercício da sua autonomia, possam paciente e família aproveitar do tempo que resta como lhes aprouver. Bourdieu defendia que a violência simbólica parte de um sistema simbólico que não assenta numa realidade dada como natural, e nesse caso, não é natural todo o aparato medicalizado para o morrer, bem como não há poder natural de uma pessoa sobre a vida da outra (Bourdieu, 1983). É apenas na estruturação de condições e dinâmicas sociais que esses poderes passam a ser exercidos, podendo ser utilizados para manipular as relações de forma estratégica, simbólica, ou *realmente reduzi-las, aumentá-las ou simplesmente mantê-las* (Bourdieu, 1983, p.75).

Bourdieu inclui nas reflexões de suas teorias o conceito de campo, compreendido como um espaço em que se manifestam relações de poder, o que implica afirmar que o campo se estrutura a partir da distribuição desigual de um capital social que determina a posição que um agente específico ocupa em seu seio ((Bourdieu, 1983, p.21). No campo da terapia intensiva, há relações desiguais entre os profissionais e pacientes/familiares, sendo os primeiros detentores de um capital social específico, o capital intelectual, que os empodera sobremaneira. Sobre aqueles no outro prato da balança, Bourdieu (2001) afirma que no mais das vezes eles aceitam, como que por antecipação, os limites impostos (Bourdieu, 2001). Tal reconhecimento prático assume, muitas vezes, a forma da emoção corporal (vergonha,

timidez, ansiedade, culpabilidade), em geral *associada à impressão de uma regressão a relações arcaicas, aquelas características da infância e do universo familiar* (Bourdieu, 2001,p.205). No morrer na terapia intensiva, é expressa essa aceitação do poder do capital intelectual do profissional pelo medo do questionar, do falar, pela aceitação do que foi dito mesmo que sem compreensão mínima dos significados práticos. O capital intelectual se manifesta em práticas concretas da UTI que subjagam a família: uso de jargões e termos técnicos como barreira intencional/não-intencional; delimitação rígida dos horários de visita como exercício de poder sobre a afetividade e o tempo de despedida; entrega do "boletim" como ritual de manutenção da hierarquia. Sob esse aspecto, a comunicação pode apenas reforçar, numa desigualdade entre polos, uma descomunhão de pessoas acerca de um bem comum, e representar apenas o exercício de poder para uma desincumbência profissional e ainda cabe aqui uma reflexão sobre o conceito de *habitus*.

Bourdieu, *coloca o habitus* como um sistema durável de disposições – modos de perceber, sentir e agir – incorporado pelos indivíduos ao longo de suas experiências de socialização, sobretudo em contextos de classe específicos (Darmawan, 2024; Bourdieu, 2018; Sharlamanov et al., 2024; Wagner & Mclaughlin, 2015). Sob essa ótica, o profissional de saúde é tido como um corpo socializado, no qual se inscrevem as estruturas de um mundo social sob a forma de esquemas de percepção e ação, visíveis em maneiras de falar, andar, gesticular e julgar (Nair, 2024; Bourdieu, 2018). Assim, o *habitus* traduz a posição dos agentes no espaço social em práticas e estilos de vida, funcionando como arquivo interno de experiências socialmente situadas que gera práticas significativas sem necessidade de cálculo consciente (Sharlamanov et al., 2024; Wacquant, 2016; Bourdieu, 2018; Wagner & Mclaughlin, 2015).

A relação com as estruturas é de dupla via: o *habitus* resulta do encontro entre estruturas objetivas (econômicas, culturais, políticas, institucionais) e práticas, e ao mesmo tempo tende a reproduzir essas estruturas, pois as disposições incorporadas orientam ações ajustadas às regras do jogo dos campos sociais (Bourdieu,Nice, 2020; Bourdieu, 2018; Sharlamanov et al, 2024; Zhao, 2024; Wagner & Mclaughlin, 2015). Bourdieu utiliza o conceito justamente para superar a oposição entre subjetivismo e objetivismo: o *habitus* é o ponto de articulação entre agência e estrutura, entre mundo subjetivo (experiências, esquemas de sentido) e mundo objetivo (relações de poder, desigualdades, campos) (Bourdieu & Nice,

2020; Bourdieu, 2018; Sharlamanov et al., 2024; Zhao, 2024; Wacquant, 2016). Por isso, fala-se em “incorporação das estruturas” e “objetivação do *habitus*”: as estruturas se fazem corpo e mente, e, através das práticas geradas pelo *habitus*, tendem a ser continuamente reafirmadas – ainda que tensões, desajustes e mudanças sejam possíveis quando há descompasso entre disposições e novos contextos estruturais (Bourdieu, Nice, 2020; Nair, 2024; Sharlamanov et al, 2024; Wacquant, 2016; Wagner, Mclaughlin, 2015). Desse ângulo, é imperativo se pensar como as representações sociais para os profissionais de saúde impactam na sua formação e são introjetadas de forma a ratificar suas práticas.

A violência simbólica pode se expressar como uma coerção que se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (portanto, à dominação), considerando essa relação como natural *pelo fato de serem, na verdade, a forma incorporada da estrutura da relação de dominação* (Bordieu, 2001,p.206). Na terapia intensiva, várias vezes os pacientes e família aceitam o que os profissionais propõem simplesmente por não se acharem em condições ou no direito de discordar.

Formas de comunicação com utilização de jargões e termos técnicos e sem espaço para o questionamento, para o surgimento da dúvida e para dirimir receios dão um cenário em que o capital intelectual do profissional pesa decisivamente para que este conduza a vida do outro sem a real autonomia do outro sobre as decisões. Uma repetida comunicação diária de boletins que *informam* (ou se propõe a tal) sobre o estado de saúde do paciente vão se constituindo como forma de criação contínua de crença de que a equipe é quem sabe sobre a situação do paciente e como conduzi-la, e nos momentos finais, não seria diferente.

Todo o conjunto de falhas de comunicação e de não aplicação dos princípios dos cuidados paliativos na UTI vai construindo uma estrutura e um discurso dominante, que passa a ser aceito por paciente e família e se constituindo como violência simbólica. A conspiração do silêncio, que envolve também paciente e família, tende a esconder ou minimizar a gravidade do adoecimento e prognóstico do paciente, indo de encontro a uma comunicação direta e honesta (Espíndola et al, 2018). Ao construir barreiras na compreensão do paciente e família, este silenciamento se constitui como violento.

A tomada de decisão compartilhada, pautada na comunicação adequada e norteada pelos princípios dos cuidados paliativos, é uma estratégia para minimizar o silêncio e a exclusão de pacientes e familiares (Aguiar, 2023). Ampliar do rol de atores envolvidos nas

decisões sobre a conduta a ser tomada na terminalidade propicia maior consentimento e adaptação, melhor enfrentamento e diminui incertezas e inquietações. Uma maior consideração sobre as ideias dos pacientes e familiares envolvidos no processo, com clareamento das estratégias propostas com uma comunicação assertiva que os aproxime da equipe e os coloque de volta à centralidade do cuidado, se torna um caminho para mitigar silenciamentos que se colocam como possíveis violências simbólicas.

Compartilhar decisão e resultados não significa submeter os cuidados integralmente à vontade do paciente, desconsiderando a avaliação profissional, mas repensar as opções terapêuticas em conjunto, sem anular a responsabilidade da equipe em contraindicar procedimentos que possam ser considerados fúteis ou inadequados clinicamente (Aguiar, 2023). Se a partir do capital intelectual o profissional de saúde se posiciona sobre a condução do processo de morrer, há um imenso capital emocional e relacional que envolve a experiência do ser no mundo que deve ser considerado e trazido à baila nessas discussões e decisões.

Por fim, reforça-se o quanto lacunas organizativas dificultam a oferta de cuidados centrados na pessoa e perpetuam práticas com foco na doença em relação ao doente, ocasionando o início tardio dos Cuidados Paliativos e, conseqüentemente, o prolongamento do sofrimento multidimensional (Aguiar, 2023; Martins et al, 2022). Abordar paciente e família requer ambiência relacional e comunicação clara, não paternalista e não violenta, mas também ambiência física adequada, privacidade, conforto, discrição (Martins et al, 2022). Obstar o acesso ao cuidado ideal por questões gerenciais, dimensionamento de pessoal inadequado, falta de capacitação e formação continuada, pode ser compreendido também como uma forma de violência estrutural. Neste prisma, uma estrutura maior que apenas a relacional entre equipe-paciente-família impacta em resultados de negação de direitos e necessidades e, além do campo simbólico, em processos distanásicos e gestão ineficaz dos sinais e sintomas (Martins et al, 2022).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O morrer na unidade de terapia intensiva requer uma atenção que os cuidados paliativos podem oferecer em seus princípios norteadores. Neste texto foram discutidos como

fragilidades nos cuidados paliativos em terapia intensiva abrem campo para formas de violência simbólica.

Neste processo, considerar paciente e família em suas necessidades, prioridades e direitos é assegurar o princípio da autonomia e favorecer que participem destas discussões e decisões de forma consciente e esclarecida é imperativo ético para os profissionais de saúde envolvidos.

Negar a autonomia do paciente e seus direitos e negligenciar suas necessidades é uma forma de violência. No campo simbólico, profissionais possuem um capital intelectual oriundo das ciências que pesa nas relações e que podem se enquadrar, conforme exposto, em violências simbólicas, especialmente quando favorecem o silêncio e não permitem ao outro expressões de si como a dúvida, o medo, a discordância do proposto e questionamentos acerca das proposições terapêuticas oferecidas. A tomada de decisão compartilhada deve ser praticada e norteadas pelos princípios dos cuidados paliativos para que, de forma consciente, equipes de terapia intensiva desenvolvam ambiente favorável a autonomia e promovam um melhor acolhimento dos envolvidos no processo de morrer.

Esta análise apresentada tem um potencial de implicações para a prática e formação em saúde. Está posto nas entrelinhas a necessidade de inclusão de conteúdos de bioética crítica e sociologia da saúde para a formação de profissionais, na graduação e na pós-graduação em saúde. Para a prática assistencial, emergem reflexões sobre como se dá a relação e a comunicação entre equipe, paciente e família, possibilitando revisões de protocolos na UTI para desmontar as fontes estruturais de violência simbólica. Por fim, a união da bioética com os conceitos da teoria de Bourdieu oferece um novo quadro para analisar a qualidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, N. Tomada de decisão compartilhada enquanto estratégia para vulnerabilidade em saúde. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 31, 2023. e3609PT.

ALMEIDA, Q.; FÓFANO, G. A. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *HU Revista*, v. 42, n. 3, p. 191-196, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2494>.

ANDRADE, G. B. et al. Cuidados paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador. *Revista Fundamentos de Care*, v. 11, n. 3, p. 713-717, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.713-717>.

ARIES, Philippe. *A história da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. 5. ed. New York: Oxford University Press, 2001. p. 58-64.

BOURDIEU, P. Distinction: a social critique of the judgement of taste. In: [ORGANIZADOR]. *Food and culture*. [S.l.]: [s.n.], 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17323/1726-3247-2005-3-25-48>.

BOURDIEU, P. Structures, habitus, practices. In: FAUBION, J. (org.). *Rethinking the subject - An Anthology Of Contemporary European Social Thought*. [S.l.]: Routledge, 2018. p. 31-45. Disponível em: <https://doi.org/10.4324/9780429497643-2>.

BOURDIEU, P.; NICE, R. Outline of a theory of practice. *On Violence*, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/532672>.

BOURDIEU, Pierre. *Meditações Pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

BOURDIEU, Pierre. *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018. Diário Oficial da União, n. 225, 23 nov. 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html). Acesso em: 14 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>. Acesso em: 14 maio 2024.

CARBOGIM, F. et al. Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva: percepções dos profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 11, n. 5, p. 1996-2002, 2017.

CECCONELLO, L.; ERBS, E. G.; GEISLER, L. Condutas éticas e o cuidado ao paciente terminal. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 30, n. 2, p. 405-412, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422022302536PT>.

CENEDESI JÚNIOR, M. A. Bioética aplicada aos cuidados paliativos: questão de saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 31, 2023. e3532PT.

COELHO, C. B.; YANKASKAS, J. R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 29, n. 2, p. 222-230, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20170031>.

CONTI, P. H. B.; SOUZA, P. V. S. Bioética e seus paradigmas teóricos. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 29, n. 4, p. 716-726, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021294505>.

DARMAWAN, D. Pierre Bourdieu's theory of social practice: understanding habitus, capital, and the arena in social life. *Journal La Sociale*, v. 5, n. 6, p. 2175-2187, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37899/journal-la-sociale.v5i6.2131>.

EDWARDS, J. D.; VOIGT, L. P.; NELSON, J. E. Ten key points about ICU palliative care. *Intensive Care Medicine*, v. 43, n. 1, p. 83-85, 2017.

ESPÍNDOLA, A. V.; QUINTANA, A. M.; FARIAS, C. P.; MÜNCHEN, M. A. B. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 26, n. 3, p. 371-377, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263256>.

ESTELLA, Á. et al. Update and recommendations in decision making referred to limitation of advanced life support treatment. *Medicina Intensiva*, v. 44, n. 2, p. 101-112, 2020. doi: 10.1016/j.medin.2019.07.006.

FLANNERY, L.; RAMJAN, L. M.; PETERS, K. End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) - Exploring the experiences of ICU nurses and doctors - A critical literature review. *Australian Critical Care*, v. 29, n. 2, p. 97-103, 2016. doi: 10.1016/j.aucc.2015.07.004.

FORTE, D. N. Procedimentos sustentadores de vida em UTI. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 439-449.

GANZ, F. D.; SAPIR, B. Nurses' perceptions of intensive care unit palliative care at end of life. *Nursing Critical Care*, v. 24, n. 3, p. 141-148, 2019. doi: 10.1111/nicc.12395.

GASTMAN, Carole. Nursing ethics perspectives on end-of-life care. *Nursing Ethics*, v. 19, n. 5, p. 603-604, 2012.

GAYOSO, M. V. et al. Nível de conforto de cuidadores de pacientes com câncer em tratamento paliativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, e3029, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2521.3029>.

GULINI, J. E. H. M. B. et al. Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 51, e03221, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016>.

HAMDAN ALSHEHRI, H. et al. Factors influencing the integration of a palliative approach in intensive care units: a systematic mixed-methods review. *BMC Palliative Care*, v. 19, n. 1, p. 113, 2020. doi: 10.1186/s12904-020-00616-y.

HILL, A. et al. Palliative medicine in the intensive care unit: Needs, delivery, quality. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 12, n. 1, p. 38-41, 2022. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002795.

HUYNH, T. N. et al. Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal. *Journal of Palliative Medicine*, v. 16, n. 11, p. 1368-1374, 2013.

IZUMI, S.; NAGAE, H.; SAKURAI, C.; IMAMURA, E. Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *Nursing Ethics*, v. 19, n. 5, p. 608-618, 2012.

KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932005000300012>. Acesso em: 14 maio 2024.

KURNIA, T. A.; TRISYANI, Y.; PRAWESTI, A. The relationship between nurses' knowledge and self-confidence in implementing palliative care in an intensive care unit. *International Journal of Palliative Nursing*, v. 26, n. 4, p. 183-190, 2020. doi: 10.12968/ijpn.2020.26.4.183.

KYEREMANTENG, K. et al. Survey on barriers to critical care and palliative care integration. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, v. 37, n. 2, p. 108-116, 2020. doi: 10.1177/1049909119867658.

MAINGUÉ, P. C. P. M.; SGANZERLA, A.; GUIRRO, U. B. P.; PERINI, C. C. Bioethical discussion on end of life patient care. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 28, n. 1, p. 135-146, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020281376>.

MARINHO, S.; ARÁN, M. As práticas de cuidado e a normalização das condutas: algumas considerações sobre a gestão sociomédica da "boa morte" em cuidados paliativos. *Interface (Botucatu)*, v. 15, n. 36, p. 7-20, 2011. doi: 10.1590/S1414-32832010005000039.

MARTINS, M. R. et al. Assistance to patients eligible for palliative care: the view of professionals from an Intensive Care Unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 56, e20210429, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0429en>.

MCANDREW, N. S. et al. Intensive care unit nurse: Could we call a palliative care consult? Intensive care unit provider: It's too early. Palliative care integration in the intensive care unit: The struggle to translate evidence into practice. *Dimensions of Critical Care Nursing*, v. 40, n. 1, p. 51-58, 2021. doi: 10.1097/DCC.0000000000000451.

MCCARROLL, C. M. Increasing access to palliative care services in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, v. 37, n. 3, p. 180-192, 2018. doi: 10.1097/DCC.0000000000000299.

MERCADANTE, S.; GREGORETTI, C.; CORTEGIANI, A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*, v. 18, n. 1, p. 106, 2018. doi: 10.1186/s12871-018-0574-9.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. Violence and health care as an interdisciplinary field and an arena for collective action. *História, Ciências, Saúde— Manguinhos*, IV(3): 513-531 nov. 1997-feb. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000300006>

MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Coleção Temas em Saúde, 132 p.

MORITZ, R. D. *Cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva*. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Ateneu, 2012.

NAIR, D. Using Bourdieu's habitus in international relations. *International Studies Quarterly*, v. 68, n. 2, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/isq/sqae007>. Acesso em: 24 fev. 2026.

NOOME, M. et al. Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, v. 33, p. 56-64, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.004>.

NOOME, M. et al. The nursing role during end-of-life care in the intensive care unit related to the interaction between patient, family and professional: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 30, n. 4, p. 645-661, 2016. doi: 10.1111/scs.12315.

SCHNEIDERMAN, L. J.; JECKER, N. S.; JONSEN, A. R. The abuse of futility. *Perspectives in Biology and Medicine*, v. 60, n. 3, p. 295-313, 2018. doi: 10.1353/pbm.2018.0001.

SEAMAN, J. B. et al. Intensive care unit clinicians' perspectives on achieving proactive interprofessional family meetings. *American Journal of Critical Care*, v. 31, n. 2, p. 129-136, 2022. doi: 10.4037/ajcc2022719.

SHARLAMANOV, K.; JOVANOSKI, A.; KOSTOVSKA, M. Social inequalities as a context for the formation of habitus. *Discover Global Society*, v. 2, n. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s44282-024-00125-w>. Acesso em: 24 fev. 2026.

SILVA, C. F. et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2597-2604, 2013.

TONG, W. et al. Interpersonal conflict between clinicians in the delivery of palliative and end-of-life care for critically ill patients: A secondary qualitative analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 2022. doi: 10.1089/jpm.2021.0631.

VELARDE-GARCÍA, J. F. et al. End of life care difficulties in intensive care units. The nurses' perspective. *Gaceta Sanitaria*, v. 31, n. 4, p. 299-304, 2017. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.11.006.

WACQUANT, L. A concise genealogy and anatomy of habitus. *The Sociological Review*, v. 64, n. 1, p. 64-72, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1467-954X.12356>.

WAGNER, B.; MCLAUGHLIN, K. Politicising the psychology of social class: the relevance of Pierre Bourdieu's habitus for psychological research. *Theory & Psychology*, v. 25, n. 2, p. 202-221, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0959354315580606>

WESSMAN, B. T.; SONA, C.; SCHALLOM, M. Improving caregivers' perceptions regarding patient goals of care/end-of-life issues for the multidisciplinary critical care team. *Journal of Intensive Care Medicine*, v. 32, n. 1, p. 68-76, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0885066615606063>.

WIEGAND, D. L.; CHEON, J.; NETZER, G. Seeing the patient and family through: Nurses and physicians experiences with withdrawal of life-sustaining therapy in the ICU. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, v. 36, n. 1, p. 13-23, 2019. doi: 10.1177/1049909118801011.

WYSHAM, N. G. et al. Improving ICU-based palliative care delivery: A multicenter, multidisciplinary survey of critical care clinician attitudes and beliefs. *Critical Care Medicine*, v. 45, n. 4, p. e372-e378, 2017. doi: 10.1097/CCM.0000000000002099.

ZHAO, Z. An exploration of changes in British welfare social policy in the first half of the twentieth century through Bourdieu's theory of field and habitus. *Transactions on Social*

Science, Education and Humanities Research, 2024. Disponível em:  
<https://doi.org/10.62051/7zr2nc54>. Acesso em: 24 fev. 2026.

Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.65 , p.<121-140, Jul./Dez. 2025  
<https://seer.unisc.br/index.php/barbaroi/index>