



**UnB**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

SYLVIO TORRES DA MOTTA

**ANÁLISE BIOÉTICA DA QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO ENTRE O  
MÉDICO INTENSIVISTA E O PACIENTE NO CONTEXTO DE LIMITAÇÕES  
DOS ESFORÇOS TERAPÊUTICOS E CUIDADOS PALIATIVOS EM  
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.**

Brasília -DF

2015

SYLVIO TORRES DA MOTTA

**ANÁLISE BIOÉTICA DA QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO ENTRE O MÉDICO INTENSIVISTA E O PACIENTE NO CONTEXTO DE LIMITAÇÕES DOS ESFORÇOS TERAPÊUTICOS E CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Bioética.

Área de concentração: Bioética das Situações Persistentes

ORIENTADOR: Prof. Dr. Natan Monsores de Sá

Brasília - DF

2015

À minha Família.

Agradeço aos meus professores e ao meu orientador.

da Motta, Sylvio Torres. Análise bioética da qualidade da comunicação entre o médico intensivista e o paciente no contexto de limitações dos esforços terapêuticos e cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva. 2015. 120 f. Dissertação (Mestrado Em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília - DF.

## RESUMO

A autonomia do paciente que se encontra em fase terminal em uma UTI pode ser demonstrada por meio do respeito à sua tomada de decisão quanto às condutas terapêuticas a serem seguidas. Condutas terapêuticas de fim de vida englobam tanto a opção por limitações dos esforços terapêuticos (LET) como pela adoção dos cuidados paliativos. A comunicação de boa qualidade, notadamente a comunicação de más notícias, é considerada uma importante ferramenta utilizada pelo profissional de saúde para estabelecer uma boa relação com seu paciente e deve ser compreendida como um valioso núcleo de habilidade clínica desses profissionais. A qualidade dessa comunicação tem relação direta com a capacidade que esses pacientes possuem para decidir sobre os cuidados de saúde que desejam receber no fim de suas vidas e, por consequência, com o respeito à sua autonomia. Com o objetivo de avaliar, à luz da bioética, a qualidade da comunicação entre o médico intensivista e o paciente, ou o seu representante legal, no contexto de LET e cuidados paliativos em UTI, buscou-se analisar criticamente, sob a ótica dos médicos entrevistados, os elementos de conflitos vivenciados por eles nesse contexto e propor uma linha de ação para apontar soluções para o problema bioético da falta de qualidade da comunicação entre médicos e pacientes apresentada nesse contexto. Para isso, foi realizada uma pesquisa empírica qualitativa com incursão em campo, nos anos de 2013 e 2014, em hospitais públicos e privados, e uma pesquisa documental sobre as resoluções do Conselho Federal de Medicina que tratam do tema estudado pela presente pesquisa. A amostragem foi de conveniência e tanto médicos que trabalham em UTIs públicas, como os que atuam em UTIs privadas no DF, com o mínimo de um ano de experiência de trabalho em UTI e pertencentes a diversas especialidades médicas, foram escolhidos para responder ao questionário cujas respostas passaram pelo método de análise qualitativo com análise de conteúdo. Pode-se concluir que a pesquisa respondeu aos seus objetivos, pois tanto foi possível constatar que há, nas UTIs do DF, uma má qualidade da comunicação de más notícias entre médicos e pacientes como foi possível observar e a necessidade de diretrizes ou protocolos que orientem os profissionais de saúde, que, como foi observado nas entrevistas, referem uma heterogeneidade de condutas e falta de orientação quanto à comunicação com o paciente inserido no contexto de cuidados de fim de vida.

**Palavras-chave:** unidade de terapia intensiva; autonomia; comunicação; bioética.

da Motta, Sylvio Torres. Bioethical analysis of the quality of communication between the intensive care physician and the patient in the context of limitations of therapeutic and palliative care efforts in intensive care units. 2015. 120 f . Thesis (MA in Bioethics) - Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília - DF.

## ABSTRACT

The autonomy of the patient who is terminally ill in an ICU can be demonstrated by means of respect for their decision-making regarding the therapeutic procedures to be followed. End of life therapeutic approaches encompass both the option for limitation of therapeutic efforts (LTE) as the adoption of palliative care. The communication of good quality, especially the communication of bad news, is considered an important tool used by health professionals to establish a good relationship with the patient and should be understood as a valuable clinical core skill of these professionals. The quality of that communication is directly related to the ability of these patients have to decide on the health care they want to receive at the end of their lives and, therefore, with respect for their autonomy. In order to assess, in the light of bioethics, the quality of communication between intensivists and the patient or his surrogate, in the context of LTE and palliative care in the ICU, it sought to analyze, from the perspective of doctors respondents, conflicts elements experienced by them in this context and to propose a course of action to resolve this bioethical problem of lack of quality of communication between doctors and patients presented in this context. For this, a qualitative empirical research was carried out raid on the field, in the years 2013 and 2014 in public and private hospitals, and documentary research on Federal Council of Medicine resolutions dealing with the issue studied by this research. Sampling was convenience and both doctors working in public ICUs, such as those working in private ICU in the Federal District, with a minimum of one year of work experience in ICU and belonging to different medical specialties, were chosen to answer the questionnaire whose answers passed through the qualitative analysis method with content analysis. It can be concluded that the survey said their goals, for both it was found that there is, in the ICU of the Federal District, a bad quality of communication of bad news between doctors and patients as observed and the need for guidelines or protocols to guide health professionals, who, as noted in interviews, report a heterogeneity of behavior and lack of guidance for the communication with the patient seen in the context of end of life care.

**Keywords:** intensive care unit; autonomy; communication; bioethics.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CFM - Conselho Federal de Medicina

DF - Distrito Federal

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

LET - Limitação de Esforços Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a  
Ciência e a

Cultura

RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS .....</b>	<b>15</b>
2.1 QUALIDADE DE COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICO E PACIENTE .....	15
2.2 CUIDADOS PALIATIVOS .....	17
2.3 CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI .....	21
2.4 PROTOCOLOS DE ABORDAGEM QUANTO À DECISÃO SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS .....	25
2.5 CUIDADOS PALIATIVOS E BIOÉTICA .....	30
2.6 EUTANÁSIA E A BOA MORTE .....	37
2.7 DISTANÁSIA E O TRATAMENTO FÚTIL .....	38
2.8 ORTOTANÁSIA, DESOBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA E OUTROS CONCEITOS .....	41
2.9 REFERENCIAIS LEGAIS E NORMATIVOS .....	44
2.9.1 Resolução CFM 1.805/06 .....	44
2.9.2 Resolução CFM 1.931/09 .....	45
2.9.3 Resolução CFM 1.995/12 .....	48
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>50</b>
3.1 Objetivo geral .....	50
3.2 Objetivos específicos .....	50
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>51</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>54</b>
5.1 Avaliação .....	54
5.2 Pergunta 1: Trabalha em rede pública, privada ou ambas? .....	59
5.3 Pergunta 2: Por que escolheu medicina como carreira? .....	61
5.4 Pergunta 3: Por que escolheu terapia intensiva como especialidade?.....	65

5.5 Pergunta 4: Você conhece algum protocolo de abordagem a pacientes ou a familiares de pacientes quanto à decisão de fim de vida na UTI publicado na literatura médica? .....	69
5.6 Pergunta 5: A instituição em que você trabalha possui algum protocolo desse modelo .....	72
5.7 Pergunta 6: Você utiliza algum protocolo desse modelo? .....	74
5.8 Pergunta 7: Como você percebe a sua abordagem a esses pacientes e familiares?.....	78
5.9 Pergunta 8: Como você percebe a abordagem de seus colegas nessa situação?.....	85
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>111</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O respeito pela autonomia do paciente que se encontra em fase terminal em uma unidade de terapia intensiva (UTI) pode ser demonstrado por meio da oitiva humanizada e do acolhimento cuidadoso à sua tomada de decisão quanto às condutas terapêuticas a serem seguidas. Condutas terapêuticas de fim de vida englobam tanto a opção por limitações dos esforços terapêuticos (LET) como pela adoção dos cuidados paliativos. Neste contexto, a existência de vias de comunicação entre médico e paciente, que sejam de boa qualidade, isto é, que permitam uma decisão livre e esclarecida, notadamente no caso da comunicação de más notícias, é considerada uma importante ferramenta utilizada pelo profissional de saúde para estabelecer uma boa relação com seu paciente e deve ser compreendida como um valioso núcleo de habilidade clínica desses profissionais.

A qualidade da comunicação entre o médico e o paciente tem relação direta com a capacidade que esses pacientes possuem para decidir sobre os cuidados de saúde que desejam receber no fim de suas vidas e, por consequência, com o respeito à sua autonomia. Com o objetivo de avaliar, à luz da bioética, a qualidade da comunicação entre o médico intensivista e o paciente, ou o seu representante legal, buscou-se analisar criticamente, sob a ótica dos médicos entrevistados, os elementos de conflitos vivenciados por eles nesse contexto e propor uma linha de ação para orientar a resolução do problema bioético da falta de qualidade da comunicação entre médicos e pacientes apresentada no contexto de LET e cuidados paliativos em UTI.

A primeira menção expressa às limitações de cuidados de saúde pertence a Hipócrates, ao declarar que um dos papéis da medicina é “recusar-se a tratar daqueles que foram vencidos pela doença, entendendo que, diante de tais casos, a medicina torna-se impotente”<sup>1</sup>. No entanto, o pensamento hipocrático vem sofrendo mudanças e adequações sociais ao longo do tempo; a perspectiva atual é a de que o médico, juntamente com a equipe multiprofissional, ofereça aos seus pacientes portadores de doenças terminais, conhecidos como pacientes terminais, os chamados cuidados paliativos, que visam à minimização do sofrimento durante o processo da morte<sup>2,3</sup>.

Segundo Pilar<sup>4</sup>, a conceituação de paciente terminal não é algo simples de ser estabelecido, mas pode ser entendida como quando se esgotam as possibilidades de recuperação das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte se mostra próxima e inevitável.

De agora em diante, por razão de melhor fluidez da leitura, sempre que o texto se referir ao paciente terminal internado em uma UTI, entenda-se que se trata do paciente consciente, orientado e capaz de tomar decisões autônomas ou, no caso de incapacidade desse sujeito, que se trata do seu familiar ou representante legal.

Admitir que se esgotaram as possibilidades de recuperação de cura, e que o paciente se encaminha para o fim da sua vida, não significa que não há mais o que se possa fazer por ele. Uma ampla gama de condutas ainda podem ser oferecidas tanto ao paciente como à sua família. Condutas clínicas concretas, visando o alívio da dor física, e atitudes de suporte emocional, religioso e social, que o auxiliam a enfrentar um momento tão difícil como o fim de sua vida.

Nesse contexto, uma nova perspectiva de trabalho multidisciplinar se apresenta, são os chamados cuidados paliativos. Os princípios dos cuidados paliativos surgiram em 1967, fruto do trabalho da doutora Cicely Mary Saunders e da criação do *St. Christopher's Hospice*, em Londres<sup>5</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde, os cuidados paliativos podem ser entendidos como uma “abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”<sup>6</sup>.

No âmbito do cuidado ao paciente terminal e dos cuidados paliativos, surge a necessidade de se introduzir o conceito de Limitação dos Esforços Terapêuticos, doravante mencionada como LET. Segundo Moritz<sup>7</sup>, LET pode ser definida como condutas médicas restritivas, em que se limita o uso de

certos recursos, por serem inadequados ou inúteis, como por exemplo, a instituição de hemodiálise em um paciente terminal.

O profissional de saúde, notadamente o médico intensivista, que lida diariamente com situações de morte iminente, necessita estar preparado para aceitar a sua limitação como curador e para saber tratar paliativamente o paciente crítico com doença terminal. Condutas limitadoras como a LET, fazem parte da rotina desses médicos e têm estimulado amplas discussões a respeito de sua existência e de suas definições ético-legais <sup>3,8-15</sup>. De agora em diante, para salvaguardar a coerência do texto, tanto LET como cuidados paliativos podem ser entendidos como cuidados de fim de vida. O CFM, por meio de sua resolução número 1.805 de 2006 <sup>16</sup>, introduz o assunto da ortotanásia e das limitações aos cuidados de saúde à classe médica e à sociedade como um todo. Dessa forma, as LET passam a ter respaldo legal, por força de resolução, na hipótese da restrição de cuidados de saúde.

Segundo Vilas-Bôas<sup>17</sup>, a indicação ou a contraíndicação das medidas limitadoras de cuidados de saúde é uma decisão médica, mas essa decisão deverá ser discutida e compartilhada com o paciente, ou com o seu representante legal, para garantir o respeito à dignidade da pessoa humana e à autonomia do sujeito enfermo.

Alguns pontos importantes a serem ressaltados, no que diz respeito ao relacionamento entre pacientes e equipe de saúde, são: o empenho dos profissionais para promover uma boa administração dos desgastes físicos e emocionais com os pacientes e seus representantes legais; o tratamento conjunto dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais, num atendimento multiprofissional; a comunicação sensível às diferenças sociais e culturais que influem enormemente no entendimento do morrer e na comunicação sobre esse tema <sup>18-22</sup>; o debate sobre o prognóstico do paciente e a permeabilidade às suas preferências e aos seus valores familiares; o cuidado com as necessidades e preocupações dessa família e o planejamento da transição dos cuidados clínicos totais para os cuidados clínicos paliativos e as LET <sup>23-25</sup>.

Heyland<sup>26</sup>, após avaliar 256 questionários respondidos por familiares de pacientes submetidos a cuidados intensivos, demonstrou que a maioria daqueles que participaram do estudo considerou como fatores determinantes de satisfação familiar com o tratamento proposto: a adequada comunicação; a tomada de decisão correta; o respeito e a compaixão para com o paciente e seus familiares. Esta pesquisa, de 2003, permanece atual. O respeito pelo paciente e o cuidado com a comunicação são fatores fundamentais para o bom atendimento ao sujeito enfermo e para o bom relacionamento entre equipe de saúde e paciente.

Torna-se, no entanto, importante lembrar que não basta ao médico tentar melhorar a comunicação no momento da morte do seu paciente, pois a relação médico-paciente é embasada na adequada comunicação desde o primeiro contato<sup>27</sup>. Desde o primeiro encontro com o médico, passando pelo diagnóstico firmado e pelo tratamento proposto, até chegar às últimas medidas de cuidados paliativos e de LET, o médico se comunica com seu paciente, consultando-o sobre as medidas a serem tomadas e informando-o sobre os resultados esperados. Dessa forma, um elo de confiança e respeito se forma entre cuidador e sujeito cuidado.

Entretanto, uma realidade distinta se apresenta nas UTIs. O que se apresenta é que o médico intensivista muitas vezes exerce sua função como plantonista, aquele que está cuidando do paciente apenas durante seu plantão; e não como médico-assistente, aquele que cuida do paciente desde o diagnóstico e que conhece suas preferências e seus valores, bem como está em contato contínuo com seus familiares ou representantes legais<sup>27</sup>. Esse fato coloca o médico plantonista, também chamado de médico substituto, distante do paciente, incapaz de criar laços afetivos com ele e com seus familiares.

A decisão sobre os cuidados a serem investidos no paciente terminal em uma UTI, tomada por ele mesmo ou por seu responsável legal, é uma situação muito delicada e que acentua suas vulnerabilidades. Uma abordagem cuidadosa e contextualizada deve ser feita de maneira a respeitar as suas características contingenciais: grau de escolaridade, religião ou filosofia, status

socioeconômico e condições de entendimento do que se apresenta.

Tal abordagem deve ser feita com a finalidade de se atingir um consenso quanto aos cuidados paliativos a serem oferecidos a esse doente terminal. Cuidados esses que respeitem suas preferências, seus valores e sua concepção da vida boa e não apenas as evidências médicas que apontam uma maior sobrevida ou um melhor prognóstico clínico.

Segundo Motritz <sup>27</sup>, a participação dos pacientes e de seus familiares quanto aos cuidados de saúde a serem adotados no contexto de UTI ainda está aquém do desejado; na sua maioria, essas decisões são tomadas pelos médicos e pela equipe de saúde, sem a participação do paciente. Ainda segundo ele, a maior parte dos pacientes, no entanto, acredita que a colaboração interdisciplinar é importante para o tratamento mais adequado no fim de suas vidas e que questões culturais influenciam sobremaneira na tomada dessas decisões.

A partir desse problema de comunicação observado entre equipe de saúde e paciente, verificado notadamente no ambiente de UTI, setor no qual o autor dessa pesquisa dedica sua prática médica na qualidade de médico intensivista, surgiu a necessidade de melhor compreender esse processo de comunicação que se dá em uma situação tão vulnerabilizante como a de um paciente terminal internado em uma UTI. Assim, buscou-se avaliar, à luz da bioética, alguns elementos do processo de comunicação entre médico intensivista e paciente terminal internado na UTI, com foco na experiência vivida por intensivistas.

## 2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

### 2.1. QUALIDADE DE COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICO E PACIENTE

Whitney <sup>28</sup> em um artigo publicado na revista da faculdade de medicina Universidade Vanberbilt, no Tennessee, Estados Unidos, expõe depoimentos de pacientes que ficaram internados em UTIs e que tiveram condições clínicas de receber alta dessa Unidade.

Embora esse não seja o perfil dos pacientes estudados na minha pesquisa, visto que estudei pacientes terminais que não têm condições de alta da UTI, esse artigo <sup>28</sup> pode contribuir para a melhor compreensão de como se dá a comunicação dentro das UTIs norteamericanas que, segundo minha experiência profissional de uma década de trabalho nessas unidades, não é muito diferente da realidade brasileira.

Em seu artigo, Whitney <sup>28</sup> chama atenção a alguns depoimentos como o de uma paciente de 55 anos que foi internada na UTI por causa de uma insuficiência respiratória, que evoluiu com intubação orotraqueal, ventilação mecânica e sedação endovenosa contínua.

Essa paciente refere: "*Eu tinha a impressão de que estava sendo mantida prisioneira. Havia pessoas que eu percebia que entravam no quarto, nas áreas externas do meu quarto, e que não falavam comigo ou me olhavam. Eu lembro de estar perceber que eu não podia mover meus braços. Eu estava sendo contida de alguma forma. (...) Eu senti que eu era uma prisioneira e eu estava tentando escapar.*"

Segundo Whitney <sup>28</sup>, 60% a 80% dos pacientes internados em uma UTI apresentam algum grau de confusão mental, notadamente aqueles que foram submetidos a sedação contínua, como no caso acima descrito. Ainda segundo a autora <sup>28</sup>, esses pacientes precisam de profissionais de saúde que compreendam esse estado de confusão mental e que auxiliem seus pacientes a superá-los.

Arnold <sup>29</sup>, por sua vez, desenvolveu um curso de aprimoramento em técnicas de comunicação entre oncologistas e seus pacientes que pode ser bastante útil tanto para melhor entendimento do problema que é a má qualidade da comunicação entre profissional de saúde e paciente como para a elaboração de diretrizes e protocolos de comunicação direcionados a pacientes terminais internados em UTI, tema de estudo da presente pesquisa.

Segundo Arnold <sup>29</sup>, *“A comunicação entre médicos e pacientes e suas famílias é consistentemente identificado como o fator mais importante e menos atingido na qualidade do atendimento na unidade de terapia intensiva”*.

Esse autor <sup>29</sup> ainda afirma que *“Pacientes internados em UTI são capazes de participar em suas próprias discussões de fim em menos de 5% dos casos, e eles freqüentemente não têm directivas antecipadas disponíveis”*.

Esses dois depoimentos demonstram a necessidade de se respeitar a autonomia dos pacientes terminais, quer por manifestação expressa verbal, quando possível, quer por manifestação expressa escrita, por meio das diretrizes antecipadas trazidas pelo paciente.

Como veremos mais adiante, o CFM, por meio da resolução número 1995 de 2012, orienta a classe médica a respeitar essas diretrizes antecipadas, uma espécie de orientação por escrito das vontades dos pacientes no que diz respeito aos cuidados de fim de vida que aceitam ou não aceitam receber, trazidas pelo paciente ou por seu representante legal no momento da decisão das propostas terapêuticas mais adequadas ao seu caso clínico.

Algumas pesquisas sugerem que a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes no ambiente de UTI é insuficiente. Um exemplo foi o estudo de Curtis <sup>30</sup>, que constatou que, em encontros com os pacientes e seus familiares, os médicos falaram mais de dois terços do tempo e que em 29% das reuniões, os médicos apresentam oportunidades perdidas para ouvir os pacientes, para reconhecer as suas emoções, para entender as preferências do paciente, para explicar as consequências das tomadas de decisões e para afirmar o compromisso de não-abandono das famílias.

Os médicos, de acordo com Arnold <sup>29</sup>, também relatam insatisfação com o processo de comunicação com pacientes e suas respectivas famílias. Segundo esse autor <sup>29</sup>, *“mais de 70% dos médicos relatam conflitos percebidos com pacientes ou familiares, normalmente em torno de tomada de decisões para pacientes com alto risco de morrer”*, e completa o raciocínio dizendo que *“muitos intensivistas referem que a comunicação com as famílias é a parte mais estressante do seu trabalho”*. O elemento comum dessa deficiência, conclui Arnold <sup>29</sup>, é baixa qualidade de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes.

## **2.2. CUIDADOS PALIATIVOS**

O processo da morte, que conduz o paciente ao fim de sua vida, é complexo e acompanhado de sinais e sintomas físicos e psicológicos, como dor, dispnéia (dificuldade de respirar), náuseas, vômitos, fadiga (cansaço), agitação psicomotora, ansiedade e confusão mental <sup>31</sup>.

Antes desse processo de completar, surge a necessidade de se pensar em medidas terapêuticas de cuidados paliativos, que, conforme a definição da Organização Mundial de Saúde, podem ser entendidos como uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento e que requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual <sup>6,32</sup>.

Pessini <sup>33</sup>, ao estudar o relacionamento com o paciente terminal, lembra que o centro das preocupações dos profissionais que cuidam de doentes deve ser o respeito à pessoa humana e à sua dignidade, temas tão caros à discussão bioética. Para esse autor <sup>33</sup>, *“a pessoa humana não pode ser instrumentalizada em função de um determinado fim, que pode ser o aprendizado, o status, o ganho monetário etc. A manipulação sutil de uma*

*forma refinada se faz presente e rouba aquilo que é mais precioso da vida humana: sua dignidade”.*

Pessini <sup>33</sup> ainda insiste que, ao se direcionar a atenção à dignidade da pessoa humana, os profissionais de saúde precisam cuidar dos quatro componentes da dor: as dores físicas, causadas pela deterioração do organismo; as dores psicológicas, determinadas pela perda da esperança de melhora clínica; as dores sociais, que surgem do isolamento social provocado pela doença; as dores espirituais, oriundas da perda do sentido e do objetivo da vida. Para isso, segundo Pessini <sup>33</sup>, exige-se desses profissionais “*uma atenção cuja qualidade assistencial seja resultado da competência técnica e de sensibilidade humana*”.

De acordo com a filosofia dos cuidados paliativos, implementada nos cuidados de saúde a partir do trabalho pioneiro, em 1967, da doutora Cicely Mary Saunders e da criação do *St. Christopher's Hospice*, em Londres <sup>5</sup>, o objetivo da equipe de saúde é promover o maior conforto possível ao paciente. As medidas terapêuticas mudam de foco, não mais se busca curar o paciente enfermo, mas oferecer-lhe conforto físico, psicológico, espiritual e religioso no fim de sua vida. Segundo Wee <sup>34</sup>, o profissional especialista em cuidados paliativos, além de oferecer os suportes acima citados, fornece treinamento a profissionais que trabalham com pacientes portadores de doenças graves e incuráveis.

Como parte desse treinamento, visando o bem-estar dos pacientes, Beauchamp e Childress <sup>35</sup> sugerem a distinção entre tratamento ordinário e tratamento extraordinário; distinção essa que fornece fundamentos para decisões quanto aos cuidados paliativos e LET a que o paciente será submetido. Embora a distinção entre ambas ainda seja vaga, os autores entendem que o primeiro diz respeito àqueles tratamentos imprescindíveis para a sobrevivência do doente, enquanto que o segundo se refere a condutas que podem ser prescindíveis para a boa evolução do quadro clínico e que não são usuais na prática médica.

Beauchamp e Childress <sup>35</sup> acreditam que a distinção entre o tratamento ordinário e o extraordinário tem lugar na discussão bioética sobre cuidados de saúde porque a recusa do paciente ao primeiro tipo de cuidado configura, em certos círculos morais particulares, uma forma de suicídio; enquanto que médicos ou familiares podem ser tidos como homicidas. A recusa ao tratamento extraordinário, por sua vez, está livre dessas interpretações. Para esses autores <sup>35</sup>, essa distinção é irrelevante, mais importante é saber se o tratamento proposto traz algum benefício ou não ao paciente, se é um tratamento obrigatório ou opcional e não se ele é ordinário ou extraordinário.

O bom entendimento sobre o processo da morte e do morrer, enfrentado tanto pelo paciente como por seus familiares, pode promover uma melhora tanto da comunicação entre o profissional de saúde e seu paciente como da capacidade que esse paciente possui para decidir quanto aos tratamentos ordinários ou extraordinários a que deseja ser submetido.

A psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross <sup>36</sup>, ao estudar esse processo, contribuiu sobremaneira para esse entendimento. Ela estudou o processo de morrer e categorizou cinco estágios pelos quais passam os enfermos, e seus entes próximos, diante da aproximação da morte. O primeiro é o estágio da negação e do isolamento; a aversão à proximidade gera um mecanismo de defesa que constrói essa negação. O segundo é o da indignação; o paciente passa a apresentar um comportamento agressivo em relação a seus médicos e a seus amigos e familiares. O terceiro é o da barganha; o paciente tenta negociar com boas ações a fim de ser recompensado com mais tempo de vida. O quarto é o da depressão; nesse estágio o diálogo e a exposição dos fatos passa a ter menor importância, o compartilhamento silencioso do sofrimento do doente é a melhor forma de ajuda. O quinto é o da aceitação; perto da morte, o paciente pode aceitar sua situação e encontrar a paz que necessita para enfrentar esse momento.

O profissional de saúde, assim como os pacientes terminais, que compreendem o processo da morte e as fases desse processo, descritas a seguir, encontra-se mais esclarecido sobre a situação em que se encontra e

pode tomar decisões mais seguras sobre os cuidados de saúde a serem oferecidos; por exemplo, o médico que reconhece a terceira fase, a da barganha, pode lidar melhor com seu paciente, evitando reações de impaciência e agressividade por parte da equipe de saúde.

Além compreender como se dá o processo pelo qual passam os pacientes terminais em sua proximidade com a morte, a equipe de saúde necessita entender como se dá o processo de comunicação; como a semiologia e a linguística podem contribuir para o esclarecimento desse processo de passagem das informações para esses pacientes. Saussure<sup>37</sup>, que estudou o objeto da linguística, diferencia língua de linguagem; enquanto essa é natural a todos os seres vivos, aquela é adquirida. A língua tem uma função social e cultural, a parte institucional da linguagem. O semiologista suíço diferencia ainda língua de fala; a última, um ato individual de vontade e inteligência que combina códigos linguísticos e os exprime é diferente da primeira, uma reflexão passiva sobre os tesouros coletivos de imagens verbais armazenadas nos cérebros dos indivíduos de uma mesma comunidade.

O linguista russo Roman Jakobson<sup>38</sup>, um dos pioneiros da análise estrutural da linguagem, dá um passo adiante dos estudos de Saussure e estuda a forma como se dá a transmissão de uma mensagem linguística de um emissor para um receptor. O emissor utiliza um canal de comunicação, sua voz ou uma imagem visual, para transmitir uma mensagem a um receptor; essa mensagem é codificada, por meio de códigos comuns como palavras ou outros signos linguísticos, e transmitida ao receptor.

O modelo clássico de comunicação, segundo Saussure<sup>37</sup> e Jakobson<sup>38</sup>, é uma tarefa que está diretamente ligada aos sentidos humanos e possui os seguintes componentes fundamentais: o emissor, o receptor, a mensagem, o canal de propagação, o meio de comunicação, a resposta e o ambiente onde o processo comunicativo se realiza.

No contexto de cuidados paliativos e de limitação dos esforços terapêuticos, a comunicação é uma atividade ainda mais complexa; tanto por conta do próprio contexto em que se insere, a presença de uma doença grave

e incurável, como por influência da diversidade de agentes envolvidos: equipe de saúde, paciente, familiares e responsáveis legais<sup>39-41</sup>. Cabe, portanto, à equipe de saúde a tarefa de compreender essa estrutura de comunicação e buscar aprimorar os meios de esclarecimento que se pode oferecer ao paciente terminal. Esclarecimento esse que é a base do processo de decisão autônoma quanto aos cuidados paliativos e às LET a serem empregadas em seu caso particular.

Ainda no que concerne aos cuidados paliativos e LET sugeridos aos pacientes terminais, considerando as relações de causa e efeito que as ações de saúde possuem, pode-se pensar em dois tipos de efeitos que trazem consigo diferenças fundamentais e consequências diversas: os pretendidos e os meramente previstos.

Nesse contexto, Beauchamp e Childress<sup>35</sup> apresentam sua compreensão sobre a *regra do duplo-efeito (RDE)*. Essa regra determina que se uma ação pode levar a dois efeitos, um que cause benefício para o doente e outro que pode trazer malefícios não pretendidos, mas previstos em certos casos, essa ação não é contraindicada ou proibida. Ainda segundo Beauchamp e Childress<sup>35</sup>, para que a RDE seja considerada como tal, deve respeitar quatro premissas: a natureza do ato deve ser fazer o bem ou ao menos uma ação moralmente neutra independentemente das consequências; a intenção do agente deve ser a de atingir apenas o efeito benéfico pretendido; a distinção entre meios e efeitos deve ser bem clara no sentido de que o mau efeito não pode ser o meio para o efeito benéfico; a proporcionalidade entre o efeito benéfico e o maléfico deve ser favorável ao que conduz ao benefício do paciente.

No ambiente de que trata a presente dissertação, se um paciente de UTI em fase terminal de um câncer prostático com metástases ósseas dolorosas receber analgesia e sedação, conhecido como sedoanalgesia, em bomba de infusão contínua, as dores serão combatidas; esse é o efeito que se pretende atingir. Em contrapartida, a sedoanalgesia contínua pode levar à depressão respiratória e morte; esse é um efeito previsto, mas não pretendido. Segundo a

RDE <sup>35</sup>, a ação de prover sedoanalgesia ao doente está justificada e não é moralmente proibida.

No que concerne a cuidados de fim de vida, o que pude verificar nos oito anos que trabalho em UTI é que os pacientes podem ser submetidos a uma série de intervenções clínicas e cirúrgicas que prolonguem os seus dias de vida sem, no entanto, lhes proporcionar uma boa qualidade de vida. Um conflito ético e bioético se impõe quando chega o momento de decidir entre suspender ou não iniciar um determinado tratamento. De acordo com Beauchamp e Childress <sup>35</sup>, a primeira opção é mais difícil de ser aceita tanto por profissionais de saúde como por parte dos pacientes e seus familiares que a segunda. Para esses autores, isso se dá porque a ideia de interromper um tratamento traz consigo uma culpabilidade e uma sensação de responsabilidade maiores que o não início dele. Pode-se inferir que ambas as decisões, interromper ou não iniciar um tratamento clínico, têm o mesmo peso moral quando se trata de definir a conduta a ser tomada em uma situação de fim de vida em UTI.

### **2.3. CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

Segundo Rocque <sup>42</sup>, embora as recomendações iniciais referentes ao emprego dos cuidados paliativos, ainda nas décadas de 1960 e de 1970, sejam direcionados a pacientes com câncer, eles podem ser aplicados em uma ampla variedade de enfermidades graves e incuráveis. O contexto de fim de vida em UTI de que trata essa pesquisa, bem como a necessidade de definição de LET, se insere nessa ampliação da aplicação de cuidados paliativos proposta pelo autor.

Campbell <sup>43</sup>, por sua vez, defende que a função dos profissionais especializados em cuidados paliativos varia durante o curso da doença, intensificando-se nas crises de piora clínica e na proximidade com a morte do enfermo; suporte oferecido por esses profissionais não deve, no entanto, se restringir ao paciente.

Nesse sentido, os cuidados paliativos podem ser aplicados, segundo as recomendações da Academia Americana de Cuidados Paliativos <sup>44</sup>, tanto ao paciente acometido por uma doença grave e incurável, como a seus familiares e até mesmo aos profissionais de saúde que cuidam desse paciente.

O apoio, segundo essas recomendações <sup>44</sup>, precisa contemplar todos os aspectos dos cuidados de saúde; tanto do ponto de vista do doente, que precisa receber cuidados que amenizem suas dores físicas, psicológicas e espirituais, como do ponto de vista dos familiares, que necessitam de informações realísticas sobre o quadro clínico desse doente, e dos profissionais de saúde, que também necessitam de orientação para lidar com esse tipo de paciente e com sua família.

O ambiente de UTI é bem diverso do que o paciente e suas famílias estão acostumados a vivenciar em hospitais; UTI são ainda mais frias e impessoais que outros setores hospitalares. Além disso, segundo McDonagh <sup>45</sup>, quando esses indivíduos se encontram com o médico intensivista e com a equipe que trabalha nessas unidades, o tempo de contato com esses profissionais é insuficiente para expressar suas expectativas e seus desejos quando à evolução da doença.

Nessa circunstância, médicos intensivistas podem perder a oportunidade de manter um relacionamento empático com seu paciente, de observar os valores e preferências de seus familiares <sup>46</sup>. Isso conduz ao desamparo emocional da família, que, perturbada por conta da gravidade do quadro clínico que se evidencia, tem de tomar decisões vitais ao seu parente <sup>47,48</sup>.

Esse desamparo por que passam esses sujeitos vulnerados é incompatível com a tomada de decisão livre e autônoma. Muitos conflitos éticos podem surgir nesse contexto de tensão emocional e falta de conhecimento técnico para uma tomada de decisão livre e esclarecida por parte dos paciente ou de seus representantes legais.

De acordo com McDonagh <sup>45</sup>, uma meta a ser buscada é a redução desses conflitos. A promoção de uma comunicação mais clara e sensível às

suscetibilidades dos pacientes e de seus familiares pode reduzir, ou mesmo prevenir, esses conflitos e melhorar a qualidade do tratamento desses pacientes.

Aconselha-se que sejam respeitados os aspectos sociais e culturais dos pacientes e de seus familiares e que sejam avaliados os aspectos éticos e práticos da recusa ou suspensão do tratamento fútil, ou obstinação terapêutica, da administração de sedativos e analgésicos e da RDE <sup>35</sup>. O respeito às particularidades e vulnerabilidades desse tipo de paciente pode reduzir o sofrimento de todos os envolvidos nesse processo de morte em UTI <sup>49-52</sup>.

O respeito à autonomia e ao poder de decisão do paciente vem sendo posto em evidência em várias reuniões colegiadas, como o Primeiro Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul <sup>27</sup>, realizado com a participação da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Uruguaia de Medicina Intensiva e da Sociedade Argentina de Medicina Intensiva. Nesse fórum, discutiu-se sobre diretrizes e protocolos quanto aos cuidados paliativos, inclusive os referentes ao contexto de UTI.

No contexto brasileiro, é importante compreender também a fundamentação tanto no âmbito legal, como o artigo 15 do Código Civil <sup>53</sup>, quanto no ético <sup>54</sup> e no cultural <sup>35</sup>, para a elaboração de tais diretrizes e protocolos, como será explicado a seguir. Segundo o artigo 15 do Código Civil, “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” <sup>53</sup>. Nesse sentido, o Brasil oferece respaldo legal ao paciente que toma a decisão de limitar os esforços terapêuticos da equipe de saúde que dele cuida.

Caso o paciente terminal decida de forma autônoma, ou seja, de posse de suas faculdades mentais, bem informado sobre sua condição de saúde e sobre as possíveis condutas terapêuticas a serem oferecidas e sem coações de terceiros, não ser submetido a tratamento clínico ou cirúrgico, essa decisão

deve ser respeitada pela equipe de saúde sob pena de responder civilmente perante o poder judiciário brasileiro pelo descumprimento da vontade desse paciente <sup>54</sup>.

Parte da fundamentação, no âmbito cultural, utilizada durante o Primeiro Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul <sup>27</sup>, foi encontrada nos escritos de Beauchamp e Childress <sup>35</sup>. Esses autores defendem o respeito às diversidades culturais existentes entre as comunidades, o respeito às vontades dos sujeitos durante sua tomada de decisão sobre os cuidados de saúde que lhes são oferecidos.

Segundo Richter <sup>55</sup>, diferentes culturas lidam de maneiras diversas com os dilemas éticos que surgem como consequência da maior disponibilidade de terapias de suporte de vida. Segundo o autor <sup>55</sup>, alguns países não têm adotado a ênfase ocidental sobre a autonomia ou métodos de limitação de suporte de vida do paciente adotados em nações do ocidente.

Uma questão relevante abordada por Sprung <sup>56</sup> é sobre como não está claro a maneira como muitos médicos agem para aliviar a dor ou o sofrimento de seus pacientes; se guiados pelo alívio dos sintomas propriamente ditos ou se guiados pelo desejo de abreviar-lhes a vida. Sprung <sup>56</sup> afirma que alguns médicos administram doses de medicamentos maiores do que o necessário para o alívio da dor de seus pacientes, oferecendo-lhes uma morte com mais dignidade, mas que esses médicos não chamam isso de eutanásia nem de ortotanásia.

Sprung <sup>56</sup> conclui que *“embora a adoção de diretrizes de prática estejam padronizando muitos aspectos da assistência ao paciente, dilemas éticos estão ocorrendo por causa da renúncia a tratamentos mantenedores da vida nos cuidados intensivos e são tratados de diversas maneiras entre os diferentes países e culturas”*.

## 2.4. PROTOCOLOS DE ABORDAGEM QUANTO À DECISÃO SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS

Vulnerável é uma condição do ser humano, todos possuem essa característica; todos são vulneráveis a doenças, maus tratos, desastres naturais, e uma série de eventos que fragilizam a sua existência. Vulnerado, no entanto, segundo Schramm <sup>57,58</sup>, é uma condição que acomete apenas aqueles sujeitos que têm pouca ou nenhuma forma de se defender desses eventos; indivíduos abaixo do nível da pobreza, analfabetos, analfabetos funcionais, deficientes mentais, todos esses e outros tantos possuem capacidade limitada para lidar com as adversidades da vida.

A partir desses conceitos de vulnerável e vulnerado é que se pode analisar a relação entre profissional de saúde e paciente num contexto de desigualdade, ou seja, o doente, já vulnerável por conta de sua natureza humana, encontra-se vulnerado por sua condição patológica.

Nesse sentido, muito cuidado deve-se ter quando da comunicação com essa categoria de paciente, uma abordagem individualizada se faz necessária. E mais, uma abordagem guiada por alguma espécie de protocolo que possa guiar os profissionais de saúde nessa relação delicada entre cuidador e doente terminal.

A existência de protocolos serve, não para limitar a ação da equipe de saúde às suas condutas, mas para guiar esses profissionais no delicado contato com pessoas que sofrem e que enfrentam problemas de saúde.

Segundo Lino <sup>59</sup>, “o termo má notícia designa qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na vida destes”. Eggly <sup>60</sup> ressalta que é importante que essa transmissão de informação seja definida do ponto de vista do paciente, ou seja, dentro do seu contexto social e cultural.

Segundo Quill e Holloway <sup>61</sup>, pode-se considerar um consenso o fato de se direcionar as decisões clínicas às preferências e aos valores dos pacientes;

no entanto, a obtenção do consentimento informado permanece deficiente no que se refere ao respeito a esses quesitos pessoais na hora da tomada de decisões terapêuticas.

Em um estudo prévio, preocupados com o fato de os médicos abdicarem de sua responsabilidade quanto à tomada de decisões clínicas transferindo-a ao paciente, em nome da autonomia do sujeito enfermo, Quill e Brody <sup>62</sup> desenvolveram um protocolo para ajudar os médicos. Esse protocolo deveria servir de guia para que esses profissionais ajudassem seus pacientes a tomar as decisões quanto ao tratamento de saúde que receberiam; no entanto, essa ajuda seria fundamentada no conhecimento técnico que esses médicos possuem e na sua compreensão da preferência e dos valores do paciente <sup>62</sup>.

Quill e Holloway <sup>61</sup> apresentaram, num artigo publicado em 2012, dois protocolos de comunicação entre equipe de saúde e pacientes; o primeiro, acima citado, criado por Quill e Brody em 1996 <sup>62</sup>; o segundo, por Quill e Holloway em 2012 <sup>61</sup>. Tais protocolos demonstram a preocupação dos pesquisadores com o respeito à autonomia, e ao poder de tomada de decisão, desses indivíduos face a uma situação vulnerabilizante como a de um paciente terminal, por exemplo. Como ambos protocolos possuem cinco etapas, pode-se apresentar uma comparação entre o primeiro, baseado em evidências médicas, e o segundo protocolo, baseado nas preferências do paciente.

Eis a sequência das etapas e a comparação entre os dois modelos de protocolos: Etapa 1. Fazer perguntas focadas versus Introdução e contextualização adequadas; Etapa 2. Encontrar evidências versus Eleger valores e preferências e aprender sobre os objetivos (do paciente); Etapa 3. Realizar avaliação crítica versus Quebrar vieses e responder às emoções; Etapa 4. Tomar uma decisão versus Fazer uma recomendação e procurar consenso; Etapa 5. Avaliar a performance versus Assegurar não-abandono e seguimento <sup>61</sup>.

O primeiro protocolo é centrado na medicina baseada em evidências; o segundo, na medicina baseada em preferências. Dois conceitos que dão focos completamente diferentes quanto aos cuidados de saúde com o paciente <sup>61</sup>.

Naquele, o paciente assume um papel passivo frente à decisão da equipe de saúde responsável por ele. Nesse, o paciente assume uma postura mais ativa e autônoma; o que prevalece são as preferências e os valores do paciente e de seus familiares <sup>61</sup>. A validação desse segundo protocolo se deu dentro do hospital universitário de Rochester, em Nova Iorque, por meio de questionário sobre aceitação de seu uso, tendo sido aprovado pela maioria dos profissionais de saúde entrevistados <sup>61</sup>.

Lino <sup>59</sup> acredita que *“assim como para o paciente, o ato de transmitir uma notícia desagradável é desconfortável também para o médico por vários motivos. Primeiramente, este se vê na situação difícil de lidar com emoções experimentadas pelo paciente e suas reações. Além disso, na maioria dos casos, o profissional de saúde se relaciona também com os familiares do paciente, o que pode ser fonte adicional de estresse”*.

Além disso, segundo Fallowfield <sup>63</sup>, a maioria dos profissionais de saúde que lidam com a comunicação de más notícias não recebeu treinamento formal adequado durante a sua formação profissional; treinamento esse que poderia oferecer mais segurança ao transmitir más notícias.

Buckman <sup>64</sup> defende que, em alguns casos, a equipe de saúde que assiste um paciente tende a acreditar que ele poderá não suportar uma notícia ruim, afetando negativamente a evolução de seu quadro clínico; ou ainda que o paciente possa responsabilizar o médico pela má notícia comunicada por este. Essa pode ser, segundo Buckman <sup>64</sup>, o motivo por que o profissional tende a fornecer respostas vagas, minimizando a real gravidade do quadro clínico do paciente.

Um fator complicador desse processo de comunicação de más notícias, de acordo com Díaz <sup>65</sup>, é que há uma parcela significativa de pacientes que não deseja saber sobre seu diagnóstico, havendo, assim, uma dificuldade adicional para o médico de identificar esse tipo de desejo e respeitá-lo.

De acordo com Hagerty <sup>66</sup>, apesar de alguns pacientes demonstrarem não querer saber, pormenorizadamente, todas as informações a respeito de

seu quadro clínico patológico, a maioria desses pacientes demonstra o desejo de saber pelo menos os aspectos mais relevantes desse quadro.

Diante de tantas dificuldades de comunicação entre equipe de saúde e pacientes que estão por receber más notícias, criou-se o Protocolo Spikes<sup>59</sup>, um protocolo desenvolvido para o treinamento tanto de estudantes da área da saúde como de profissionais experientes.

Esse protocolo possui seis passos: primeiro passo (*Setting up*), ou *preparando-se para o encontro*, se refere à preparação do médico e do espaço físico para a conversa; segundo passo (*Perception*), ou *percebendo o paciente*, verifica o conhecimento de o paciente possui a respeito do seu estado de saúde; terceiro passo (*Invitation*), ou *convidando para o diálogo*, procura entender quanto o paciente deseja saber sobre sua doença, convida-o a conhecer pormenorizadamente seu estado mórbido; quarto passo (*Knowledge*), ou *transmitindo as informações*, em que ocorre, depois de solicitada pelo próprio paciente, a transmissão da informação propriamente dita. Nessa fase, são ressaltadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão, não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso, checar a compreensão do paciente sobre o que foi dito; quinto passo (*Emotions*), ou *expressando emoções*, é a fase dedicada a responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente; sexto passo, (*Strategy and Summary*), ou *resumindo e organizando estratégias*, em que se busca diminuir a ansiedade do paciente ao lhe revelar o plano terapêutico e o prognóstico<sup>59, 67</sup>.

Lino<sup>59</sup> apresenta uma validação desse protocolo realizada na Universidade Estadual do Ceará, realizada por meio de um questionário apresentado aos estudantes de medicina sobre suas impressões a respeito desse protocolo de comunicação de más notícias. Todos os entrevistados confirmaram a utilidade do protocolo para o treinamento da habilidade de comunicar más notícias.

No Brasil, Pereira<sup>68</sup> apresentou uma diretriz para comunicação de más notícias denominada Protocolo Paciente. Esse protocolo consiste nos sete estágios apresentados a seguir. Cada estágio corresponde a uma letra da

palavra paciente; exceto o último estágio que faz uso das duas últimas letras dessa palavra.

De acordo com Pereira <sup>68</sup>, o primeiro estágio, que corresponde à letra “P”, é *preparar-se*, o profissional deve confirmar o diagnóstico com revisão de prontuário, de exames laboratoriais e até de revisão na literatura médica; o segundo, à letra “A”, é *avaliar o quanto o paciente sabe*; o terceiro, à letra “C”, é *convite à verdade*, em que a equipe de saúde pergunta ao paciente o quanto ele deseja saber sobre sua doença; o quarto, à letra “I”, é *informar*; o quinto, à letra “E”, é *emoções*, dar suporte emocional ao paciente que acaba de receber uma má notícia; o sexto, à letra “N”, é *não abandonar o paciente*; o sétimo, às letras “T” e “E”, correspondem a *traçar uma estratégia*, definir junto ao paciente qual a melhor linha de ação terapêutica ser adotada.

A validação desse protocolo por meio de um questionário que Pereira <sup>68</sup> distribuiu a médicos e enfermeiros que participaram de eventos científicos promovidos por sociedades e entidades de ensino ocorridas entre 2006 e 2008. A autora refere que entrevistou 226 profissionais de saúde de nível superior, mas não especifica quais foram os encontros científicos frequentados.

Nesse questionário, Pereira <sup>68</sup> busca saber sobre a experiência dos entrevistados com a comunicação de más notícias e sobre suas impressões em relação ao Protocolo Paciente. A autora observou que 46% dos profissionais nunca tiveram treinamento sobre comunicação de más notícias e esse protocolo obteve boa aceitação por parte 97,5% dos profissionais entrevistados.

Walllau <sup>69</sup>, com o objetivo de avaliar a visão dos familiares sobre a qualidade e humanização do atendimento em Medicina Intensiva, entrevistou 100 familiares de pacientes internados em UTIs por um período superior a 48 horas. Constatou-se que a comunicação surgiu como o principal fator apontado para a qualidade insatisfatória no serviço. Quinze por cento dos entrevistados declararam-se insatisfeitos com as informações médicas prestadas e cinco por cento, apesar de afirmar satisfação, reclamaram por ter que conversar com diferentes médicos, os médicos plantonistas, cada dia.

Durante o processo de comunicação, entre os profissionais de saúde e o paciente, é importante que se discuta sobre o real prognóstico do paciente, que

a evolução da sua doença seja claramente explicada, que se leve em consideração o envolvimento emocional que cerca a morte e o morrer <sup>69</sup>. A comunicação adequada, no contexto de terminalidade em UTI, aborda temas técnicos como diagnósticos e prognósticos sem deixar de considerar os fatores psicológicos que envolvem o processo de morte.

Segundo Rady e Johnson <sup>70</sup>, a importância da adequada comunicação entre o médico e seu paciente já não é motivo de controvérsia, mesmo que o paciente esteja internado em uma UTI. No entanto, o paciente de UTI está, em muitos casos, submetido à sedoanalgesia, ou seja, ao uso de medicações que promovem tanto a analgesia, tratamento da dor física, como a sedação, a redução do seu nível de consciência.

Essas medicações interferem na capacidade de comunicação desse paciente, uma vez que reduz seu estado de vigília e de consciência. Portanto, na maioria dos casos, a comunicação é realizada por meio de seus representantes legais.

Os pacientes, quando discutem com a equipe de saúde sobre seu quadro clínico, não desejam aulas intermináveis de medicina nem discussões sobre protocolos e diretrizes; o que eles querem são informações individualizadas sobre o seu caso específico, as possibilidades diagnósticas, as perspectivas de tratamento e as probabilidades de prognósticos <sup>71-73</sup>.

Kellum, Chaitin e Fridh <sup>71-73</sup> ressaltam, dessa forma, a necessidade de contextualização das informações passadas pela equipe de saúde à necessidade, por parte dos pacientes, de obter dados concretos sobre sua doença para poder tomar as decisões esclarecidas e autônomas.

Os ambientes de uma UTI geralmente são frios e impessoais. Além disso, segundo Fridh <sup>73</sup>, a rotina de passagem das informações ao paciente e aos seus familiares muitas vezes é pouco compreendida, pois é realizada através de termos técnicos, em um contexto distante da realidade dos sujeitos que estão ouvindo.

De acordo com os estudos de Fridh, Forsberg e Bergbom <sup>73</sup> sobre a presença família no ambiente de UTI, aqueles pacientes que tinham seus familiares por perto necessitaram de menores doses de sedação e de analgesia. Os autores sugerem que os ambientes de UTI devem ser

modificados, promovendo maior acolhimento dos enfermos por meio da presença mais frequente de seus entes queridos, a fim de proporcionar maior conforto a esses pacientes.

Nesse sentido, tanto as dores emocionais poderiam ser amenizadas, pela simples presença de uma pessoa conhecida e amada, como a comunicação poderia ser realizada de forma mais eficaz. O acompanhante do doente poderia auxiliá-lo a compreender sua situação clínica bem como solicitar esclarecimentos adicionais ao que for informado pela equipe de saúde.

## **2.5. CUIDADOS PALIATIVOS E BIOÉTICA**

O estudo sobre comunicação entre profissional de saúde e paciente no contexto de cuidados de fim de vida, LET e cuidados paliativos, tema central da presente pesquisa, correria o risco de perder coesão caso temas como autonomia e consentimento informado não fossem bem analisados. Por essa razão, trago conceitos da Bioética Principlalista de Beauchamp e Childress<sup>35</sup> e de Engelhardt<sup>74</sup> e uma análise sobre a ampliação conceitual que a bioética vem recebendo ao longo dos anos.

Beauchamp e Childress<sup>35</sup> acreditam que o consentimento é uma das formas de exteriorização do respeito à autonomia e que há uma variedade de contextos em que se pode encontrá-lo. Segundo esses autores, há o consentimento expresso, aquele em que o sujeito expressa verbalmente ou por escrito o seu desejo de consentir com alguma ação de cuidados de saúde. Há o consentimento tácito, quando a pessoa se expressa silenciosamente ou passivamente por omissão de opinião. Há o consentimento implícito, quando o consentimento para um procedimento, como angioplastia coronariana, está contido no consentimento para outro procedimento, como a angiografia coronariana. Há ainda o consentimento presumido em que o médico presume o que o paciente gostaria de fazer como base no conhecimento prévio da história clínica e social do doente.

Todas essas nuances que surgem quando se tenta legitimar uma decisão autônoma por meio do consentimento mostram como é delicada e complexa a rede de interesses e de emoções que envolvem uma decisão terapêutica, especialmente quando se trata de definir os cuidados de fim de vida no ambiente de UTI.

Segundo o consenso nacional para cuidados paliativos dos Estados Unidos <sup>75</sup>, a obtenção do consentimento informado merece muita atenção, pois ele possui dois aspectos que, apesar de eticamente distintos, são complementares: o jurídico e o moral. O aspecto jurídico reflete o valor legal do documento; já o moral, relaciona-se ao diálogo das diferentes moralidades existentes entre equipe de saúde e paciente, ou seu representante legal <sup>76</sup>.

Esse procedimento não pode ser considerado um ato limitado a si mesmo, ou seja, não se deve buscar a concordância do paciente com uma determinada conduta clínica apenas para se ter mais um passo desse processo cumprido. Essa é uma relação dinâmica de respeito à autonomia dos sujeitos nela inseridos; e não como uma ação estática e finalista, ligada apenas à assinatura de um documento <sup>26</sup>.

Há, no entanto, segundo Beauchamp e Childress <sup>35</sup>, três exceções que dão permissão ao profissional de saúde de agir sem o prévio conhecimento e consentimento do paciente. São eles: casos de emergência, risco de morte iminente; incompetência absoluta do doente para tomar decisões, paciente inconsciente que se encontra desacompanhado de familiares ou responsáveis e não traz consigo diretrizes de cuidados de saúde por escrito; casos em que o paciente renuncia ao direito de tomar decisões quanto à sua saúde e delega à equipe de saúde essa responsabilidade.

Ainda segundo esses autores <sup>35</sup>, a palavra autonomia deriva do grego auto (próprio) e nomos (regras, governo), originalmente referido como auto governança das cidades independentes; desde então o significado de autonomia foi extrapolado para as relações entre os indivíduos. Pode-se, então, depreender que o indivíduo autônomo age livremente de acordo com as suas próprias convicções e o sujeito que tem sua autonomia limitada, por sua

vez, age sob o controle de outros e se encontra incapaz de tomar uma decisão baseada em suas próprias convicções.

A Bioética Principlista sob a ótica de Engelhardt <sup>74</sup> dá maior ênfase ao princípio da autonomia. Ele defende que, em uma sociedade moral secular geral, em que não se tem uma autoridade bem definida, como em algumas comunidades com moralidades particulares como a Católica - por exemplo - a autoridade está na vontade e na autonomia do indivíduo. Essa autoridade pode ser transferida, caso o sujeito em questão o queira, para terceiros que terão, por sua vez, responsabilidade sobre o seu destino.

Engelhardt <sup>74</sup> afirma ainda que a medicina e os profissionais de saúde devem respeitar os desejos das pessoas e devem estar orientados pelo objetivo de lhes fazer o bem. A autonomia do sujeito deve ser respeitada independentemente das interpretações particulares da vida boa desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Beauchamp e Childress <sup>35</sup> abordam o tema autonomia a partir do respeito à tomada de decisões sobre cuidados de saúde por parte dos próprios sujeitos acometidos por problemas nesse âmbito. Eles se defendem das críticas que são feitas à Bioética Principlista estadunidense que valoriza sobremaneira a autonomia em detrimento dos outros quatro princípios fundamentais <sup>77</sup>.

Holm <sup>77</sup>, no entanto, acredita que, apesar da teoria dos quatro princípios fundamentais apresentados por Beauchamp e Childress <sup>35</sup> terem tido forte influência na compreensão e no desenvolvimento da bioética, essa é uma teoria que não equilibra igualmente esses quatro princípios.

Para Holm <sup>77</sup>, essa teoria, por ter sido desenvolvida como uma “teoria da moralidade comum”, aponta para uma moralidade comum norte-americana. Além disso, segundo Holm <sup>77</sup>, essa teoria conduz a um subdesenvolvimento dos princípios positivos da beneficência e da justiça.

Holm <sup>77</sup> declara que essa teoria pode apenas ser aplicada no contexto cultural da América do Norte; que sua aplicação não pode ser transferida para

outro contexto cultural. Aplicadores dessa teoria que não pertencem ao contexto cultural norteamericano possuem capacidade limitada de uso de seus princípios, uma vez que qualquer tentativa de uso dessa teoria como ferramenta de solução de conflitos éticos só pode ser aplicada se houver compatibilidade dos princípios fundamentais com seu contexto cultural.

Devido ao fato dessa “teoria da moralidade comum” basear-se a moralidade de uma determinada sociedade, e de ter sido elaborada dentro dos Estados Unidos, espelha, segundo Holm<sup>77</sup>, aspectos contextuais da sociedade e da cultura norte-americanas.

A partir desse argumento, Holm<sup>77</sup> defende que grande influência da moralidade comum norteamericana pode ser detectada, na análise dos princípios da beneficência e da justiça; ambos estando subordinados à autodeterminação e aos interesses dos indivíduos, ou seja, à autonomia dos sujeitos.

Segundo Beauchamp e Childress<sup>35</sup>, o princípio da beneficência deve se dar, dentre outras condições, quando não incorre em risco, custos ou danos a quem pratica o ato beneficente. Nesse sentido, Holm<sup>77</sup> argumenta que essa condição para o ato beneficente é o mais claro reflexo da moralidade comum norteamericana, que valoriza a liberdade pessoal e a autonomia dos sujeitos.

Beauchamp e Childress<sup>35</sup> afirmam, em contrapartida, principalmente nas últimas edições de seu livro *Princípios da Ética Biomédica*, que o respeito à autonomia pode preponderar sobre o respeito aos outros princípios fundamentais, e que a valorização da autonomia não necessariamente conduz a uma conduta excessivamente individualista.

Outro aspecto a ser abordado é a relação entre autonomia e autoridade. Para Beauchamp e Childress<sup>35</sup>, não há desrespeito à autonomia do sujeito se ele decide aceitar a autoridade de uma instituição em que confia ou de uma comunidade de que faz parte. Esse é o caso do paciente que aceita se submeter à autoridade médica intencional e voluntariamente. O problema surge

quando a equipe de saúde decide agir com autoridade para com o paciente sem que esse tenha lhe transferido esse poder.

Segundo Beauchamp e Childress <sup>35</sup>, o respeito à autonomia do paciente não deve se limitar a não interferir nos seus planos, mas possibilitar um ambiente em que ele possa exercer a sua autonomia de maneira esclarecida e sem medos ou mitos que venham prejudicar a sua ação autônoma. O médico e a equipe de saúde podem, além de deixar os pacientes e familiares livres de interferências externas para tomar as suas próprias decisões quanto ao tratamento de saúde desejado, explicar dentro do contexto de conhecimentos e linguagem inerentes a esses sujeitos, o quadro clínico em que o doente se encontra e o tratamento proposto.

Observa-se, dessa forma, que não se trata apenas de uma obrigação negativa, de evitar a interferências externas sobre as decisões dos sujeitos; mas também de uma ação positiva, de promover o esclarecimento, em um ambiente adequado, para que eles tomem as suas decisões de maneira autônoma e esclarecida.

Pode-se encontrar críticas quanto à grande valorização da autonomia quando se discute que os pacientes têm o direito e não o dever de exercê-la. Acreditar em uma homogeneização comportamental de todos os pacientes que se encontram em uma UTI pode ser muito perigoso, além de incompatível com a prática clínica <sup>39</sup>.

Uma situação controversa que se apresenta é quando se trata de um caso de privilégio terapêutico <sup>35</sup>. Esse é o caso em que o médico assume a postura de reter informações que ele mesmo julga serem deletérias ao tratamento do paciente e passíveis de provocar piora na evolução quadro de um paciente psicologicamente instável.

A bioética desenvolvida na América Latina promoveu com a ampliação dos princípios bioéticos, como dignidade, solidariedade, proteção e prudência <sup>78</sup>. Essa ampliação conceitual pode trazer uma solução que atenda à autonomia dos sujeitos vulnerados pela doença e à beneficência pretendida

pelos profissionais de saúde por meio de um consenso que respeite as moralidades de ambas as partes interessadas.

Garrafa e Soares <sup>79</sup> ampliam ainda mais os conceitos estudados na bioética ao discutir sobre a solidariedade, um princípio que reflete a capacidade que o ser humano tem de ajudar o próximo sem buscar fins de interesses próprios. Nesse sentido, a atenção à saúde deve estar voltada a atender o paciente sem que esse seja instrumentalizado, sem que seja visto como meio para atingir objetivos determinados mas como um fim em si mesmo. O tratamento fútil e práticas médicas desnecessárias seriam então desencorajados quando a equipe de saúde tem esse princípio como um dos norteadores de suas condutas.

Outro exemplo de ampliação conceitual por que passou a bioética foi desenvolvida por Garrafa, com o desenvolvimento da Bioética de Intervenção <sup>80,81</sup>. Garrafa <sup>78</sup> defende que “*o pluralismo de valores e a virtude da tolerância frente à diversidade cultural – entre outros indicadores essenciais a uma nova abordagem ética – são necessários, mas não suficientes no sentido de favorecer todos os pontos de vista. Com relação ao conteúdo dos fatos e conflitos, torna-se mister introduzir novos critérios, referenciais e/ou princípios*” e que “*a chamada teoria bioética principialista seria insuficiente e/ou impotente para analisar os macroproblemas éticos persistentes (ou cotidianos) verificados na realidade concreta*”.

Surge, então, a partir dos estudos de Garrafa, a Bioética de Intervenção, um entendimento da bioética que “*defende como moralmente justificável, entre outros aspectos: a) no campo público e coletivo: a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo e que resultem nas melhores consequências, mesmo que em prejuízo de certas situações individuais, com exceções pontuais a serem discutidas; b) no campo privado e individual: a busca de soluções viáveis e práticas para conflitos identificados com o próprio contexto onde os mesmos acontecem*” <sup>78</sup>.

Ainda como parte dos estudos de Garrafa, houve o advento dos “quatro Ps”: Prevenção, Proteção, Precaução e Prudência. Prevenção de agravos à saúde de um indivíduo ou de uma sociedade, proteção dos excluídos sociais e dos desassistidos, precaução frente ao desconhecido no campo científico e prudência quanto ao uso das novas tecnologias em saúde <sup>78</sup>.

Responsabilidade e tolerância são outros exemplos de como se deu essa ampliação conceitual <sup>78-81</sup>. Responsabilidade com o uso de novas tecnologias com vistas ao que se pode causar de danos e agravos à saúde individual ou pública. A tolerância com as diferenças e com os que Engelhardt <sup>74</sup> chama de estranhos morais, indivíduos com moralidades particulares diferentes.

Outro aspecto relevante a ser considerado é que existem pacientes que são incapazes de consentir autonomamente; no entanto, essa incapacidade de consentir pode ser, segundo a DUBDH <sup>82</sup>, graduada e relativizada. Sujeitos incapazes de consentir autonomamente, como deficientes mentais institucionalizados, embora não sejam capazes decidir sobre aspectos maiores concernentes à sua sobrevivência, como qual carreira profissional seguir, podem tomar decisões autônomas quanto a questões menores como o cardápio do almoço ou qual familiar ou amigo quer próximo a si no momento de doença.

Definir se uma pessoa é ou não competente é uma situação imprecisa. A definição de competência, grosso modo, é a habilidade de executar uma tarefa. Particularidades não são consideradas nessa definição. Ninguém é inteiramente competente ou absolutamente incompetente; a competência pode variar conforme a atividade que se solicite ou ainda durante o decorrer do tempo <sup>82</sup>. Um paciente pode ter competência para definir se quer ser submetido a uma RCP, e pode não ter competência para definir que classe de antibióticos quer usar.

A DUBDH <sup>82</sup>, em seu sétimo artigo, estuda o caso das pessoas sem a capacidade de dar seu consentimento esclarecido. Desde a década de 1970, esse tema vem sendo debatido na literatura biomédica <sup>83</sup>. Pacientes com

déficits intelectuais que os incapacitem de tomar decisões quanto aos cuidados de saúde a eles oferecidos, podem delegar essa responsabilidade a representantes legais que agirão em seu interesse.

A incapacidade temporária em pacientes previamente capazes e a extensão de poderes transferidos a esses representantes legais, bem como a abordagem que a equipe de saúde deve utilizar para discutir o caso do doente com esses representantes também são objeto de estudos <sup>59,84</sup>.

A fim de facilitar a classificação de um sujeito na categoria dos incompetentes para tomada de decisão quanto aos cuidados de saúde a serem oferecidos, pode-se considerar os três seguintes tipos de habilidade: habilidade de declarar a sua preferência, entendimento das informações adquiridas e apreciação da situação e, por último, habilidade de usar a razão e prever consequências de suas decisões <sup>82</sup>.

Segundo a DUBDH <sup>82</sup>, considera-se um paciente incompetente quando ele falha quanto ao primeiro tipo de habilidade e é incapaz de se expressar ou de comunicar as suas preferências; quando falha quanto ao segundo tipo de habilidade e é incapaz de entender uma determinada situação e suas consequências ou é incapaz de entender as informações a ele transmitidas pela equipe de saúde; e quando falha quanto ao terceiro tipo de habilidade e não é capaz de avaliar a relação de risco-benefício da situação posta, nem de usar a razão para decidir.

Após análise do assunto, percebe-se que a autonomia, no que concerne à tomada de decisão não é tão simples como se desenhou nos parágrafos anteriores. Indivíduos competentes cognitiva e emocionalmente podem, em situações específicas como depressão ou outra doença temporariamente incapacitante como uma pneumonia severa, com diminuição do nível de consciência, tornarem-se incapazes de decisões que respeitem as três premissas citadas acima.

## 2.6. EUTANÁSIA E A BOA MORTE

Batista <sup>85</sup> afirma que a eutanásia é uma palavra de origem grega que significa boa morte. Ainda segundo Batista <sup>85</sup>, essa palavra foi usada pela primeira vez por Suetônio, no século II d.C. enquanto descrevia o processo de morte suave do imperador romano Augusto: "*A morte que o destino lhe concedeu foi suave, tal qual sempre desejava: pois todas as vezes que ouvia dizer que alguém morrera rápido e sem dor, desejava para si e para os seus igual eutanásia*".

A eutanásia, segundo Pessini <sup>86</sup>, também pode ser entendida como a abreviação de vida ou do processo de morrer, ou seja, medidas que ativamente tirem a vida de um paciente, trazendo-lhe a já citada boa morte.

Para Beauchamp e Childress <sup>35</sup>, há três formas de abreviar o momento da morte conforme o ato da eutanásia em si: a *eutanásia ativa*, um ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento para o paciente com finalidade humanitária; a *eutanásia passiva*, uma omissão em se iniciar uma ação de cuidados de saúde garantidora de sobrevivência do enfermo; e a *eutanásia de duplo efeito*, caso em que a morte é acelerada como consequência de ações de saúde que não visam diretamente o êxito letal mas o alívio do sofrimento do doente, no entanto, têm como consequência esse êxito letal.

Nunes <sup>87</sup> destaca a diferença entre suspensão (*withdraw*) e abstenção (*withhold*) do tratamento conferido ao doente terminal. Diferença essa que pode ser determinante no momento de decisão sobre os cuidados de fim de vida na UTI.

Nunes <sup>87</sup>, juntamente com Beauchamp e Childress <sup>35</sup>, ainda aborda as questões de intencionalidade, entendimento e ausência de influência externa nas decisões autônomas, conceitos como suspensão (*withdraw*) e abstenção (*withhold*) de tratamentos de saúde, matar e deixar morrer, e serve de base para a problematização dos conflitos éticos e bioéticos encontrados no contexto de tomada de decisão sobre cuidados de fim de vida na UTI .

## 2.7. DISTANÁSIA E O TRATAMENTO FÚTIL

Beauchamp e Childress<sup>35</sup> iniciam a discussão sobre tratamento fútil e obstinação terapêutica com uma diferenciação entre tratamento obrigatório e tratamento opcional e seguem com uma questão ética e bioética entre matar e deixar morrer. Em princípio, os autores consideram que quando há obrigação em tratar uma determinada doença, não tratar é errado; quando há obrigação em não tratar, tratar é errado; o problema surge quando o tratamento é opcional, nem requerido nem proibido.

Em seguida, os autores<sup>35</sup> abordam a distinção entre deixar morrer e matar. Eles sugerem que, enquanto suspender o tratamento ou deixar de iniciá-lo é deixar morrer, assistir à morte de um paciente terminal é matar. Entretanto, concluem que moralmente não há diferença entre matar e deixar o paciente morrer quando se trata dos cuidados fornecidos pela equipe de saúde. Enquanto matar é um ato positivo de terminar a vida biográfica de outra pessoa, deixar morrer é um ato negativo de não intervir para tentar remediar uma doença letal.

No entanto, caso a tecnologia médica seja inútil e esteja configurado um tratamento fútil ou ainda caso o paciente, ou seu responsável legal, tenha solicitado à equipe de saúde o não tratamento, deixar morrer, para esses autores<sup>35</sup>, pode ser aceitável.

No intuito de vencer a morte, aplica-se uma luta desenfreada contra os processos degenerativos relativos à ela com vistas à manutenção da vida a todo custo. Aqui, inserem-se os conceitos de obstinação terapêutica e tratamento fútil, que podem ser entendidos como as medidas clínicas e cirúrgicas de suporte à vida que visam à manutenção do processo vital mesmo que isso implique em um prolongamento da agonia e sofrimento do paciente terminal.

Obstinação terapêutica (*Acharnement thérapeutique*) foi uma expressão introduzida na linguagem médica francesa por Jean-Robert Debray nos anos

1950 e definida, segundo Pohier como "*O comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo que os efeitos do mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis*"<sup>88</sup>.

O Dr. A. Hellegers, um dos fundadores do instituto Kennedy de bioética sediado em Washington - Estados Unidos, afirma que "*perto do fim da vida, uma pretensa cura significa simplesmente a troca de uma maneira de morrer por outra*"<sup>86</sup>.

Batista e Schramm<sup>89</sup> escreve que nos mais distintos ambientes, a questão da morte e sua discussão são verdadeiros tabus em relação ao qual se adota uma atitude de esquiva. Schramm<sup>90</sup> continua afirmando que a repulsa ao tema parece estar ligada ao sentimento de angústia e desamparo diante da ideia de finitude e do incognoscível.

Machado<sup>91</sup> escreve que a medicina é uma das poucas práticas humanas que coloca o profissional diante de seus mais íntimos conflitos e que poucas são as atividades em que um indivíduo se encontra tão incisivamente sujeito às pressões e ao desgaste profissional.

Para Machado<sup>91</sup>, a morte não é uma doença e não deve ser tratada como tal; caso o médico considere a morte uma doença, irá procurar uma cura, uma forma de vencê-la: o clínico ou o cirurgião podem curar uma doença mortal, mas não uma existência mortal.

Pessini<sup>86</sup> defende que a distanásia, também conhecida como tratamento fútil, é o processo pelo qual se prolonga o processo de morrer, e não a vida propriamente dita, tendo como consequência uma morte prolongada e acompanhada de sofrimento, além do desrespeito à dignidade da pessoa humana.

Ainda segundo Pessini<sup>33</sup>, o termo distanásia foi proposto por Morcahe em 1904, no livro Nascimento e Morte, e que pode ser entendido como uma agonia prolongada que origina uma morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido. Hoje, o conceito pode ser alargado para pacientes que estejam sedados sobre um leito de UTI e que não se sabe até que ponto podem padecer dos males do corpo causados por essa obstinação terapêutica.

Moritz <sup>7</sup> afirma, com amplo respaldo científico, que as terapias mais reconhecidamente tidas como tratamento fútil são as drogas vasoativas e os métodos dialíticos <sup>92-100</sup>. Drogas vasoativas são aquelas que modificam a tonicidade dos vasos sanguíneos, aumentando ou reduzindo a pressão arterial, de acordo com as necessidades terapêuticas; métodos dialíticos são uma espécie de terapia de substituição renal, utilizadas para promover a filtração do sangue e a eliminação do volume intravascular em excesso quando há falência da função renal <sup>101</sup>.

Pellegrino <sup>14</sup> e Psirides <sup>83</sup>, ao discutir sobre cuidados paliativos e LET, demonstraram a aceitação crescente de que a retirada da ventilação mecânica possa fazer parte de ações paliativas nas UTIs. Dessa maneira, esses dois autores contribuem para a consolidação das condutas relacionadas aos cuidados paliativos, condutas que evitem o tratamento fútil e que respeitem a dignidade da pessoa humana.

Por fim, uma distinção quanto à forma como o profissional de saúde lida com a morte, proposta por Pessini <sup>33</sup>, se faz entre tanatólogos e tanatocratas. Tanatólogos são os profissionais que estudam a morte e o processo de morrer, e tanatocratas são os profissionais de saúde especializados em tratar doentes em fases terminais que os observam e com eles interagem puramente de uma maneira técnica e friamente distante.

## **2.8. ORTOTANÁSIA, DESOBTINAÇÃO TERAPÊUTICA E OUTROS CONCEITOS**

Pessini <sup>33</sup> define ortotanásia como uma palavra de origem grega que possui o prefixo *orto* (correto) e que propõe, portanto, uma morte digna, sem abreviações desnecessárias e sem sofrimentos adicionais, uma morte em seu tempo certo.

Ainda segundo Pessini <sup>33</sup>, entre os dois extremos, distanásia de um lado e eutanásia do outro, encontra-se a ortotanásia; que se presta a uma abordagem mais sensível do processo de humanização da morte, a um alívio

das dores. Uma abordagem que não incorre em prolongamentos abusivos da vida, com a aplicação de meios desproporcionados que imporiam nada mais do que sofrimento adicionais ao paciente terminal.

Essa abordagem, que não propõe o aumento do sofrimento desse paciente mas se compromete com sua morte digna, se coaduna com a preocupação com a humanização do atendimento de saúde e com a satisfação dos pacientes proposta por proposta por McDonagh <sup>102</sup>.

Além da preocupação com a humanização no atendimento à saúde, existe a preocupação com os custos relacionados a esse atendimento. Huynh <sup>103</sup> adverte que a redução desses custos tem impacto indireto na qualidade de atenção à saúde, à medida que, reduzindo-os, há uma espécie de superávit a ser utilizado em prol do paciente.

Para Kushner <sup>49</sup>, a comunicação entre paciente e equipe de saúde sobre as condições clínicas que limitam a vida e sobre a escolha do tratamento a ser oferecido nesse contexto não está associada ao aumento do estresse e dos conflitos, mas à redução dos custos com a saúde, à diminuição da utilização de tratamentos fúteis e à consequente melhoria da qualidade de vida desses doentes.

Ainda segundo Huynh <sup>103</sup>, o tratamento fútil, ou obstinação terapêutica, está associado ao atraso no cuidado dirigido a outros pacientes. Devido às limitações de ofertas de vagas em UTIs, Nelson <sup>104</sup> acredita que a decisão de iniciar tratamento fútil para um paciente terminal pode comprometer o acesso de outro paciente que também necessite de cuidados intensivos em uma UTI.

Durante o II Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul, ocorrido por ocasião do XV Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, em 2010, algumas diretrizes relacionadas a doentes terminais foram sugeridas <sup>105</sup>. Foi sugerida a divisão em três fases de assistência intensiva, de acordo com a gravidade e o grau de terminalidade do quadro clínico.

Na primeira fase, de morte pouco provável, ocorre uma condição clínica na qual a equipe percebe uma maior possibilidade para a recuperação do que

para o desfecho letal. Busca-se valorizar os conceitos de beneficência e de autonomia, em que a prioridade é o tratamento que busca o reestabelecimento da saúde do indivíduo <sup>105</sup>.

Na segunda fase, de morte prevista para dias, semanas ou meses, observa-se uma condição clínica de falta de respostas ou de respostas insuficientes aos recursos empregados, com uma crescente tendência ao desfecho letal. Nessa fase, busca-se o consenso entre equipe de saúde, paciente e família, e valoriza-se a qualidade de vida do doente; os cuidados que modifiquem a doença podem ser oferecidos quando julgados ordinários e proporcionais <sup>105</sup>.

Na terceira fase, de morte prevista para horas ou dias, verifica-se um quadro clínico no qual a equipe reconhece a irreversibilidade da doença e a morte iminente, aceitando o desfecho letal. Os cuidados de saúde introduzidos buscam a melhor qualidade de vida possível e o conforto do paciente e de seus familiares <sup>105</sup>.

Ações como essa, verificada nesse fórum, são de importância basilar na criação de protocolos e diretrizes que orientem os diversos profissionais que lidam com esse contexto de fim de vida em UTI; profissionais muitas vezes desamparados tanto por suas próprias classes, como pela norma legal vigente.

Deve-se ainda considerar as diferenças propostas por Pessini <sup>33,86</sup> entre vida biológica e vida biográfica; e entre sacralidade de vida e qualidade de vida.

A vida biológica é aquela que correspondente à natureza física do sujeito, enquanto a vida biográfica está relacionada à história da pessoa, a seus valores e suas opções de vida <sup>33</sup>. Nesse sentido a ortotanásia sugere que, a partir do fim da vida biográfica do sujeito, pode-se oferecer a ele e a seus familiares, uma cessação dos esforços fúteis afim de manter-lhe a vida biológica.

Ainda segundo Pessini <sup>33</sup>, a sacralidade da vida significa que a pessoa, independentemente de seu estado de saúde, tem valor e não deve ser usada como meio, mas como fim em si mesma; o discurso da qualidade de vida defende que o valor da vida humana é determinado em parte pela habilidade da pessoa realizar certos objetivos na vida e que quando essas capacidades não mais existem, a obrigação de prolongar a vida também se torna desnecessária.

Beauchamp e Childress <sup>35</sup> avançam um pouco mais quanto à discussão sobre a qualidade de vida. Eles acreditam que o balanço entre benefícios e danos que um determinado tratamento pode trazer, para um paciente em fim de vida por exemplo, deve seguir critérios muito bem delimitados para que se evite julgamentos arbitrários baseados nas preferências dos médicos ou no interesse social que o paciente possui. Eles reforçam a ideia que não se pode confundir qualidade de vida do doente com o valor que a vida do doente tem para outros.

Um último conceito a ser discutido é o da veracidade. Beauchamp e Childress <sup>35</sup> lembram que os códigos de ética médica tradicionalmente vêm dando pouca ou nenhuma notoriedade a esse conceito. Apesar dessa negligência, esse conceito é um dos mais valorizados dentro da prática de cuidados de saúde.

Como os outros princípios fundamentais da Bioética Principlalista <sup>35</sup>, a veracidade é uma obrigação *prima facie* e não absoluta. Alguns casos em que a equipe de saúde falta com a verdade, como naqueles em que o próprio paciente solicita não fazer parte das discussões sobre o seu caso e delega essa responsabilidade para terceiros, ou casos como os dos indivíduos incapazes de consentir, podem ter uma justificativa moral.

Além de estar relacionada com o respeito à autonomia, visto que essa depende do esclarecimento por meio de informações verídicas para uma tomada de decisão livre e esclarecida, a veracidade ainda tem sua obrigatoriedade assentada sobre três argumentos: deve-se ser verdadeiro com os outros por respeito ao próximo; deve-se respeitar a veracidade porque dela

dependem as relações de fidelidade e de contrato estabelecidas entre médicos e pacientes; e a confiança que a equipe de saúde conquista depende diretamente da veracidade de suas declarações.

## **2.9. REFERENCIAIS LEGAIS E NORMATIVOS**

### **2.9.1. Resolução CFM n. 1.805/06**

A resolução 1.805/06 do CFM <sup>16</sup> teve a sua importância ligada ao fato de ser um passo fundamental para introduzir o assunto da ortotanásia na discussão sobre cuidados de saúde. O CFM, dessa forma, expôs o tema para as sociedades médica e leiga.

Após sua publicação, essa resolução foi causa de intensos debates no meio jurídico. Esses debates culminaram com uma ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal contra o CFM, pleiteando a nulidade dessa resolução ou, alternativamente, a sua alteração a fim de que se definam critérios mais rígidos a serem seguidos pela equipe de saúde para a prática da ortotanásia <sup>106</sup>.

O CFM se defende informando que a resolução questionada não trata de eutanásia, mas de ortotanásia; que a ortotanásia, situação em que a morte é evento iminente e inevitável, está ligada a um movimento corrente na comunidade médica mundial denominado Medicina Paliativa, que representa uma possibilidade de dar conforto ao paciente terminal; que a ortotanásia não é considerada crime no Brasil; e que o direito à boa morte, à morte digna, é decorrência do princípio da dignidade da pessoa humana, consubstanciando um direito fundamental de aplicação imediata <sup>106</sup>.

O poder judiciário, representado na 14ª Vara/DF, em 01/12/2010, profere a sentença em que julga improcedente a solicitação do Ministério Público Federal. Decidiu-se que, a propósito do tema veiculado nessa ação civil pública, a qual regulamenta a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, não há desacordo com o ordenamento jurídico vigente <sup>106</sup>.

Fica claro, então, que obstinação terapêutica e tratamento fútil, bem como desobstinação terapêutica e ortotanásia passaram a ser tema mais debatido na sociedade. Equipe de saúde, comunidade científica e população leiga passam, assim a ter maior poder de argumentação e de decisão, além de maior respaldo legal, diante de um assunto tão importante para a saúde como a ortotanásia.

### **2.9.2. Resolução CFM n. 1.931/09**

A resolução 1.931/09 do CFM <sup>107</sup> aprovou o novo Código de Ética Médica, vigente até os dias atuais. A esse último código, foram incorporadas novas sugestões à classe médica e à sociedade civil que contemplam o diálogo sobre assuntos que antes recebiam pouca atenção.

A disposição XXII do capítulo I, que trata dos princípios fundamentais, sugere que, nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção os cuidados paliativos apropriados <sup>108</sup>.

No artigo 41 do capítulo V, que trata da relação com pacientes e familiares, o Código de Ética Médica declara que está vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. No parágrafo único desse artigo, há a ressalva de que, nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou a de seu representante legal <sup>108</sup>.

Ainda no capítulo V, consta no o artigo 22 que é vedado ao médico deixar de obter o consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal após esclarecimento sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte <sup>108</sup>. Dessa forma, segundo o CFM, nos casos de emergência médica, em que o paciente tem sua integridade física gravemente atingida, causando-lhe o risco de morte iminente, a equipe de saúde pode, na

ausência de diretrizes antecipadas expressas ou de representantes legais presentes, agir sem o consentimento do paciente.

Temas como ortotanásia, obstinação terapêutica, cuidados paliativos e consentimento informado passaram à pauta de discussão dos profissionais de saúde com o devido embasamento sobre um código de ética. Equipe de saúde e sociedade tornam-se, assim, mais instruídas sobre seus deveres e seus direitos; mais capazes de tomar uma decisão esclarecida e autônoma sobre os cuidados de fim de vida.

Para Messer <sup>109</sup>, essa ação autônoma, expressa pelo consentimento livre e esclarecido dos pacientes, exige uma explicação sobre o que é motivo de aprovação; ou seja, o paciente deve receber todas as informações necessárias sobre sua condição de saúde e sobre as possíveis condutas terapêuticas a serem seguidas para, então, poder tomar uma decisão verdadeiramente autônoma sobre os cuidados de saúde que deseja receber.

Já para Beauchamp e Childress <sup>35</sup>, o ato genuinamente autônomo exige três condições predeterminadas para ser considerado como tal: intencionalidade, entendimento e ausências de coerção.

No campo de estudo dessa pesquisa, a tomada de decisão dos pacientes, ou de seus responsáveis legais, quanto às condutas de LET e cuidados paliativos a serem definidas deveriam respeitar essas três premissas: e decisão de manter ou interromper o tratamento que mantém artificialmente a vida deveria ser intencional por parte do paciente, deveria ser bem entendida após o esclarecimento atencioso e contextualizado por parte da equipe de saúde e sem influências coercitivas dos médicos ou de qualquer outro membro da equipe de saúde.

A primeira das três condições não pode ser relativizada, não se pode ter mais ou menos intencionalidade, ou se tem ou não se tem; as outras duas condições, ao contrário, podem ser graduadas em maior ou menor grau de entendimento e coerção a depender da capacidade intelectual do sujeito e das influências que o cercam <sup>35</sup>.

Para esses autores <sup>35</sup>, uma ação pode ser entendida como autônoma desde que seja intencional e que tenha um grau de entendimento razoável e seja livre de coerção; não é necessário total entendimento e completa ausência de influências, situação hipotética e impraticável na realidade social.

Os conceitos de não-maleficência e beneficência apresentados por Beauchamp e Childress <sup>35</sup>, no entanto, podem ser, à primeira vista, confundidos como um só princípio; a diferença entre ambos os conceitos, entretanto, é notável.

Segundo esses autores <sup>35</sup>, o primeiro se trata de um princípio negativo, ao orientar a não causar dano ao outro na medida em que, intencional e passivamente, se evita ações que possam prejudicá-lo. O segundo diz respeito a um princípio positivo de promover o bem, de remover o que possa causar dano, de ativamente agir para o bem do outro.

Ambos, beneficência e não-maleficência, embora possam buscar o interesse do paciente, podem também causar-lhe danos morais na medida em que podem entrar em conflito com sua autonomia.

Outro conceito de importância para essa pesquisa foi o de vulnerabilidade. Ao tratar do tema, a Bioética Principlista <sup>35</sup> aborda os economicamente desfavorecidos e os mentalmente incapazes, além dos indivíduos em extremos de idade como crianças e idosos. Segundo os autores <sup>35</sup>, a vulnerabilidade está relacionada à susceptibilidade de uma pessoa a fatores internos ou externos, à indução ou coerção que podem levar a danos, perdas ou indignidade.

A bioética desenvolvida na América Latina possui uma abordagem conceitual mais ampla quanto aos sujeitos vulneráveis e vulnerados. Uma vertente dessa bioética latino-americana é a Bioética de Proteção <sup>57,58</sup>, desenvolvida por Schramm e Kotow, que se detém mais pormenorizadamente à questão dos sujeitos vulnerados.

Schramm <sup>57,58</sup> faz uma distinção entre vulnerável e vulnerado. Para ele, vulnerável é uma condição intrínseca do ser humano, todos somos vulneráveis

a doenças, maus tratos, desastres naturais, e uma série de eventos que ameaçam a nossa existência; já vulnerado é uma condição que atinge aqueles sujeitos que têm pouca ou nenhuma forma de se defender desses eventos adversos, como alguns idosos e crianças, indivíduos abaixo do nível da pobreza, analfabetos, analfabetos funcionais e deficientes mentais <sup>57,58</sup>.

Há uma noção de grupo vulnerado, que surgiu entre as décadas de 1970 e 1990 na Bioética Principlista <sup>35</sup>; essa noção vem ampliando, ao longo dos anos, o seu escopo de vulnerabilidades e vem se aproximando do que se pratica na bioética praticada na América latina <sup>57,58,78-81</sup>.

Essa Bioética que se pratica na América Latina, notadamente a Bioética da Proteção, estudada por Schramm <sup>57,58</sup>, considera grupos vulnerados, além do que foi inicialmente citado, pessoas com pouca ou nenhuma educação formal, pessoas com recursos escassos e mesmo nações inteiras que têm seus direitos básicos subtraídos e são expostos à exploração nos mais diferentes níveis sociais e econômicos.

Mesmo após essa ampliação conceitual, a bioética estadunidense não aborda questões como condição racial, localização regional dentro de uma mesma nação, situação prisional, referenciais religiosos alternativos ao cristianismo, condição sexual, deficiência física, doenças estigmatizantes como a AIDS e muitos aspectos que podem conduzir indivíduos a condições vulneráveis dentro da sociedade <sup>57,58,78-81</sup>.

### **2.9.3. Resolução CFM n. 1.995/12**

Historicamente, a evolução dos conceitos apresentados sobre medidas e cuidados em fim de vida vêm evoluindo desde o *California Natural Death Act* de 1976, que legalizou o testamento vital (*living will*) no estado norteamericano da Califórnia e serviu de base para que, posteriormente, outras unidades federadas dos Estados Unidos, além de outros países europeus seguissem o seu exemplo <sup>110</sup>.

Em seguida, surgiram a Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos de da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina <sup>111</sup>, a Resolução 1.805/06 do Conselho Federal de Medicina sobre ortotanásia <sup>16</sup> o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM 1.931/09 <sup>107</sup> e finalmente a resolução CFM 1.995/12 <sup>112</sup> que foi criada com a finalidade de estabelecer critérios para que o paciente possa definir, com o seu médico, os limites terapêuticos, ou diretrizes antecipadas, na fase final de sua vida.

Segundo matéria extraída do Jornal do Conselho Federal de Medicina de setembro de 2012 <sup>112</sup>, a resolução CFM 1.995/12 que institui o chamado testamento vital - já lei positivada em países como Espanha, Alemanha, Argentina, Estados Unidos e Japão - foi considerada histórica no Brasil. Essa matéria conclui-se com a afirmação que "*O pilar da diretriz é o reforço da autonomia do paciente*".

A discussão a respeito de distanásia, eutanásia, ortotanásia e mistanásia parece estar chegando a um consenso razoável entre a sociedade secular e a Igreja. A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, CNBB, manifestou a sua aprovação à resolução CFM 1.995/12 em entrevista ao jornal Medicina e também publicada, em parte, na edição de setembro do Jornal do CFM <sup>112</sup>.

Em consonância com a opinião da CNBB está Pessini <sup>86</sup>. Ele afirma que as UTIs são "*modernas catedrais do sofrimento*" e que "*a morte não é uma doença e não deve ser tratada como tal. Vendo-se a morte como doença, é preciso encontrar a cura; facilmente, nessa perspectiva, se esquece que podemos ser curados de uma doença mortal, mas não de uma existência mortal*" <sup>86</sup>.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Analisar, à luz da bioética, a qualidade da comunicação entre o médico intensivista e o paciente, ou o seu representante legal, no contexto de limitações dos esforços terapêuticos e cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar criticamente, sob a ótica dos médicos entrevistados, os elementos de conflitos vivenciados por eles nesse contexto;
- Propor uma linha de ação para resolver o problema bioético da falta de qualidade da comunicação entre médicos e pacientes apresentada nesse contexto.

#### 4. MATERIAL E MÉTODOS

Segundo Gil <sup>113</sup>, as pesquisas exploratórias têm o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, com a finalidade de torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses baseadas nele.

Foi realizada uma pesquisa empírica qualitativa com incursão em campo e pesquisa documental. A amostragem foi de conveniência e tanto médicos que trabalham em UTIs públicas, como os que atuam em UTIs privadas no DF foram selecionados. Um questionário semiestruturado, elaborado pelo pesquisador e que se encontra no *Apêndice A* dessa dissertação, foi utilizado para orientar a entrevista e conhecer o comportamento dos médicos intensivistas frente ao contexto de decisão quanto aos cuidados paliativos com o paciente terminal em UTI.

Foram entrevistados, durante os anos de 2013 e 2014, vinte médicos (n = 20) que trabalham em UTIs privadas e em UTIs públicas do DF. Médicos que trabalham nos seguintes hospitais participaram da pesquisa: Hospital Brasília, Hospital HOME, Hospital Santa Helena, Hospital Santa Lúcia, Hospital Santa Marta, Hospital de Base do DF, Hospital Regional Asa Norte, Hospital Universitário de Brasília, Hospital Regional Ceilândia, Hospital Regional de Taguatinga e Hospital Regional de Santa Maria.

Outros hospitais públicos e privados foram visitados, mas os médicos intensivistas não se mostraram interessados em participar da pesquisa e reponder o questionário apresentado no *Apêndice A* dessa dissertação.

A etapa de pesquisa documental consistiu na investigação de documentos ainda não tratados analiticamente, como as resoluções do CFM que tratam do tema em estudo; são elas as resoluções CFM n. 1.805/06, CFM n. 1.931/09 e CFM n. 1.995/12.

Artigos relacionados a cuidados de fim de vida em UTI, cuidados paliativos, limitação de esforços terapêuticos, comunicação em UTI, comunicação de más notícias, tratamento fútil e ortotanásia foram extraídos de banco de dados científicos de sítios especializados, como Scielo, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde.

O método de análise utilizado foi o qualitativo com análise de conteúdo

das entrevistas. Segundo Bardin <sup>114</sup>, a análise de conteúdo consiste em “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens. ... A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)*”.

Dessa forma, o conceito que Bardin <sup>114</sup> confere à análise de conteúdo se coaduna com o conceito que Gil <sup>113</sup> apresenta sobre pesquisa exploratória, resultando um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados, ou seja, compreender criticamente o sentido das comunicações coletadas, entender o seu conteúdo explícito ou oculto, com a finalidade de torná-lo mais claro para que se possa construir hipóteses sobre ele.

O método de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre <sup>115</sup>, por meio do software Qualiquantisoft, foi utilizado como ferramenta para organização das respostas obtidas.

A pesquisa foi desenvolvida em três fases:

- Primeira fase de pré-análise: fase de organização em que foi feito, nos anos de 2013 e 2014, o embasamento teórico e as entrevistas nas UTIs das unidades de saúde públicas e privadas.
- Segunda fase de exploração do material: recorte e classificação, no ano de 2014, do que foi colhido, dos discursos obtidos a partir das entrevistas com os médicos intensivistas.
- Terceira fase de interpretação dos dados: análise de conteúdo, nos anos de 2014 e 2015, dos dados obtidos por meio das entrevistas.

Por fim, foi realizado o confronto dos dados obtidos das entrevistas com as informações que fornecem os pressupostos teóricos à pesquisa.

Foram utilizados como critérios de inclusão: médicos que trabalham em UTIs no DF e que se disponham a responder o questionário em anexo; médicos com o mínimo de um ano de experiência de trabalho em UTI; médicos de qualquer especialidade que trabalham em UTI, não necessariamente intensivistas membros das associações e sociedades de terapia intensiva brasileiras.

Foram utilizados como critérios de exclusão: médicos que não trabalham regularmente nos serviços investigados e médicos com menos de um ano de experiência em UTI.

Foi elaborado, pelo autor dessa pesquisa e por seu orientador, um TCLE que foi apresentado e explicado detalhadamente a cada um dos entrevistados. Esse TCLE foi assinado por cada participante antes do início das entrevistas. No final dessa dissertação, no *Apêndice B*, pode-se verificar uma cópia desse TCLE.

A presente pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde da UnB, estando vinculada ao projeto Observatório de Doenças Raras, sob CAAE de número 16110413.6.0000.0030.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. Avaliação

A amostra consta, como pode ser visto no quadro abaixo, de vinte médicos intensivistas. Foram entrevistados profissionais de ambos os sexos, de diversas crenças religiosas e praticantes de outras especialidades médicas, além de terapia intensiva.

Médicos que trabalham em rede de saúde privada ou em redes públicas e privadas foram entrevistados. Nenhum dos médicos entrevistados trabalha exclusivamente em rede pública de saúde. Nem todos os médicos intensivistas abordados pelo pesquisador tiveram interesse ou disponibilidade em responder o questionário.

**Quadro 1. Características demográficas da amostra da pesquisa.**

Entrevistado	Sexo	Idade	Estado civil	Religião	Especialidades	Tempo de formado	Tempo de experiência em UTI
1	Masculino	38 anos	Solteiro	Espírita	Terapia Intensiva	10 anos	7 anos
2	Feminino	32 anos	Casada	Católica	Terapia Intensiva e Nutrologia	9 anos	6 anos
3	Masculino	29 anos	Solteiro	Agnóstico	Terapia Intensiva e Nefrologia	6 anos	2 anos
4	Masculino	38 anos	Casado	Hinduísta	Terapia Intensiva	12 anos	9 anos
5	Masculino	35 anos	Casado	Espírita	Terapia Intensiva	10 anos	10 anos
6	Masculino	51 anos	Casado	Baha'í	Terapia Intensiva	28 anos	22 anos
7	Masculino	43 anos	Casado	Católica	Terapia Intensiva e Pneumologia	18 anos	14 anos
8	Masculino	33 anos	Solteiro	Ateu	Terapia Intensiva e Nutrologia	9 anos	5 anos
9	Masculino	29	Solteiro	Agnóstico	Terapia Intensiva e	5 anos	2 anos

		anos			Nefrologia		
<b>10</b>	Masculino	27 anos	Solteiro	Agnóstico	Terapia Intensiva	2 anos	2 anos
<b>11</b>	Feminino	33 anos	Casada	Católica	Terapia Intensiva e Cardiologia	9 anos	7 anos
<b>12</b>	Feminino	27 anos	Casada	Católica	Terapia Intensiva e Hematologia	5 anos	3 anos
<b>13</b>	Masculino	42 anos	Casado	Católica	Terapia Intensiva e Cirurgia Cardíaca	19 anos	19 anos
<b>14</b>	Masculino	37 anos	Casado	Agnóstico	Terapia Intensiva	9 anos	7 anos
<b>15</b>	Feminino	34 anos	Casada	Espírita	Terapia Intensiva e Nutrologia	10 anos	7 anos
<b>16</b>	Feminino	32 anos	Divorciada	Evangélica	Terapia Intensiva	8 anos	5 anos
<b>17</b>	Masculino	42 anos	Casado	Católica	Terapia Intensiva	20 anos	13 anos
<b>18</b>	Masculino	37 anos	Casado	Espírita	Terapia Intensiva e Geriatria	15 anos	13 anos
<b>19</b>	Feminino	27 anos	Casada	Espírita	Terapia Intensiva e Cardiologia	3 anos	1 ano
<b>20</b>	Masculino	48 anos	Divorciado	Agnóstico	Terapia Intensiva e Cirurgia Cardíaca	26 anos	24 anos

Dos médicos intensivistas que se propuseram a responder o questionário, a maioria (n = 14) foi do sexo masculino; foram apenas seis médicas a participarem das entrevistas.

Quanto à idade, a maioria dos entrevistados (n = 15) se encontra na faixa etária de até quarenta anos de idade; foram cinco intensivistas na faixa etária entre vinte e cinco e trinta anos e dez profissionais na faixa entre 31 e 40

anos de idade. Quatro entrevistados encontram-se na faixa etária entre 41 e 50 anos e apenas um intensivista possui idade maior que 50 anos.

A idade dos entrevistados pode ter uma relação direta com o tempo de experiência que o médico possui em UTIs. Essa premissa pode não ser verdadeira em alguns casos; por exemplo, o médico com pouco tempo de formado que inicia sua carreira trabalhando em UTI pode ter mais tempo de experiência nessa área que o médico que, depois de muitos anos de formado, decide mudar de especialidade e começar a trabalhar em UTI.

Nessa pesquisa, no entanto, essa premissa se confirmou, ou seja, os entrevistados com maior tempo de conclusão do curso de graduação em medicina têm maior tempo de experiência em UTI.

No quesito referente ao estado civil do entrevistado, a maioria (n = 13) se encontra na categoria dos casados. Cinco médicos solteiros responderam o questionário e dois profissionais possuem situação civil de divorciados.

Dos entrevistados filiados a alguma religião, a maioria se declara católica (n = 6) e espírita (n = 5). Outras religiões professadas pelos participantes da pesquisa são a evangélica, a hinduísta e a baha'í, cada qual representada por um entrevistado. Dos participantes que não professam qualquer religião, um é ateu e cinco são agnósticos.

O tempo de formado, no curso de graduação em medicina, e o tempo de experiência em UTI podem ser classificados em quatro grupos: o primeiro, de um a dois anos; o segundo, de três a cinco anos; o terceiro, de seis a dez anos; o quarto, acima de dez anos.

Quanto ao tempo de formado, a maior parte dos profissionais entrevistados (n = 16) encontra-se entre o terceiro e o quarto grupos, ou seja, possuem mais de cinco anos de formado; nove médicos têm entre seis e dez anos de formado e sete, acima de dez anos de formado. Três entrevistados têm entre três e cinco anos de formado e apenas um profissional possui um ano de formado, limite para o critério de inclusão nessa pesquisa.

Já quanto ao tempo de experiência em UTI, a distribuição entre os grupos se deu de forma mais equânime. Quatro médicos, com tempo de experiência entre um e dois anos; três profissionais, entre três e cinco anos; nove médicos, entre seis e dez anos; quatro profissionais, acima de dez anos de experiência em UTI.

Nessa pesquisa, não se verificou influência do estado civil ou da religião na percepção dos entrevistados sobre sua conduta frente ao paciente terminal. Pode-se pensar que diferentes religiões enfrentem diversamente a aproximação com a morte, mas esse contexto não foi objeto de estudo dessa pesquisa; o que se buscou verificar foi como se dá a comunicação entre o médico intensivista e o paciente, ou o seu representante legal, no contexto de LET e cuidados paliativos em UTI.

No que diz respeito ao sexo e à religiosidade dos profissionais de saúde, Curlin <sup>116</sup>, obteve resultados diferentes dos observados na presente pesquisa. Ele observou que profissionais de saúde do sexo feminino são mais atentas ao suporte psicológico oferecido aos pacientes e que médicos religiosos estão menos dispostos a abreviar a vida de seus pacientes, promovendo a eutanásia ou a ortotanásia, que médicos não religiosos.

Os dados obtidos por Baume <sup>117</sup>, quase uma década antes da pesquisa de Curlin <sup>116</sup>, se coadunam com seus dados. Baume <sup>117</sup> observa que médicos agnósticos tanto receberam mais solicitações de abreviação da vida, como a desobstinação terapêutica, como põem em prática essas medidas.

Souza e Pessini <sup>118</sup> acreditam que *“A opção pela medicina transcende uma simples escolha, exige uma vocação direcionada fundamentalmente para o cuidar do outro”*. E Pessini <sup>119</sup> complementa dizendo que *“A espiritualidade é a dimensão que promove a abertura da consciência do significado da vida. É uma sensação de algo que nos transcende e que, portanto, dá um sentido àquilo que fazemos e que somos”*. Nesse sentido, a religião e a espiritualidade influenciam a consciência e, por consequência, o comportamento dos profissionais que cuidam da saúde das pessoas.

Apesar de não se tratar de um estudo estatístico de correlação, o tempo de formado exerceu alguma influência sobre as percepções que os médicos possuem sobre o fim da vida e da forma como eles a discutem com os pacientes terminais.

Os profissionais mais experientes possuem maior preocupação com os valores e as emoções dos seus pacientes, como pode ser verificado no discurso do entrevistado de número 18, referente à pergunta 6 ainda por ser apresentada mais adiante.

Esse entrevistado de número 18, que possui quinze anos de formado em medicina e treze anos de experiência em UTI relata, quando perguntado se utiliza algum protocolo de abordagem a pacientes ou a familiares de pacientes quanto à decisão de fim de vida na UTI: *“... É coletado da família qual a percepção que eles têm daquilo. Responder todas as dúvidas que eles têm. Entender qual o contexto social e religioso deles, o que influencia muito nas decisões que eles tomam. Entender o contexto financeiro e qual a representação que aquele familiar tem dentro do contexto familiar. Depois dessa situação, eu escolho uma forma melhor de tratar, normalmente envolvendo os valores que a família dá para aquela situação e para a proximidade da morte. Diariamente, vou introduzindo o assunto e perguntando o que é que está sendo discutido. Até o ponto em que ele possam discutir mais abertamente o que pode e o que não deve ser feito, ...”*.

Isso pode ser atribuído ao maior tempo que os profissionais mais experientes tiveram oportunidade de ter com esse tipo de paciente, bem como à maior maturidade pessoal, e profissional, que eles tendem a possuir.

No que diz respeito à maturidade pessoal e profissional que o profissional de saúde precisa ter para melhor atuar frente a pacientes que se encontram no contexto de fim de vida, ou seja, de proximidade com a morte, os estudos de Marta <sup>120</sup> e Coelho <sup>121</sup>, apresentados a seguir, podem contribuir para o esclarecimento do tema.

Segundo Marta <sup>120</sup>, “*existe uma ideologia, incorreta, segundo a qual durante os anos acadêmicos os discentes devem ser “protegidos” do desenvolvimento emocional que tal condição provoca, enfatizando-se, assim, somente procedimentos técnicos em detrimento da formação humana*”.

Já para Coelho <sup>121</sup>, “*a complexidade dos parâmetros relacionados à origem e permanência de processos mórbidos traz obstáculos de penosos equacionamentos, exigindo uma formação sólida e madura, capaz de considerar as possibilidades e os limites da prática específica*”.

Para esses autores acima citados <sup>120,121</sup>, tanto a pretendida proteção conferida aos estudantes de graduação em medicina contra as aflições do contato com pacientes terminais compromete sua relação com seus pacientes, como a falta de compreensão sobre a complexidade dos processos mórbidos desses pacientes pode apenas ser amenizada com uma maior maturidade dos profissionais de saúde que lidam com essa categoria de doente.

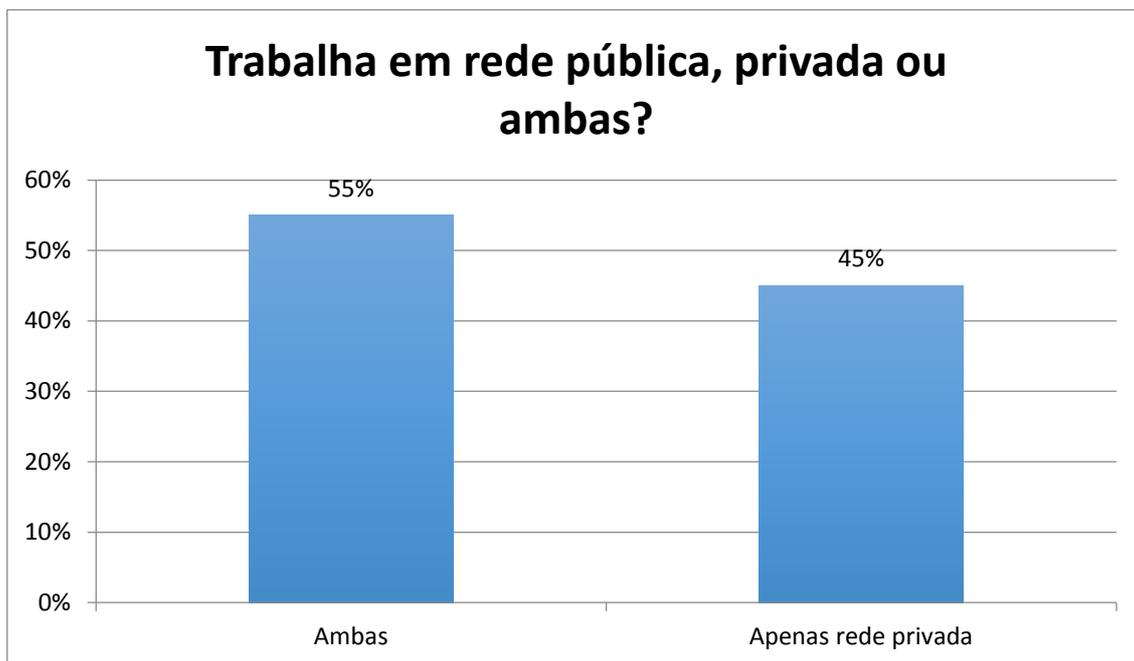
O último quesito referente às características demográficas da amostra pesquisada diz respeito à formação profissional do médico que trabalha nas UTIs avaliadas. O médico que trabalha em UTI possui formação em medicina intensiva, (também conhecida como terapia intensiva).

A maior parte dos médicos entrevistados (n = 12) possui outra formação médica, além de terapia intensiva. São elas: nutrologia, representada por três profissionais; cardiologia, dois entrevistados; nefrologia, dois profissionais; pneumologia, um médico; hematologia, um profissional; cirurgia cardíaca, dois médicos; geriatria, um entrevistado. Apenas oito dos profissionais avaliados possuem formação unicamente em terapia intensiva.

## **5.2. Pergunta 1: Trabalha em rede pública, privada ou ambas?**

Apenas nove dos vinte entrevistados trabalham exclusivamente em rede de saúde privada. A maioria dos profissionais (n = 11) tem vivência em ambas as redes de saúde, e percebem uma maior dificuldade de entendimento relativo

ao quadro clínico complexo que acomete paciente internados em UTIs. Nenhum profissional trabalha exclusivamente em rede pública de saúde.



**Figura 1. Trabalha em rede pública, privada ou ambas?**

Um ponto relevante a ser abordado é o perfil de ocupação dos leitos nas UTIs investigadas. Segundo Azoulay<sup>122</sup> e Burkle<sup>123</sup>, os pacientes oncológicos internados nas UTIs, por possuírem mais tempo de contato com sua doença e com sua equipe de saúde, enfrenta a situação de fim de vida de forma diferente do paciente cirúrgico não oncológico, que tem pouco tempo para aprender a lidar com esse contexto de saúde.

Nesse sentido, o conhecimento dos perfis das UTIs avaliadas poderia ser útil para avaliar as diferenças entre os pacientes nelas internados. UTIs de perfil oncológico poderiam conter pacientes mais bem preparados para seu fim de vida do que UTIs de perfil cirúrgico ou neurológico, por exemplo. A realidade das UTIs brasileiras, no entanto, não é compatível com esse grau de organização.

Como observado por minha própria experiência no campo de trabalho e por conversas com meus colegas intensivistas, a ocupação dos leitos de UTI,

tanto privadas como públicas, não respeitam as vagas a que são destinadas, ou seja, UTIs de perfil neurológico recebem pacientes de perfil cardiológico, UTIs destinadas a pacientes oncológicos recebem pacientes em pós-operatório de cirurgias eletivas não oncológicas, etc.

Dessa forma, a definição dos perfis de UTIs e, por consequência, dos pacientes que nelas estão internados, torna-se uma tarefa de difícil realização. Nem os hospitais privados nem os públicos, devido à carência de vagas nas UTIs <sup>103</sup>, respeitam as reservas de leitos destinados a determinado perfil de pacientes.

A ANS, agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil que regula o mercado de planos privados de saúde, publicou um documento referente à taxa de ocupação operacional em UTI adulto que, serve de orientação sobre os objetivos a serem alcançados no que se refere à ocupação dos leitos de UTIs <sup>124</sup>.

Segundo a ANVISA <sup>125</sup>, UTI adulto é aquela “destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição”.

Com base no documento da ANS <sup>124</sup> e no estudo de Gonçalves <sup>126</sup>, sugere-se manter uma taxa de ocupação entre 80% e 85%. Esses estudos, no entanto não fazem referência a perfis de ocupação. Não foi possível encontrar qualquer outro documento ou artigo científico que fornecesse uma diretriz referente a essa questão de perfil de ocupação em UTIs públicas ou privadas.

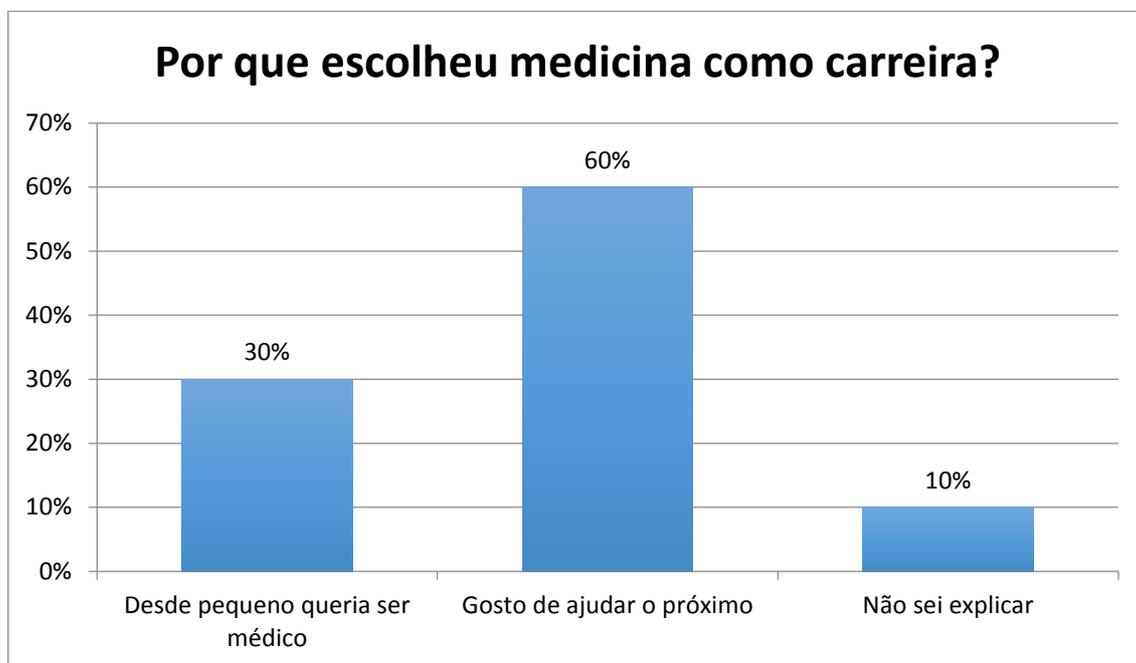
Os hospitais privados avaliados, por meio das entrevistas com os profissionais que trabalham em suas UTIs foram: Hospital Brasília, Hospital HOME, Hospital Santa Helena, Hospital Santa Lúcia e Hospital Santa Marta.

Os hospitais públicos estudados foram: Hospital de Base do DF, Hospital Regional Asa Norte, Hospital Universitário de Brasília, Hospital Regional Ceilândia, Hospital Regional de Taguatinga e Hospital Regional de Santa Maria.

Outros hospitais públicos e privados foram visitados, mas os médicos intensivistas não se mostraram disponíveis para responder o questionário e participar da pesquisa.

### 5.3. Pergunta 2: Por que escolheu medicina como carreira?

A maior parte dos entrevistados (n = 12) refere ter escolhido a carreira de medicina por altruísmo, ou seja, para poder ajudar o próximo (Figura 2). O seu DSC foi *“Gosto de me sentir útil, de ajudar as pessoas que sofrem e de poder contribuir para a sociedade”*.



**Figura 2. Porque escolheu medicina como carreira?**

Esses dados acima citados divergem dos dados colhidos por Ferreira<sup>127</sup> e por como Ramos<sup>128,129</sup>, que mostraram que o maior percentual dos entrevistados refere ter escolhido a carreira médica por identificação com a profissão (vocação, realização pessoal), em segundo lugar obteve-se, em ambos os estudos, a motivação pelo altruísmo, pela vontade de ajudar o próximo.

Ramos <sup>128</sup> avaliou alunos de uma instituição privada do Sul do Brasil e concluiu que vocação é a principal razão para a escolha da profissão médica. Dos 178 estudantes entrevistados, 45,5% selecionou vocação como motivo da opção pela Medicina, 24% dos alunos disse ter altruísmo como razão para escolha da profissão. Motivações por razões financeiras foram referidas por 14,5% dos alunos entrevistados. Nesse artigo <sup>128</sup>, 10% dos estudantes não souberam dizer a razão pela qual escolheram o curso de Medicina.

Ramos <sup>128</sup> ainda observou que 70% dos estudantes tomou a decisão durante a infância e adolescência. Apesar de quase 44% dos estudantes terem dito não terem sido influenciados na escolha pela profissão, pais e familiares foram citados como as principais figuras que influenciaram a decisão dos estudantes.

No presente estudo, seis médicos declararam ter escolhido essa carreira por influência da família, da escola, ou mesmo da sociedade, que valoriza positivamente essa carreira. Pode-se perceber a importância das influências externas nas decisões profissionais quando ao analisar algumas falas individualmente.

Um exemplo da influência familiar sobre a escolha pela carreira de medicina é o entrevistado número 19, que declarou “*Meu pai é médico e sempre me influenciou muito. Minha família, praticamente toda, é de médicos*”.

Outros exemplos de influência sobre as escolhas profissionais, dessa vez promovidas pelo ambiente acadêmico em que vivem, podem ser verificados com o relato dos entrevistados de número 9 e de número 15, que declararam respectivamente “*Eu estava em um meio em que muitas pessoas tentavam essa carreira e eu acabei indo para essa área também. Sempre gostei muito de ciências biológicas também*” e “*Eu fiz um teste vocacional no colégio e deu cinquenta por cento para a área de exatas e cinquenta por cento para a área biológica. Como eu era uma das melhores alunas da turma, a escola e minha mãe queriam que eu fizesse medicina*”.

Monteiro <sup>130</sup> acredita que “... os jovens escolhem a profissão médica por

uma série de determinantes pessoais e condicionantes externas bem distintas daquelas do passado... apesar do interesse de natureza filantrópica constituir um dos primeiros motivos da opção pelo curso de Medicina, concorrem em paralelo com este os interesses de natureza social e econômica, de que são exemplo o Prestígio Social e o Mercado de Trabalho”.

Para Patrício <sup>131</sup>, essas duas últimas motivações referidas por Monteiro <sup>130</sup> tendem a ser menores no início do curso e vão aumentando gradualmente ao longo da formação. Estudantes que se encontram nos últimos anos do curso de graduação em medicina começam a se preocupar com retorno financeiro e reconhecimento social.

Dois intensivistas não souberam explicar porque escolheram ser médicos. Isso pode ser claramente observado no discurso de número 7 e no de número 17, que declaram respectivamente “*Não faço ideia*” e “*Não sei*”.

Como observado acima, o desejo de contribuir para a organização social e de ajudar o próximo, notadamente o mais vulnerado por sua condição de saúde, parece ser o principal motivador da escolha dessa carreira por parte dos profissionais entrevistados. Carreira essa que lida diariamente com dramas humanos e com a morte, que põe os profissionais de saúde em contato direto com situações excepcionais de estresse fisiológico e psicológico.

Esse desejo de ajudar o próximo, declarado pela maioria dos médicos entrevistados (n = 12), pode trazer consigo um conflito entre os princípios fundamentais da Bioética Principlialista de Beauchamp e Childress <sup>35</sup>. O desejo de promover a beneficência e a não-maleficência para os pacientes, além da necessidade de preservar a sua autonomia e salvaguardar a justiça, pode ser uma tarefa difícil para os profissionais de saúde que lidam com pacientes terminais.

Os conceitos de não-maleficência e beneficência, como foi explicado anteriormente, podem ser confundidos como um só princípio; no entanto, enquanto o primeiro se trata de um princípio negativo, ao orientar a não causar dano à outra pessoa, o segundo diz respeito a um princípio positivo de

promover o bem, ou seja, de agir para promover o bem do outro <sup>35</sup>.

O quadro abaixo expõe os discursos relativos à segunda pergunta, obtidos pelo pesquisador durante a incursão em campo.

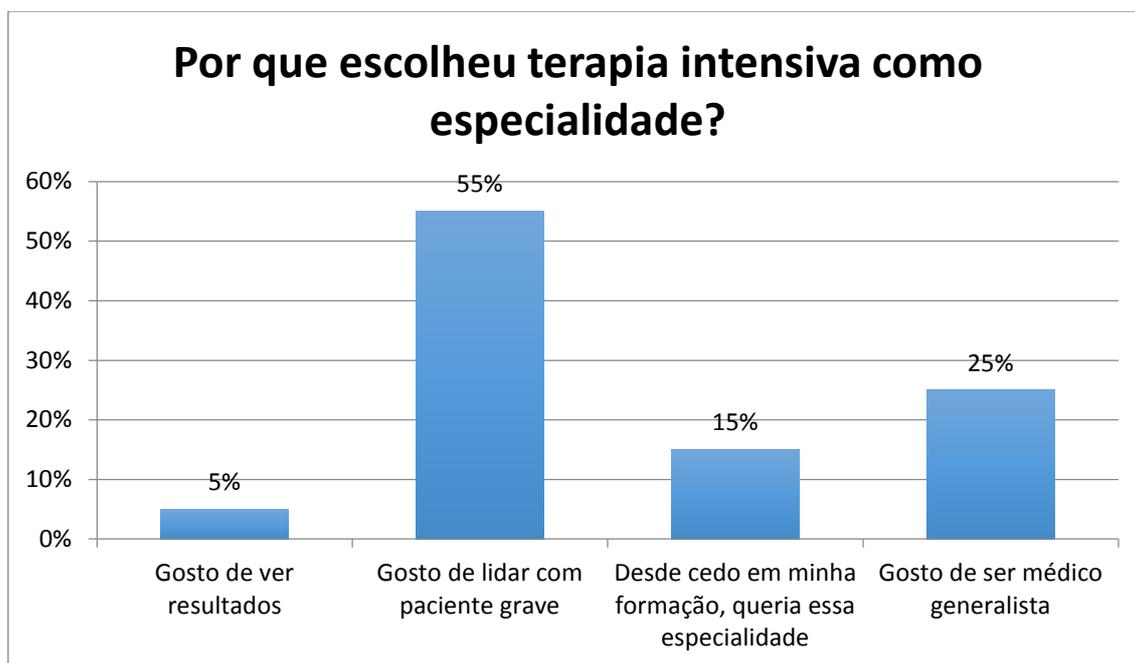
#### **Quadro 2. Por que escolheu medicina como carreira?**

<b>Paciente</b>	<b>Resposta</b>
1	Desde pequeno, eu queria ser médico.
2	Eu gostava muito de estudar biologia e tinha aquela coisa da medicina ajudar o próximo.
3	Gosto de cuidar de pacientes e é uma carreira interessante.
4	Sempre gostei de cuidar das pessoas.
5	Para tentar fazer o bem para a sociedade. É uma maneira de contribuir.
6	Gosto muito do aspecto de servir às pessoas e de dar soluções concretas para o sofrimento e a dor dos outros.
7	Não faço ideia.
8	Sempre gostei da área biológica. Meus pais eram médicos.
9	Eu estava em um meio em que muitas pessoas tentavam essa carreira e eu acabei indo para essa área também. Sempre gostei muito de ciências biológicas também.
10	Porque eu gosto de me sentir útil.
11	Eu nunca pensei em ser outra coisa.
12	Para tentar aliviar o sofrimento dos pacientes.
13	Por afinidade, por gostar da medicina e do ato de cuidar.
14	Para poder ajudar e tratar as pessoas.
15	Eu fiz um teste vocacional no colégio e deu cinquenta por cento para a área de exatas e cinquenta por cento para a área biológica. Como eu era uma das melhores alunas da turma, a escola e minha mãe queriam que eu fizesse medicina.
16	Porque eu sempre quis ajudar os outros.

17	Não sei.
18	Porque tinha vontade de ajudar as pessoas.
19	Meu pai é médico e sempre me influenciou muito. Minha família, praticamente toda, é de médicos.
20	Porque lida com a saúde das pessoas e tem um forte cunho científico. Talvez o fato de eu ter tido várias doenças quando criança tenha me empurrado para isso.

#### 5.4. Pergunta 3: Por que escolheu terapia intensiva como especialidade?

À pergunta “Por que escolheu terapia intensiva como especialidade?”, a maioria dos entrevistados (n = 11) respondeu com o seguinte DSC: “*Gosto do desafio de lidar com paciente grave*” (Figura 3).



**Figura 3. Porque escolheu terapia intensiva como especialidade?**

A amostra dessa pesquisa, constituída integralmente de médicos intensivistas, possui uma visão da medicina, e dos cuidados de saúde em geral, que difere dos médicos como uma categoria de classe.

Diversos estudos, como os que serão demonstrados nos próximos parágrafos, mostram que a vontade de lidar com paciente grave e de atuar como médico generalista, diferentemente do que foi observado com os entrevistados da presente pesquisa, não fazem parte das preferências dos estudantes de medicina nem dos médicos graduados.

Ribeiro <sup>132</sup>, com o respaldo científico de Morra <sup>133</sup>, Hauer <sup>134</sup>, Steinbrook <sup>135</sup>, Avgerinos <sup>136</sup>, Shadbolt <sup>137</sup>, Grover <sup>138</sup> e Senf <sup>139</sup>, afirma que *“Do mesmo modo, a escolha da especialidade médica tem sido objeto de estudo, chamando a atenção o fato de ser feita muito precocemente, ainda no início do curso. A pouca motivação para o exercício da medicina geral, da medicina de família e para as especialidades consideradas de atenção básica tem preocupado gestores em todo o mundo”*.

Em outro estudo de Ribeiro <sup>140</sup>, realizado em 2006 na Faculdade de Medicina da UFMG com 738 estudantes de vários períodos do curso de graduação em medicina, observou-se que apenas 15,4% dos estudantes gostariam de seguir carreiras relacionadas com a atenção básica, tendo se considerado nesta categoria a clínica médica, a pediatria e o médico generalista.

Ribeiro <sup>132</sup> ainda afirma que: *“Alia-se a isso a crença de que é mais fácil e menos trabalhoso se manter atualizado numa especialidade ou subespecialidade do que em medicina geral e a valorização da tecnologia, do domínio do especialista, que é muito forte e vinculada a maior poder, tanto entre os leigos quanto entre os próprios profissionais, e é percebida como capaz de gerar maior retorno financeiro”*.

Shadbolt <sup>137</sup>, por sua vez, reforça os achados de Ribeiro <sup>132,140</sup>, ao declarar que *“a progressão na carreira, a promoção e o reconhecimento de excelência são altamente valorizados pelos médicos e não são associados ao exercício da prática generalista”*.

Na presente pesquisa, cinco entrevistados referem ter escolhido a especialidade de terapia intensiva para continuar estudando e trabalhando

como médico generalista, visto que esse tipo de paciente, o paciente internado em uma UTI, é portador de desordens ou falências em múltiplos sistemas orgânicos.

Dessa forma, não basta ser especialista em cardiologia, se o médico não souber tratar uma infecção respiratória causada por bactéria multirresistente em um paciente com doença renal com insuficiência renal aguda dialítica; não basta ser especialista em pneumologia se o médico intensivista não souber manejar um acidente vascular cerebral em um paciente com doença coronariana.

Lidar com paciente grave e gostar de ser um médico generalista são duas faces da mesma moeda, ou seja, para conseguir tratar corretamente um paciente grave de UTI, o médico deve gostar de estudar e manejar várias áreas dentro da medicina.

Essas referências sobre a vontade de trabalhar com pacientes graves e de atuar como médico generalista, tratando de pacientes de maior complexidade clínica, podem ser verificados no discurso de número 19, que afirma *“Eu gosto de paciente grave; de saber lidar com paciente grave”*, no discurso de número 17, que declara *“Porque queria ser um médico generalista”* e, como elo de ligação entre essas duas falas, no discurso de número 6, que refere *“É uma área tecnicamente desafiadora e interessante, em que você atende às pessoas que têm necessidade de um conhecimento de alto nível”*.

Antes de dar prosseguimento ao texto, vale ressaltar que muitos intensivistas acumulam especialidades médicas; muitos, além de intensivistas, são também cardiologistas, anestesistas, nefrologistas, cirurgiões, dentre outras especialidades menos frequentes.

Três entrevistados referem ainda ter escolhido terapia intensiva desde cedo, durante a graduação em medicina, ou ainda durante a primeira de suas especialidades, como nefrologia ou cirurgia. Isso pode ser observado no discurso de número 9, que estabeleceu contato com a terapia intensiva durante sua formação como nefrologista e decidiu adota-la como uma de suas áreas de

trabalho; ele refere que *“Como estava fazendo nefrologia, tive muita vivência em UTI”*.

Outro exemplo de escolha da terapia intensiva como carreira durante a formação médica, que se deu mais precocemente que a do entrevistado de número 9, foi o caso da intensivista número 15, que declara *“Quando chegou no quarto anos do curso, quando começamos a ter contato com a clínica médica e como paciente, eu fui procurar estágio extracurricular em medicina intensiva. Eu fiquei um ano e meio nesse estágio. Foi aí que eu decidi fazer UTI”*.

Um entrevistado, o de número 20, refere ter decidido pela carreira de terapia intensiva, que evolui paralelamente à sua carreira de cirurgia cardíaca, *“Porque é algo que você vê mais efetividade naquilo que você faz, de forma mais imediata. É uma área bem dinâmica. A terapia intensiva acaba tratando de coisas muito graves, mas de uma forma mais organizada”*.

Todos os discursos que foram utilizados como exemplo nessa parte da discussão, bem como os discursos dos demais entrevistados, podem ser observados no quadro abaixo.

### **Quadro 3. Por que escolheu terapia intensiva como especialidade?**

<b>Paciente</b>	<b>Resposta</b>
<b>1</b>	Porque eu acho uma especialidade mais ativa; que você consegue manipular melhor o paciente e ver o resultado
<b>2</b>	Porque é um desafio, como ela te coloca em contato com o ser humano. Em contato com alguém que está sofrendo, com famílias que estão sofrendo. Isso é uma coisa com que eu gosto de trabalhar.
<b>3</b>	Porque eu gosto de paciente grave.
<b>4</b>	Por conta da intensidade no manejo com o paciente; diferente de medicina de consultório, que é uma coisa mais monótona.
<b>5</b>	Desde a graduação em medicina, eu gostei e resolvi seguir.
<b>6</b>	É uma área tecnicamente desafiadora e interessante, em que você atende às pessoas que têm necessidade de um conhecimento de alto nível.

7	Sempre gostei de paciente grave. É onde eu achava que poderia ser mais útil.
8	Porque sempre gostei de paciente grave.
9	Como estava fazendo nefrologia, tive muita vivência em UTI.
10	Porque eu gosto de paciente grave.
11	Porque eu gosto de cuidar de paciente crítico e grave.
12	Eu gosto de paciente grave, do limite entre a vida e fim da vida.
13	Terapia intensiva é a especialidade que nós mais nos sentimos médicos. É a área que mais me motiva por ter pacientes graves, que nós queremos salvar.
14	Pela complexidade da especialidade.
15	Quando chegou no quarto anos do curso, quando começamos a ter contato com a clínica médica e como paciente, eu fui procurar estágio extracurricular em medicina intensiva. Eu fiquei um ano e meio nesse estágio. Foi aí que eu decidi fazer UTI.
16	Porque eu me frustrei dentro da cirurgia e aí eu comecei a pensar em outras possibilidades. Sempre gostei mais de clínica do que a maioria dos cirurgiões. E passei por uma situação pessoal, em que meu pai ficou internado na UTI por 9 meses.
17	Porque queria ser um médico generalista.
18	Porque é uma das especialidades em que você continua sendo generalista.
19	Eu gosto de paciente grave; de saber lidar com paciente grave.
20	Porque é algo que você vê mais efetividade naquilo que você faz, de forma mais imediata. É uma área bem dinâmica. A terapia intensiva acaba tratando de coisas muito graves, mas de uma forma mais organizada.

**5.5. Pergunta 4: Você conhece algum protocolo de abordagem a pacientes ou a familiares de pacientes quanto à decisão de fim de vida na UTI publicado na literatura médica?**

Quando questionados sobre a existência de algum protocolo de

abordagem a pacientes ou a familiares de pacientes quanto à decisão de fim de vida na UTI publicado na literatura médica, todos os médicos intensivistas, como pode ser confirmado ao exame do quadro abaixo (*Quadro 4*), responderam que não.

Nesse contexto, as resoluções do CFM apresentadas previamente mostram seu valor social ao divulgar ao público leigo conceitos como *ortotanásia* e *diretrizes antecipadas*. Essa divulgação, ao aumentar o conhecimento da sociedade sobre esses temas, pode servir de incentivo à criação de protocolos e diretrizes de comunicação sobre cuidados de fim de vida.

As três resoluções apresentadas nos Pressupostos Teóricos contribuem de maneira importante para esse aumento do conhecimento da sociedade sobre o tema.

A resolução 1.805/06 do CFM <sup>16</sup> introduziu o assunto da ortotanásia na discussão sobre cuidados de saúde; expandindo, dessa forma, a divulgação do tema para outros profissionais de saúde e para o público leigo. Obstinação terapêutica e tratamento fútil, bem como desobstinação terapêutica e ortotanásia passaram a ser mais discutidos na sociedade.

A resolução 1.931/09 do CFM <sup>107</sup>, que aprovou o novo Código de Ética Médica, hoje vigente incorporou novas sugestões e novos princípios tanto à classe médica, como a disposição XXII do capítulo I recomenda que, nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção os cuidados paliativos apropriados <sup>107</sup>.

No artigo 22 do capítulo V, o CFM reforça a necessidade de comunicação entre equipe de saúde e paciente ao afirmar que é vedado ao médico deixar de obter o consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal após esclarecimento sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte <sup>108</sup>.

No que concerne ao consentimento expresso solicitado dos pacientes a que o capítulo V da resolução 1.931/09 do CFM <sup>107</sup> faz referência, um aspecto deve ser ressaltado: pude observar, ao longo dos anos que trabalho em UTI, que, à admissão do paciente nessa unidade, ele, ou seu representante legal, é solicitado a assinar um termo que autoriza a equipe de saúde a promover tratamentos invasivos, como intubação orotraqueal ou punção de acessos vasculares profundos, em casos de emergência médica, sem sua prévia autorização ou consentimento.

Essa situação se coaduna com o que Beauchamp e Childress <sup>35</sup> demonstram ao discutir as três exceções que conferem poder de ação ao profissional de saúde sem o prévio consentimento do paciente, ou seja: casos de emergência médica com risco de morte iminente; casos de incompetência absoluta do doente para tomar decisões; casos em que o paciente renuncia ao direito de tomar decisões o delega à equipe de saúde.

Já a resolução 1.995/12 do CFM <sup>112</sup> foi elaborada para conferir maior autonomia aos pacientes terminais; ela foi criada com a finalidade de estabelecer critérios para que o paciente possa definir os limites terapêuticos, ou diretrizes antecipadas, na fase final de sua vida.

**Quadro 4. Você conhece algum protocolo de abordagem a pacientes ou a familiares de pacientes quanto à decisão de fim de vida na UTI publicado na literatura médica?**

Paciente	Resposta
1	Não conheço.
2	Não.
3	Não.
4	Não.
5	Não. Só algumas recomendações da Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
6	Eu sei que tem, mas não tenho conhecimento de nenhum específico.

7	Sei que existe, mas não conheço detalhes.
8	Não.
9	Não.
10	Não.
11	Não.
12	Não.
13	Não.
14	Não.
15	Eu já li, mas não lembro o nome nem onde eu li.
16	Não.
17	Não.
18	Conheço o que é feito da compilação do protocolo do Hospital Sírio Libanês.
19	Não.
20	Não.

#### 5.6. Pergunta 5: A instituição em que você trabalha possui algum protocolo desse modelo?

Quando inquiridos sobre a existência de algum protocolo desse modelo na instituição em que trabalha, todos os médicos intensivistas, como pode ser observado no quadro abaixo (*Quadro 5*), responderam que não.

Na minha experiência pessoal, assim como nos estudos de Sanchez y Sanchez <sup>141</sup>, muitos médicos observam falhas em suas formações de graduação e afirmam que a terminalidade e temas correlatos não são abordados de forma adequada durante a sua graduação.

Segundo Siqueira <sup>142</sup>, visto que o curso de medicina se propõe a habilitar profissionais que terão contato com a morte em diferentes momentos

de sua prática, temas sobre morte, terminalidade, cuidados paliativos e bioética deveriam ser abordados desde a graduação.

Sanchez y Sanchez <sup>141</sup> ainda defende que “*Os cursos de medicina precisam, por outro lado, prover melhor qualificação desde a graduação, não somente com respeito às questões biomédicas relativas à terminalidade, mas também quanto aos aspectos psicossociais, à comunicação e ao relacionamento com as pessoas que necessitam de atenção e cuidados*”.

A falta de preparação para lidar com temas sobre terminalidade expõe esses profissionais de saúde a uma situação de desorientação quando precisam lidar com pacientes terminais e definir, com esses pacientes, os limites terapêuticos a serem oferecidos, como pode ser observado nos discursos referentes às perguntas 7 (Como você percebe a sua abordagem a esses pacientes e familiares?) e 8 (Como você percebe a abordagem de seus colegas nessa situação?), apresentadas mais adiante.

Mais uma vez, a criação de diretrizes e protocolos que orientem os profissionais de saúde na sua comunicação com pacientes terminais pode servir de auxílio para que esses profissionais supram, mesmo que parcialmente, essas carências presentes em seus cursos de graduação expostas tanto por Sanchez y Sanchez <sup>141</sup> como por Siqueira <sup>142</sup>.

**Quadro 5. A instituição em que você trabalha possui algum protocolo desse modelo?**

Paciente	Resposta
1	Não.
2	Não.
3	Não.
4	Não.
5	Não. Nem na rede pública, nem na rede privada.
6	Não.

7	Não.
8	Não.
9	Não.
10	Não.
11	Não.
12	Não.
13	Não.
14	Não.
15	Não.
16	Não.
17	Não.
18	Não.
19	Não.
20	Não.

### 5.7. Pergunta 6: Você utiliza algum protocolo desse modelo?

No entanto, quando questionados se eles mesmos utilizam algum protocolo nesse contexto, a maior parte dos médicos (n = 18) respondeu que não; mas dois médicos responderam com o seguinte DSC: *“Utilizo um protocolo próprio, desenvolvido a partir dos protocolos não específicos com que tive contato durante minha formação”*.

O entrevistado de número 2 referiu: *“Eu utilizo um protocolo de abordagem que aprendi na faculdade. Uma abordagem de como dar uma má notícia, mas não é feito para esse fim, eu que adaptei para esse”*.

Sabe-se que um exemplo de protocolo utilizado nas faculdades de medicina, assim como em outros cursos da área da saúde, é o acima discutido Protocolo Spikes <sup>59</sup>. Quando perguntado se foi esse o protocolo que ele

estudou durante seu curso de graduação, o entrevistado não pode confirmar, por não se lembrar precisamente do nome nem os critérios, ou passos, do protocolo estudado.

Já o entrevistado de número 18, um médico com 15 anos de formado e com 13 anos de experiência em UTI, mais tempo que o entrevistado de número 2, com 9 anos e 6 anos respectivamente, foi mais preciso em sua resposta. Ele declarou *“Eu uso uma adaptação própria. Ela consiste, primeiro, em abordar a família; passar, de uma forma mais objetiva, qual é o quadro. É coletado da família qual a percepção que eles têm daquilo. Responder todas as dúvidas que eles têm. Entender qual o contexto social e religioso deles, o que influencia muito nas decisões que eles tomam. Entender o contexto financeiro e qual a representação que aquele familiar tem dentro do contexto familiar. Depois dessa situação, eu escolho uma forma melhor de tratar, normalmente envolvendo os valores que a família dá para aquela situação e para a proximidade da morte. Diariamente, vou introduzindo o assunto e perguntando o que é que está sendo discutido. Até o ponto em que ele possam discutir mais abertamente o que pode e o que não deve ser feito, se vai ser colocado em cuidados paliativos ou se vai ter algum grau intermediário de ação”*.

A informação fornecida pelo médico de número 18 demonstra que existem alguns protocolos, ou diretrizes, direcionados a cuidados paliativos e comunicação de más notícias, como o previamente citado Protocolo Paciente, elaborado por Pereira <sup>62</sup> na Universidade Estadual de São Paulo, que podem servir de guia para os profissionais de saúde que atuam nesse contexto. No entanto, são diretrizes ainda restritas a serviços isolados e não difundidas nacionalmente com uma configuração protocolar.

Embora existam protocolos internacionais que orientem os profissionais de saúde a abordar o paciente terminal no momento da decisão de LET e de cuidados paliativos, como o Protocolo de Medicina Baseada em Preferências - elaborado por Quill e Holloway <sup>61</sup> - ou o Protocolo Spikes <sup>59</sup> - que trata de comunicação de más notícias, no Brasil, diretrizes desse modelo publicados na

literatura científica ainda não possuem um caráter protocolar nem uma abrangência nacional <sup>68</sup>.

Quill e Holloway <sup>61</sup> apresentam um protocolo sobre comunicação entre equipe de saúde e paciente que é, segundo seus próprios termos guiado pela “*medicina baseada em preferências*”, em detrimento de um protocolo antecessor, guiado pela “*medicina baseada em evidências*”.

Os autores do novo protocolo acima citado <sup>61</sup> afirmam que enquanto os médicos são “*experts nos parâmetros e conhecimentos clínicos e patológicos*”, os paciente e seus familiares são “*experts em suas preferências e valores*”.

Equipe de saúde, pacientes e familiares, ou representantes legais dos pacientes, podem integrar os seus valores e os seus saberes para alcançar uma decisão final o mais próxima possível de um consenso razoável e esclarecido sobre os cuidados paliativos e as LET a serem empregados ao paciente terminal.

A literatura médica oferece algumas orientações gerais sobre como organizar a comunicação de uma má notícia, tornando-a menos traumática para a equipe de saúde e direcionando a sua atenção aos cuidados com paciente <sup>143</sup>. No entanto, a maioria dos médicos, como afirma Baile <sup>144</sup>, utiliza sua experiência pessoal na prática clínica diária para decidir como se deve comunicar uma má notícia.

Lino <sup>59</sup> acredita que o resultado dessa comunicação desorganizada, sem uma orientação protocolar, e baseada nas experiências pessoais dos profissionais envolvidos, nem sempre é satisfatório.

O Protocolo Spikes <sup>59</sup> orienta uma forma de se fazer a comunicação de más notícias, tais como a condição de paciente terminal e a sugestão de LET e cuidados paliativos. Esse protocolo descreve seis passos para a organização desse processo de comunicação.

Como explicado anteriormente, o nome Spikes deriva das primeiras letras, em língua inglesa, das palavras que definem cada um desses seis passos: (*Setting up*), ou *preparando-se para o encontro*; (*Perception*), ou *percebendo o paciente*; (*Invitation*), ou *convidando para o diálogo*; (*Knowledge*), ou *transmitindo as informações*; (*Emotions*), ou *expressando emoções*; (*Strategy and Summary*), ou *resumindo e organizando estratégias* <sup>59</sup>.

Todos os discursos que foram utilizados nos parágrafos acima, juntamente com os discursos dos outros médicos que concordaram em participar da pesquisa, podem ser observados no quadro abaixo.

#### Quadro 6. Você utiliza algum protocolo desse modelo?

Paciente	Resposta
1	Não.
2	Eu utilizo um protocolo de abordagem que aprendi na faculdade. Uma abordagem de como dar uma má notícia, mas não é feito para esse fim, eu que adaptei para esse.
3	Não.
4	Não.
5	Não.
6	Não.
7	Não.
8	Não.
9	Não.
10	Não.
11	Não.
12	Não.
13	Não.
14	Não.
15	Não.
16	Não.
17	Não.
18	Eu uso uma adaptação própria. Ela consiste, primeiro, em abordar a família; passar, de uma forma mais objetiva, qual é o quadro. É coletado da família qual a percepção que eles têm daquilo.

	Responder todas as dúvidas que eles têm. Entender qual o contexto social e religioso deles, o que influencia muito nas decisões que eles tomam. Entender o contexto financeiro e qual a representação que aquele familiar tem dentro do contexto familiar. Depois dessa situação, eu escolho uma forma melhor de tratar, normalmente envolvendo os valores que a família dá para aquela situação e para a proximidade da morte. Diariamente, vou introduzindo o assunto e perguntando o que é que está sendo discutido. Até o ponto em que ele possam discutir mais abertamente o que pode e o que não deve ser feito, se vai ser colocado em cuidados paliativos ou se vai ter algum grau intermediário de ação.
<b>19</b>	Não.
<b>20</b>	Não.

O que se pode deduzir dessa etapa do questionário é que não existe, na literatura médica brasileira, protocolo difundido que seja direcionado para o diálogo que se dá entre equipe de saúde e paciente, ou seu representante legal, para definir os cuidados de fim de vida em UTI a serem empregados; um protocolo que oriente à obtenção do consentimento informado do paciente sobre os cuidados paliativos que receberá ou sobre as LET a que será submetido.

Jefford <sup>145</sup> investigou formas de melhorar a qualidade do documentos referentes a esse consentimento; Bjorn <sup>146</sup> e Silverman <sup>147</sup> alegam que esse processo de comunicação poderia respeitar mais a autonomia e as vulnerabilidades dos pacientes se o conteúdo transmitido fosse de mais fácil compreensão, contextualizado à linguagem dos sujeitos em questão, e os termos escritos fossem menos extensos.

Verheggen <sup>148</sup> e Morrow <sup>149</sup> sugerem que a compreensão do texto poderia ser incrementada se o tempo dedicado à sua leitura fosse mais adequado. Analogamente, pode-se deduzir que, caso mais tempo fosse dedicado à passagem das informações e à coleta das percepções e vontades dos pacientes e de seus representantes, melhor qualidade teria seu consentimento e reduzida estaria a distância estabelecida pelo poder simbólico pertinente à equipe de saúde nesse contexto.

O consentimento, segundo Heyland <sup>26</sup>, deve refletir uma concordância livre e autônoma de um indivíduo, um ato que materializa uma relação de confiança e de respeito entre a equipe de saúde e o paciente, ou seu representante. Sua razão de existência é a preservação da autonomia dos sujeitos envolvidos, é a salvaguarda de sua capacidade para tomar decisões de forma independente e esclarecida.

A bioética, sob o ponto de vista da Bioética Principlista de Engelhardt <sup>74</sup> defende, com expresso previamente, a autonomia do sujeito deve ser respeitada independentemente das interpretações particulares da vida boa desenvolvidas pelos profissionais de saúde. A sua atenção está dirigida ao indivíduo, ao paciente.

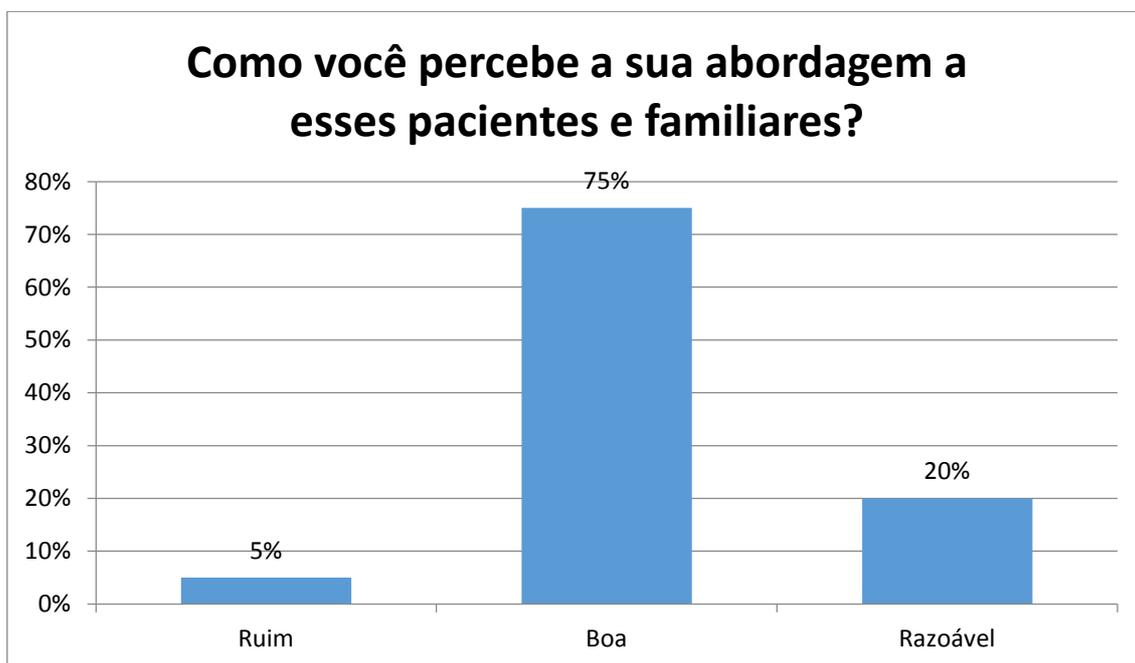
Ao contrário dessa visão proposta por Engelhardt <sup>74</sup>, a Bioética Chinesa, de forte influência confucionista, defende que à família cabe o maior encargo sobre as decisões de fim de vida do indivíduo <sup>150</sup>.

O paciente pode e, em alguns casos, deve ser informado quanto à sua condição de saúde, mas os seus familiares têm um papel preferencial na definição sobre o que se deve fazer, como que cuidados de fim de vida para o doente devem ser efetuados. Tal posição é defendida por Julia Tao, no livro *Bioética Global: O Colapso do Consenso*, organizado por Engelhardt <sup>150</sup>.

Findas as questões de contextualização e as questões objetivas, o questionário passou a abordar questões subjetivas; questões que tratam da percepção que os médicos têm de sua própria atuação no cenário da pesquisa, diálogo com pacientes e seus familiares no que tange os cuidados em fim de vida na UTI, e da sua impressão sobre a atuação de seus colegas nessa mesma situação.

### 5.8. Pergunta 7: Como você percebe a sua abordagem a esses pacientes e familiares?

À essa pergunta, 15 médicos referem ter uma boa atuação na abordagem a esses pacientes e familiares (Figura 4). Eles apresentaram o seguinte DSC: *“Abordagem boa. Tento ser o menos técnico e o mais humano possível. Levo em consideração as particularidades de cada paciente e familiar na hora de explicar a evolução do quadro e o prognóstico”*.



**Figura 4. Como você percebe a sua abordagem a esses pacientes e familiares?**

Como se pode observar, a maior parte dos médicos ( $n = 15$ ) acredita ter uma boa comunicação com seus pacientes, ou representantes legais, durante as discussões sobre os tratamentos de fim de vida a serem empregados na UTI.

O que permanece falha é a percepção, por parte dos médicos, de como os pacientes recebem e processam as informações passadas pela equipe de saúde e de como os médicos apreendem os valores e as emoções desses pacientes. Essa falha pode ser verificada pelo silêncio quanto a essa particularidade; nenhum dos entrevistados refere questionar o paciente se a explicação foi clara, se o paciente entendeu as informações transmitidas, se há

alguma dúvida restante e como o paciente se sente após receber essas informações, ou seja, nenhum médico solicita um *feedback* do paciente quanto às informações recém-transmitidas.

Uma das vantagens de se estabelecer um protocolo guiado a essa circunstância em particular é orientar o profissional de saúde, que discute o caso com o paciente ou seu familiar responsável, a solicitar um *feedback* por parte deste.

O médico, por exemplo, que informa sobre o quadro clínico evolutivo, discute o prognóstico e tenta definir, junto à família, os tratamentos a serem propostos a um paciente terminal, deve saber se a sua mensagem foi compreendida de forma clara e objetiva; pois apenas munidos de informação de boa qualidade é que pode um sujeito tomar uma decisão verdadeiramente autônoma.

Os estudos de Moritz <sup>22</sup>, no entanto, divergem da percepção dos médicos entrevistados na presente pesquisa. Ela pesquisou sobre as condutas médicas adotadas durante o fim da vida de pacientes que foram a óbito na unidade de terapia intensiva e nas enfermarias do hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e observou que “os *profissionais da saúde são capazes de reconhecer sintomas associados com a iminência da morte, na maioria dos pacientes. No entanto, frequentemente falham em abordar o tema com os doentes, negligenciando-lhes a prescrição para o adequado alívio dos sintomas*” <sup>22</sup>.

Dessa forma, Moritz <sup>22</sup> demonstra como ainda é falho o processo de comunicação entre equipe de saúde e paciente terminal. Essa constatação coaduna-se com o fato de que os pacientes estão tendo sua autonomia e seu direito de decisão, garantido pelo supracitado artigo 15 do Código Civil <sup>53</sup>, desrespeitados durante o fim de suas vidas nas UTIs.

O treinamento, por meio de programas de educação continuada, do médico intensivista e de toda a equipe de saúde que trabalha com doentes terminais, é de importância fundamental para a boa condução desses casos. A partir do momento em que o profissional de saúde adquire competência na

condução do tratamento do paciente crítico terminal, é possível organizar medidas proativas, como as LET, que permitam ao paciente uma morte digna 15,27,151,152.

Um fator relevante a ser mencionado é o relacionamento da equipe multiprofissional diante da morte e do morrer. Caso toda a equipe de saúde envolvida com os cuidados paliativos e com as LET não tiver o treinamento formal, caso não se sintam seguros para o enfrentamento da morte, e se não houver clareza quanto às condutas a serem tomadas nesse contexto, haverá conflitos de interesses e problemas de relacionamento e de comunicação<sup>39-41</sup>.

Discursos como o do entrevistado de número 15, que refere “*Eu tento deixar tudo o mais claro possível para a família. Eu tento fazer com que a família entenda o que está acontecendo, mas não é uma coisa muito sistematizada*”, demonstram que os médicos têm a intenção de transmitir as informações aos pacientes da melhor forma possível, mas não percebem a necessidade de solicitar o *feedback* desses doentes, o que torna o processo de comunicação incerto e, por consequência, afeta a autenticidade da tomada de decisão desses pacientes.

Ainda relativamente a essa pergunta, quatro profissionais consideram sua atuação razoável, apresentando o DSC “*Abordagem razoável, empírica e sem protocolo específico*”.

O entrevistado de número 14 refere “*Eu utilizo a experiência diária mesmo, com erros e acertos. Tentando abordar o familiar de uma forma mais coloquial e humanitária*” e o entrevistado de número 3 responde “*É uma abordagem totalmente empírica, não tenho nenhum protocolo de abordagem, nada específico*”; ambos demonstram utilizar sua experiência pessoal e profissional com o tema para transmitir as informações ao paciente e para discutir sobre os cuidados de fim de vida a serem oferecidos, ou seja, não usam protocolos ou diretrizes para organizar esse processo de comunicação.

Um intensivista considera sua abordagem ruim, referindo “*Minha abordagem é pequena nessas situações, o paciente tem uma certa dificuldade*”.

*de assimilar o que você fala. Acho que precisaria de uma equipe multidisciplinar”.*

Dois entrevistados, os de números 16 e 20, apresentaram respostas não concordantes com a pergunta proposta. O primeiro respondeu *“Eu acho que existem dois tipos de médicos dentro da UTI. Aqueles que não acreditam em cuidados paliativos e aqueles que entendem errado o que são cuidados paliativos. Alguns até entendem um pouco melhor, mas não sabem o que fazer com isso”* e o segundo afirmou *“Fiz um curso do Hospital Abert Einstein sobre isso, mas não existia nenhum tipo de protocolo”.*

O silêncio apresentado nesses dois casos, repostas dos intensivistas de números 16 e 20, demonstra como o tema “comunicação entre equipe de saúde e paciente” permanece um grande desafio na prática clínica; nem mesmo os profissionais de saúde têm conhecimento dessa lacuna em suas formações, como pode ser verificado nesses dois depoimentos.

Esses últimos parágrafos demonstram o desamparo em que muitos profissionais de saúde se encontram em momentos como o que essa pesquisa investigou. Equipes multidisciplinares, que envolvam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e advogados, podem conduzir a uma conduta mais esclarecida no que concerne aos cuidados de fim de vida.

Lino <sup>59</sup> reforça a percepção de que a falta de treinamento, por parte da equipe de saúde, quanto à comunicação de más notícias pode acarretar são inúmeras consequências adversas e que, portanto, “é importante valorizar o momento de transmitir informações ao paciente e se certificar de que este as compreendeu, assim como se mostrar disponível para esclarecer dúvidas”. Caprara <sup>153</sup> afirma que, em geral, esta é uma das principais reclamações dos pacientes.

Segundo Gilligan <sup>154</sup>, a comunicação é a principal ferramenta utilizada pelo profissional de saúde para estabelecer uma relação com seu paciente. Fallowfield <sup>155</sup> complementa que, dessa forma, a comunicação deve ser vista

como um núcleo de habilidades clínicas desses profissionais.

Zachariae <sup>156</sup> defende que a percepção do paciente sobre a boa comunicação com seus médicos, derivada do bom treinamento referente ao núcleo de habilidade clínica acima citado, está associada à melhor satisfação desse paciente com o atendimento a ele oferecido, bem como à redução de complicações no tratamento proposto.

Baile <sup>157</sup> adverte que os profissionais de saúde, notadamente os médicos, são, usualmente, mal treinados para estabelecer uma boa comunicação com seus pacientes; possuem pouca habilidade de comunicação. Isso, ainda segundo Baile <sup>157</sup>, contribui para aumentar a distância entre ambos e piorar o grau de satisfação dos pacientes com relação aos cuidados de saúde que recebem.

No que diz respeito à comunicação entre equipe de saúde e paciente, Baile <sup>158</sup> acredita que *“uma das tarefas mais difíceis é reagir às emoções dos pacientes. Muitas vezes, os médicos não são capazes de responder adequadamente aos sentimentos expressos pelo paciente ou até mesmo de identificá-los”*; e Leal <sup>159</sup> complementa referindo que *“emoções comuns, como medo ou desgosto, podem ser interpretadas como raiva contra o próprio médico”*.

O tópico qualidade de atendimento em saúde e satisfação relacionada a esse atendimento vem sendo incrementado às discussões que se inserem no âmbito de UTI e de fim de vida. Como qualquer outro serviço prestado à população, os tratamentos médicos, de enfermagem, fisioterápicos e psicológicos, bem como os suportes religioso e cultural, são alvo de debate e base para melhoria da qualidade de vida.

Tanto esses profissionais, como os pacientes e seus familiares, poderiam esclarecer suas dúvidas a respeito das ações a serem tomadas, dos tratamentos a serem empregados, dos cuidados legais a serem respeitados. Segundo Kushner <sup>49</sup>, esse maior esclarecimento a respeito de suas condições de saúde aumenta o grau de satisfação do paciente com relação aos cuidados

de saúde que recebe, bem como com relação à instituição em que se encontra.

No contexto de fim de vida em UTI, a coparticipação nas tomadas de decisão por parte dos pacientes e de seus familiares tem repercussão direta na qualidade de atendimento e no grau de satisfação com o serviço prestado; além disso, verifica-se menor quantidade de conflitos sociais em períodos de até 90 dias após o óbito do paciente <sup>49,102,122,123</sup>.

De acordo como depoimento do entrevistado de número 13, a abordagem ao paciente terminal em uma UTI *“Depende muito da relação construída com a família e de qual fim de vida que temos. Normalmente, o paciente em uma doença terminal, esse processo com a família acontece por mais tempo e nós conseguimos ter uma comunicação mais fácil. Nós temos que ter o lado humano e saber que o paciente tem o direito de morrer com a família, não morrer numa UTI, longe de todos”*.

Dessa forma, a coparticipação nas tomadas de decisão por parte dos pacientes que tanto melhora a qualidade do atendimento em saúde, depende da relação construída entre a equipe cuidadora e o doente, ou seja, da qualidade da comunicação e do tempo de contato que os profissionais de saúde tiveram com esse paciente.

Em seus estudos, Aitini <sup>160</sup> percebeu que a falha de comunicação entre médico e paciente gera, nesse paciente, erros na compreensão sobre o seu estado de saúde, o que aumenta a sua ansiedade. Ainda segundo Aitini <sup>160</sup>, alguns doentes se sentem extremamente angustiados e temem estar sendo enganados pela equipe que cuida de sua saúde.

O cuidado com a contextualização e com a transmissão das informações, por parte dos profissionais da saúde, pode reduzir essa ansiedade experimentada pelo paciente e referida por Aitini <sup>160</sup>. Esse cuidado pode ser verificado no depoimento do entrevistado de número 5, ao dizer que *“Temos sempre de entender o nível sociocultural familiar para saber qual o tipo de linguagem que vamos usar. Ao longo da internação do paciente, nós vamos conhecendo a família, nós vamos entendendo como abordar esse familiar, que*

*termos iremos usar; a melhor maneira é usar os termos menos técnicos possíveis”.*

O quadro que exposto abaixo expõe os discursos particularizados de cada um dos entrevistados que concordaram em participar dessa pesquisa. Discursos esses que serviram de base para esse trecho da discussão.

**Quadro 7. Como você percebe a sua abordagem a esses pacientes e familiares?**

<b>Paciente</b>	<b>Resposta</b>
<b>1</b>	Minha abordagem é pequena nessas situações, o paciente tem uma certa dificuldade de assimilar o que você fala. Acho que precisaria de uma equipe multidisciplinar.
<b>2</b>	Eu tento ser o mínimo técnica possível, o mais humana possível. O ideal é ter um ambiente propício para a conversa. Eu tento explicar tudo que está acontecendo. Mostrar que mesmo fazendo tudo ou não fazendo, o desfecho vai ser o mesmo. Só vai postergar a morte, não vai prolongar a vida.
<b>3</b>	É uma abordagem totalmente empírica, não tenho nenhum protocolo de abordagem, nada específico.
<b>4</b>	Eu entendo que a morte do corpo não é o fim de tudo, eu consigo passar para a família a notícia de uma maneira mais humanizada. Mas varia demais de uma pessoa para outra.
<b>5</b>	Temos sempre de entender o nível sociocultural familiar para saber qual o tipo de linguagem que vamos usar. Ao longo da internação do paciente, nós vamos conhecendo a família, nós vamos entendendo como abordar esse familiar, que termos iremos usar; a melhor maneira é usar os termos menos técnicos possíveis.
<b>6</b>	Temos que ver o contexto específico do problema e a maneira como a família e o paciente estão enfrentando isso; o nível de compreensão deles, o seu nível de educação e como eles estão enfrentando o problema, se é com negação, se é com resignação.
<b>7</b>	Eu considero que é uma abordagem adequada.
<b>8</b>	Eu tento explicar o máximo possível o que está acontecendo, de uma maneira mais humana possível. Geralmente, eu explico tudo que está acontecendo, como está evoluindo o quadro, qual o

	prognóstico do paciente e explico as possibilidades que podem ser tomadas para a família.
<b>9</b>	Eu acho que consigo abordar de uma maneira tranquila.
<b>10</b>	Eu acredito que consigo ter uma boa relação em explicar quando o paciente não tem mais condições da medicina intervir de modo que a expectativa de vida melhore um pouco.
<b>11</b>	Eu levo em conta a decisão do paciente; depois é que eu vejo a parte técnica. Mas eu acho que sempre temos de considerar o desejo do paciente.
<b>12</b>	Eu tento explicar para o paciente qual é a evolução natural da doença. Eu tento ponderar até que ponto vai o benefício de fazer alguma intervenção, até que ponto agente vai conseguir reverter aquilo.
<b>13</b>	Depende muito da relação construída com a família e de qual fim de vida que temos. Normalmente, o paciente em uma doença terminal, esse processo com a família acontece por mais tempo e nós conseguimos ter uma comunicação mais fácil. Nós temos que ter o lado humano e saber que o paciente tem o direito de morrer com a família, não morrer numa UTI, longe de todos.
<b>14</b>	Eu utilizo a experiência diária mesmo, com erros e acertos. Tentando abordar o familiar de uma forma mais coloquial e humanitária.
<b>15</b>	Eu tento deixar tudo o mais claro possível para a família. Eu tento fazer com que a família entenda o que está acontecendo, mas não é uma coisa muito sistematizada.
<b>16</b>	Eu acho que existem dois tipos de médicos dentro da UTI. Aqueles que não acreditam em cuidados paliativos e aqueles que entendem errado o que são cuidados paliativos. Alguns até entendem um pouco melhor, mas não sabem o que fazer com isso.
<b>17</b>	Boa. A postura vai ser individual na maior parte das vezes.
<b>18</b>	Funciona relativamente bem. Inclusive com relação ao aspecto religioso, porque abro mais as portas para o entendimento e a compreensão de que tem um peso muito forte o familiar acreditar ele não vai fazer nada, que vai deixar a pessoa morrer; esse é um dos pontos principais que eu procuro e tento desconstruir. O processo é lento e gradual.
<b>19</b>	Eu tento seguir uma sequência cronológica, explicando para a família como tudo começou, como que evoluiu, para mostrar, por meios técnicos e tudo mais, como que chegou nessa situação de

	fim de vida. Sempre tentando deixar o que é médico, o que é técnico, da maneira mais simples possível.
<b>20</b>	Fiz um curso do Hospital Abert Einstein sobre isso, mas não existia nenhum tipo de protocolo.

### **5.9. Pergunta 8: Como você percebe a abordagem de seus colegas nessa situação?**

À essa pergunta, 13 intensivistas percebem a abordagem de seus colegas, nesse contexto, como “razoável” e “bastante variável”, a depender de cada profissional que se encontra nessa situação, e apresentam o seguinte DSC: “Variável. Como não existe nenhum protocolo, a abordagem depende da experiência profissional e de como o médico vê e entende a vida”.

Dentre os entrevistados, cinco médicos percebem sua abordagem como sendo ruim, apresentando o DSC “Ruim, todos perdidos”, e dois intensivistas referem não saber como se dá a abordagem de seus colegas, por não a haver presenciado.

Mais uma vez, diante das respostas à essa segunda pergunta subjetiva, pode-se verificar a importância de um protocolo, ou diretriz, que oriente os profissionais de saúde nesse contexto. Termos como “variável” e “todos perdidos” fornecem evidências de que esses profissionais carecem de orientação para uma comunicação mais eficiente, no que diz respeito à transmissão das informações, e mais sensível às particularidades de seus pacientes.

Frases como “a abordagem depende da experiência profissional e de como o médico vê e entende a vida” demonstram a heterogeneidade de abordagens que esses profissionais praticam com seus pacientes. O ponto negativo dessa heterogeneidade é que o paciente fica sem saber o que pensar e, por consequência, como agir.

Se o médico da manhã informa que o quadro é terminal e que deve-se dispensar tratamentos fúteis, mas o médico da noite afirma, por falta de

experiência profissional ou por crença religiosa, que ainda há esperança de recuperação, o paciente não possui informações coerentes que o permitam tomar uma decisão equilibrada, ou seja, esclarecida e autônoma.

O que se busca com a proposta de protocolos não é a uniformidade de pensamentos, condição limitante da inteligência humana, mas sim a uniformidade na conduta frente a uma situação dramática como a de fim de uma vida humana na UTI. O paciente e seus familiares precisam ter confiança na coerência da equipe de saúde quanto aos cuidados a serem oferecidos ao doente terminal.

A resposta do entrevistado de número 18 reforça o que foi dito nos parágrafos anteriores ao afirmar que *“Nós temos o problema de não ter um protocolo único para o hospital, então cada pessoa tem uma abordagem diferente”*.

À luz da Bioética Principlista <sup>35</sup>, a existência de conflitos entre os seus princípios é particularmente evidente nas questões que envolvem autonomia, como é o caso o tema abordado por essa pesquisa.

A assimetria de conhecimento técnico sobre as patologias que afligem os pacientes, bem como sobre sua evolução clínica, verificada na relação entre paciente/familiares e profissionais de saúde pode inviabilizar o respeito à autonomia. Nesse caso, a beneficência pretendida pela equipe de saúde pode limitar as preferências e valores do enfermo e inviabilizar a aplicação do princípio da autonomia <sup>59</sup>.

Como visto anteriormente, a Bioética Principlista <sup>35</sup>, diante de casos tão complexos, em que a existência de conflitos entre os seus princípios fundamentais é posto em evidência, oferece limitações à solução dos problemas apresentados.

A autonomia dos pacientes e familiares, com suas visões particulares sobre o significado de vida boa, devem ter supremacia sobre a beneficência suposta pelos profissionais de saúde, com seus conhecimentos científicos e

suas próprias moralidades? Devem o médico e os demais cuidadores fazer prevalecer o princípio de beneficência em prol da manutenção de vida do paciente terminal, invalidando ou limitando as suas preferências e os seus valores particulares?

A bioética vem recebendo ampliações conceituais, como as já apresentadas críticas de Holm <sup>77</sup> á moralidade comum proposta pela Bioética Principlialista norteamericana, como os estudos de Schamm <sup>57,58</sup>, por meio da Bioética de Proteção, sobre sujeitos vulneráveis e vulnerados, e com as críticas de Garrafa <sup>78-81</sup>, por meio da Bioética de Intervenção e da sugestão dos “quatro Ps” que teriam uso na prevenção de agravos à saúde de um indivíduo ou de uma sociedade, na proteção dos excluídos sociais e dos desassistidos, na precaução frente ao desconhecido no campo científico e na prudência quanto ao uso das novas tecnologias em saúde

Outros tantos são os princípios que caracterizam a ampliação conceitual por que passou a bioética após a DUBDH <sup>82</sup> e que a bioética desenvolvida na América Latina traz à tona para incrementar as pesquisas teóricas e práticas desenvolvidas nesse campo de estudo da ética aplicada.

Essa ampliação se dá ao alargar o campo de discussão bioético para além da biomedicina e biotecnologia. Novas abordagens quanto à questões sociais, ambientais e sanitárias são reintroduzidas.

A partir dessa ampliação conceitual da bioética, pode-se encontrar um maior equilíbrio entre o conhecimento científico e o dever de beneficência dos profissionais de saúde, além do respeito à autonomia e às contingências dos pacientes e familiares expostos a uma situação tão vulnerabilizante quanto a terminalidade de vida dentro de uma UTI.

O quadro abaixo mostra as diversas respostas que os médicos entrevistados ofereceram à pergunta referente às suas percepções sobre a abordagem de seus colegas intensivistas no contexto de fim de vida em UTI.

**Quadro 8. Como você percebe a abordagem de seus colegas nessa situação?**

<b>Paciente</b>	<b>Resposta</b>
1	Também todo mundo meio perdido.
2	É muito variável. Não existe nenhum protocolo. Acho que quem trabalha mais com paciente em fim de vida tem uma sensibilidade maior para perceber as angústias da família.
3	Acredito que a mesma que a minha, nada é muito protocolado.
4	Isso varia demais. Eu acho que é muito de como a pessoa vê e entende a vida, do seu jeito de falar. Mas eu vejo que grande parte dos meus colegas não têm o jeito que vejo em mim mesmo.
5	É variável, mas há uma preocupação de tentar se comunicar melhor; uns com mais dificuldade, outros menos. Depende muito da afinidade que o médico tem com o assunto.
6	Boa parte dos colegas tem uma atuação razoável a boa. Nem todos têm conforto em lidar com isso. Alguns são mais empáticos e conseguem se colocar no lugar da família e do paciente. Outros fazem apenas uma descrição do que está acontecendo, de forma muito rápida.
7	É difícil dizer. Em geral, essas más notícias são dadas individualmente.
8	De uma maneira muito fria. Isso distancia a relação médico paciente.
9	As condutas são muito variáveis.
10	Dos colegas intensivistas, eu percebo uma abordagem similar à minha. Dos não-intensivistas, eu percebo uma abordagem muito aquém do desejado.
11	É confusa e divergente. Não existe uma abordagem homogênea, é muito individual de cada médico.
12	Na hematologia, eu vejo mais isso acontecendo. Na UTI, eu vejo o pessoal mais invasivo, vejo o pessoal levar a vida até as últimas consequências.
13	A abordagem dos meus colegas é praticamente igual à minha. Nós nunca tivemos um preparo, um treinamento para isso. Sempre fomos preparados, desde a faculdade, para salvar; nunca fomos preparados para perder.

14	Ruim. Ou muito sucintos, não prestam muitos esclarecimentos, ou falam de uma forma muito científica. Têm medo de processo, de acabar se excedendo nas palavras e ser sujeito a um processo.
15	Isso é tão variado. Tem colega que não aborda por não consegue abordar. Alguns conseguem chegar na família de uma forma mais tranquila.
16	É muito difícil ter uma pessoa que entenda o que é cuidados paliativos. Não só o médico, como a equipe como um todo.
17	É heterogênea. Tem pessoas que se postam de maneira diametralmente oposta à minha; de minha parte, eu não sou a favor da obstinação terapêutica.
18	Nós temos o problema de não ter um protocolo único para o hospital, então cada pessoa tem uma abordagem diferente.
19	Nunca presenciei um colega ter que dar essa notícia.
20	Alguns são bastante felizes nessa abordagem, outros erram muito. Essa abordagem, pela falta de padronização e falta de treinamento acaba tendo um cunho muito pessoal.

Ao fim dessa discussão, um resumo dos resultados obtidos pode ser considerado benfazejo para melhor compreensão do texto e para que o leitor possa concatenar os dados expostos a fim de compreender o que me inquieta na realidade de assistência à saúde que presto como médico intensivista e o que me motivou a fazer a pesquisa que agora apresento.

Relativamente à primeira pergunta, “*Trabalha em rede pública, privada ou ambas?*”, a maior parte dos entrevistados (n = 11) trabalha tanto na rede pública como na rede privada, apenas nove entrevistados trabalham apenas na rede de saúde privada e nenhum dos médicos entrevistados trabalha exclusivamente na rede pública.

Já quanto à segunda pergunta, “*Porque escolheu medicina como carreira?*”, a maioria dos profissionais entrevistados (n = 12) a refere ter escolhido a carreira de medicina por altruísmo, ou seja, para poder ajudar o próximo. O DSC desse grupo foi “*Gosto de me sentir útil, de ajudar as pessoas que sofrem e de poder contribuir para a sociedade*”.

Os dados referentes à segunda pergunta vão de encontro aos dados da

literatura, como os observados nos estudos de Ferreira <sup>127</sup> e de Ramos <sup>128</sup>. Esses autores mostraram que o maior percentual dos entrevistados refere ter escolhido a carreira médica por identificação com a profissão e não por pela vontade de ajudar o próximo, por altruísmo.

À pergunta *“Por que escolheu terapia intensiva como especialidade?”*, a maioria dos entrevistados (n = 11) respondeu com o seguinte DSC: *“Gosto do desafio de lidar com paciente grave”*.

Mais uma vez, os dados da presente pesquisa vão de encontro com o que nos mostra a literatura. Diversos <sup>132-139</sup> estudos mostram que a vontade de lidar com paciente grave e de atuar como médico generalista não fazem parte das preferências dos estudantes de medicina nem dos médicos graduados.

Conforme já foi exibido anteriormente, Ribeiro <sup>132</sup> afirma que *“Do mesmo modo, a escolha da especialidade médica tem sido objeto de estudo, chamando a atenção o fato de ser feita muito precocemente, ainda no início do curso. A pouca motivação para o exercício da medicina geral, da medicina de família e para as especialidades consideradas de atenção básica tem preocupado gestores em todo o mundo”*.

Uma razão para essa divergência de resultados pode ser o fato de a amostra da presente pesquisa ser constituída integralmente de médicos intensivistas, médicos que possuem uma visão da medicina, e dos cuidados de saúde em geral, que difere das outras especialidades médicas e dos médicos como uma categoria de classe.

Quando questionados sobre a existência de algum protocolo de abordagem a pacientes ou a familiares de pacientes quanto à decisão de fim de vida na UTI publicado na literatura médica, todos os médicos intensivistas responderam que não.

Da mesma forma, quando inquiridos sobre a existência de algum protocolo desse modelo na instituição em que trabalha, todos os médicos intensivistas também responderam que não.

Nesse ponto, ressaltam-se as lacunas nos cursos de graduação dos profissionais de saúde que, segundo Sanchez y Sanchez <sup>141</sup>, não abordam adequadamente assuntos como terminalidade e temas correlatos. Siqueira <sup>142</sup>, contribui para essa discussão afirmando que o curso de medicina se propõe a

habilitar profissionais que terão contato com a morte em diferentes momentos de sua prática, e que temas sobre morte, terminalidade, cuidados paliativos e bioética deveriam ser abordados desde a graduação desses profissionais.

Já quando questionados se eles mesmos utilizam algum protocolo nesse contexto, a maior parte dos médicos (n = 18) respondeu que não; mas dois médicos responderam utilizam um protocolo próprio, desenvolvido a partir dos protocolos não específicos com que teve contato durante sua formação.

Um dos médicos que utiliza um protocolo próprio demonstra, em seu discurso, que existem alguns protocolos direcionados a cuidados paliativos e comunicação de más notícias, como o que foi elaborado por Pereira <sup>68</sup>, o Protocolo Paciente. No entanto, são exemplos de diretrizes ainda restritas a serviços isolados e não difundidas nacionalmente com uma configuração protocolar.

Nesse ponto, expliquei que, embora existam protocolos internacionais que orientem os profissionais de saúde a discutir as opções terapêuticas com o paciente terminal, como o Protocolo de Medicina Baseada em Preferências - elaborado por Quill e Holloway <sup>61</sup> - ou o Protocolo Spikes <sup>59</sup> - que trata de comunicação de más notícias, no Brasil, diretrizes desse modelo publicados na literatura científica ainda não possuem um caráter protocolar nem uma abrangência nacional <sup>7</sup>.

À pergunta de número 7, *“Como você percebe a sua abordagem a esses pacientes e familiares?”*, quinze médicos referiram ter uma boa atuação na abordagem a esses pacientes e familiares e apresentaram o seguinte DSC: *“Abordagem boa. Tento ser o menos técnico e o mais humano possível. Levo em consideração as particularidades de cada paciente e familiar na hora de explicar a evolução do quadro e o prognóstico”*.

Mais uma vez, Moritz <sup>22</sup> apresenta resultados que divergem da percepção dos médicos entrevistados na presente pesquisa. Ela observou que *“os profissionais da saúde são capazes de reconhecer sintomas associados com a iminência da morte, na maioria dos pacientes. No entanto, frequentemente falham em abordar o tema com os doentes, negligenciando-lhes a prescrição para o adequado alívio dos sintomas”* <sup>22</sup>.

À última pergunta do questionário, *“Como você percebe a abordagem de*

*seus colegas nessa situação?”*, treze intensivistas percebem essa abordagem como “razoável” e “bastante variável” e apresentaram o seguinte DSC: “Variável. Como não existe nenhum protocolo, a abordagem depende da experiência profissional e de como o médico vê e entende a vida”.

Cabe, por fim, ressaltar a importância do desenvolvimento de uma diretriz que oriente os profissionais de saúde nesse contexto. O último DSC apresentado acima, referente à última pergunta do questionário, oferece evidências de que os profissionais de saúde carecem de orientação para sobre comunicação de más notícias, notadamente no contexto de cuidados de fim de vida.

A busca por protocolos não é uma jornada em prol da uniformidade de pensamentos desses profissionais, mas em favor de uma uniformidade na conduta e de uma coerência com a dignidade humana por parte da equipe de saúde quanto aos cuidados a serem oferecidos ao doente terminal.

Nesse momento final, cabe ainda analisar os pontos fortes e as limitações dessa pesquisa. Começamos pelos pontos fortes, com destaque para dois resultados:

1. Foi possível constatar que há, nas UTIs do DF, assim como em outras UTIs do Brasil, conforme confirmado pelos estudos expostos no corpo do texto, uma má qualidade da comunicação de más notícias entre médicos e pacientes;

2. Observou-se a necessidade de diretrizes ou protocolos que orientem os profissionais de saúde, que, como foi observado nas entrevistas, referem uma heterogeneidade de condutas e falta de orientação quanto à comunicação com o paciente inserido no contexto de cuidados de fim de vida.

Esses dois resultados respondem ao meu objetivo geral, que foi avaliar, à luz da bioética, a qualidade da comunicação entre o médico intensivista e o paciente, ou o seu representante legal, no contexto de LET e cuidados paliativos em UTI.

Esses resultados também dão suporte à análise crítica, sob a ótica dos médicos entrevistados, dos elementos de conflitos vivenciados por eles nesse contexto, o meu primeiro objetivo específico, como fundamentam a necessidade de criação de um protocolo direcionado à comunicação de más

notícias, que é a proposta do meu segundo objetivo específico.

Uma limitação da pesquisa foi o fato de não conseguir diferenciar o perfil do pacientes que ocupam os leitos das UTIs estudadas; esses pacientes foram analisados conjuntamente como “paciente terminal internado em uma UTI”.

Essa fragilidade se deve ao fato, observado por minha própria experiência de trabalho em UTI e por conversas com meus colegas intensivistas, de que a ocupação dos leitos de UTI, tanto privadas como públicas, não respeitam as vagas a que são destinadas; isso prejudicou a classificação dos pacientes por perfil, como cardiológico, neurológico, oncológico, cirúrgico, etc.

Uma razão para que não se respeite as reservas de leitos destinados a determinado perfil de pacientes nas UTIs, explicada pelos diretores de hospital e coordenadores de UTI com quem tive contato, é a carência de vagas de leito de UTI no DF, situação tantas vezes ressaltada pela imprensa nacional e que ocasiona a morte de muitos pacientes que necessitam de um leito de UTI para receber cuidados de saúde intensivos.

Outra limitação da pesquisa foi que o número de participantes tenha sido pequeno. No entanto, por ser uma pesquisa qualitativa, com amostra de conveniência, e não um estudo estatístico de base populacional, estudos futuros com número maior de participantes e com uso de metodologias quantitativas poderão trazer outras contribuições acerca do tema por ela proposto.

Pacientes e seus familiares, além de outros profissionais de saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiologistas, também poderão participar de futuros estudos que poderão oferecer novas informações acerca das impressões desses sujeitos sobre a comunicação de más notícias no contexto de cuidados de fim de vida.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao atingir um estágio avançado de qualquer patologia, aguda ou crônica, um paciente passa a ser considerado um paciente terminal. Pode-se até prolongar seu tempo de vida, mas a qualidade dessa vida prolongada estará irremediavelmente comprometida.

Esse paciente passa então a ser submetido a LET e a receber cuidados paliativos, pois sabe-se que, mesmo que se lhe empreguem terapias agressivas e economicamente custosas, a doença irá progredir e o óbito sobrevirá.

Nesse contexto, a decisão quanto aos cuidados de saúde direcionados ao paciente terminal pode a ser uma tarefa que inviabiliza o respeito à autonomia desses sujeitos; sem a informação esclarecida do que são LET e cuidados paliativos, e do que significa limitar esses cuidados, não há decisão autônoma.

A presente pesquisa buscou analisar, à luz da bioética, a qualidade da comunicação entre o médico intensivista e o paciente no contexto de LET e cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva, analisando, sob a ótica dos médicos entrevistados, os elementos de conflitos vivenciados por eles nesse contexto e buscando propor uma linha de ação para resolver esse problema bioético.

Para isso, foi realizada uma pesquisa empírica qualitativa com incursão em campo e uma pesquisa documental sobre as resoluções do CFM que tratam do tema estudado pela presente pesquisa. A amostragem foi de conveniência e tanto médicos que trabalham em UTIs públicas como os que atuam em UTIs privadas no DF foram escolhidos para responder à entrevista cujas respostas passaram pelo método de análise qualitativo com análise de conteúdo.

Os resultados obtidos foram satisfatórios. Observou-se, por meio da metodologia utilizada, que a comunicação entre o médico intensivista e o

paciente, no contexto de LET e cuidados paliativos em UTI, permanece precária e repleta de falhas. Uma dessas falhas pode ser verificada no silêncio dos entrevistados com relação ao feedback dos pacientes no que diz respeito às informações a eles transmitidas.

A comunicação é uma atividade humana essencial para a manutenção de uma vida social harmônica. Situações extremas, como o fim de uma vida no ambiente de uma UTI é uma das situações mais dramáticas por que pode passar um paciente e seus familiares. Nesse contexto, a boa comunicação torna-se ainda mais imprescindível.

Ao analisar, à luz da bioética, os conflitos éticos que se fazem presentes durante o processo comunicação de uma má notícia, como a de LET, as moralidades particulares de cada família envolvida nas tomadas de decisão são um viés a mais a ser considerado. Por essa razão, futuros estudos deverão contar com a participação dos pacientes e de suas família, ou representantes legais, a fim de oferecer informações acerca das impressões desses sujeitos sobre a comunicação de más notícias nesse contexto.

Crenças religiosas ou esperança de que ocorra um milagre pode levar os familiares a decidir por tentar de tudo para salvar a vida de seu ente querido, levando assim a uma evidente manifestação de distanásia. Por outro lado, a desesperança pode conduzir os representantes legais do paciente a abreviar uma morte evitável.

Pode-se apresentar, dessa maneira, uma situação de tratamento excessivo ou ainda de tratamento insuficiente. A primeira se dá quando se prolonga um tratamento ineficaz e se caracteriza um caso de distanásia, obstinação terapêutica ou ainda tratamento fútil: todas são designações para a mesma situação. A segunda ocorre se a equipe de saúde ou os familiares, receosos de que tratamento com tecnologias avançadas possam vir a ser fúteis, ou ainda por falta de confiança nesses tratamentos, insistem para que não se tomem condutas que pudessem vir a favorecer a evolução do quadro de saúde do doente.

Outro aspecto a ser discutido é a relação entre capacidade ou incapacidade de consentir e os conceitos de distanásia e ortotanásia, ou seja, de obstinação terapêutica e de desobstinação terapêutica. Também é relevante a relação entre esses conceitos e as vontades legítimas dos pacientes e de seus familiares quanto aos cuidados de fim de vida no contexto de UTI.

Uma situação complexa é quando o paciente, que havia apresentado previamente o seu desejo por meio oral ou escrito sobre um determinado tratamento de saúde, decide mudar de ideia; quando um desejo atual contradiz uma vontade prévia. Como ter certeza se o doente está agindo com intenção, entendimento e sem qualquer tipo de influência exterior quando a mudança de opinião se dá?

Uma possível resposta a essa pergunta está na avaliação da capacidade de tomada de decisões autônomas no decorrer do tempo, além da avaliação da competência cognitiva e psicológica do sujeito em questão.

Outra situação delicada apresenta-se quando, no momento de sua admissão na UTI, solicita-se que o paciente, ou seu representante legal, assine um termo que autoriza a equipe de saúde a promover tratamentos invasivos, como intubação orotraqueal ou punção de acessos vasculares profundos, em casos de emergência médica, sem seu prévio consentimento.

Julgamentos sobre competência ou incompetência quanto ao consentimento livre e esclarecido de um indivíduo podem servir para distinguir aqueles que podem ser solicitados a tomar uma decisão sobre as condutas a serem seguidas pela equipe de saúde daqueles que terão as suas opiniões invalidadas por sua incapacidade de decisão consciente.

Há pacientes que querem ser informados sobre tudo o que se passa como eles: qual o estágio de sua doença, que medidas terapêuticas estão sendo e serão tomadas; outros há que preferem delegar aos familiares o conhecimento dessas informações e as consequentes decisões, ou mesmo abster-se de participar desse processo.

O ato arbitrário por parte da equipe de saúde ocorre tanto quando se toma decisões sem consultar os desejos e as preferências dos doentes como quando se presume que todos os doentes querem saber tudo sobre o seu quadro clínico.

O verdadeiro respeito à autonomia do paciente se dá quando esse é consultado sobre a possibilidade de participar de todas as decisões sobre o seu tratamento de saúde, bem como se quer tomar conhecimento dos detalhes de sua história clínica. O paciente tem o direito de escolher entre saber ou não sobre tais informações, de participar ou não das decisões delas decorrentes.

Médicos e outros profissionais de saúde não costumam possuir o treinamento adequado para lidar com a morte e com o fim da vida humana, acreditam estar perdendo uma disputa contra a doença. O serviço de saúde que prestam à população é compatível com o nível de conhecimento e de técnicas de tanatocratas e não de bem preparados tanatólogos.

Ainda, esses profissionais acompanham os sofrimentos e angústias dos pacientes que foram, nos últimos anos, submetidos a uma transferência do seu lugar de morte: não mais se morre em casa, cercado de parentes e amigos próximos que conferem carinho e outros cuidados afetivos ao enfermo, mas em um hospital frio e impessoal, longe dos entes queridos.

Com o intuito de propor uma linha de ação para resolver o problema bioético da falta de qualidade da comunicação entre médicos e pacientes nesse contexto, um dos objetivos específicos dessa pesquisa, a bioética, como representante da ética aplicada, pode oferecer uma solução prática, embora não imediata, a esse problema.

Primeiramente, investir na educação continuada dos médicos e dos demais cuidadores da área de saúde, transformando tanatocratas em tanatólogos; em seguida elaborar um protocolo de comunicação de más notícias a esses pacientes e familiares que possa orientar, mas não limitar, a forma como se dá essa comunicação.

Os resultados dessa pesquisa também mostraram uma situação que pode ser analisada como contraditória. Apesar de todos os médicos responderem que não conhecem nenhum protocolo de abordagem a pacientes ou a familiares de pacientes quanto à decisão de fim de vida na UTI publicado na literatura médica, apesar de todos os intensivistas terem referido que a instituição em que trabalham não possui um protocolo desse modelo e apesar de a maioria (n = 18) dos entrevistados responderem que não utilizam um protocolo desse modelo, a maioria dos profissionais entrevistados (n = 15) refere, à pergunta “*Como você percebe a sua abordagem a esses pacientes e familiares?*”, ter uma boa atuação na abordagem a esses pacientes e familiares.

O DSC apresentado por eles, “*Abordagem boa. Tento ser o menos técnico e o mais humano possível. Levo em consideração as particularidades de cada paciente e familiar na hora de explicar a evolução do quadro e o prognóstico*”, parece estar baseada em uma percepção, se não falha, ao menos incompleta da realidade que enfrentam ao discutir LET e cuidados paliativos com seus pacientes.

Diante dessa situação de incoerência e contradição por parte dos médicos entrevistados, reforça-se a necessidade de treinamento e educação continuada desses profissionais, bem como de todos os que lidam com pacientes terminais.

Um outro problema surge quando se pensa em como esclarecer e orientar o sujeito acometido por doença terminal na UTI e lhe proporcionar um contexto favorável para a sua livre e autônoma escolha quanto aos cuidados de saúde no fim de sua vida. A elaboração de um protocolo que auxilie os profissionais de saúde a se comunicarem com os pacientes terminais pode servir para amenizar esse problema.

Esse protocolo deve estar contextualizado à realidade brasileira e deve ser compatível tanto a usuários da rede privada como da rede pública de saúde. Essa pesquisa pode ser de grande valia para a criação de um protocolo desse modelo, de um guia que exponha de maneira clara e simplificada a

situação do doente em questão e que respeite a autonomia e a moralidade particular dos sujeitos vulneráveis.

Além disso, esse protocolo pode ser desenvolvido com o intuito de valorizar as preferências e os valores os pacientes e de permitir o exercício da autonomia desses indivíduos vulnerados por conta de sua condição de saúde.

Por fim, esse protocolo que sugiro que seja desenvolvido para, conforme citei no objetivo geral dessa pesquisa, garantir a boa qualidade da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, ou o seu representante legal, no contexto de LET e cuidados paliativos em UTI, pode conter alguns dos seguintes elementos, ainda a serem desenvolvidos em formato protocolar em estudos futuros:

1. Acolhimento do paciente, desde a admissão na UTI, em um ambiente de confiança e respeito por sua dignidade humana, acolhendo também seus familiares ou representantes legais;
2. Percepção sobre a moralidade particular e sobre os valores em que seu paciente se insere: etnia, filiação religiosa, identificação cultural, identificação sexual, nível de escolaridade, condições social e econômica, entre outras situações que possam tornar esse sujeito vulnerado por uma determinada condição específica;
3. Avaliação sobre o quanto o paciente já sabe sobre sua condição de saúde e sobre o quanto que ele deseja saber, respeitando, dessa forma, sua vontade de participar das decisões bem como sua capacidade de agir com autonomia frente à beneficência pretendida pela equipe de saúde;
4. Transmissão das informações em ambiente adequado, ou seja, privado, silencioso, confortável para os profissionais de saúde e para o paciente e com tempo o suficiente para que o paciente possa esclarecer todas as suas dúvidas a respeito do seu quadro mórbido; dando condições para que o paciente

possa receber as informações de forma clara e adequada a elaborar suas preferências e expressar de forma livre e esclarecida sua vontade;

5. Atenção e cuidado com as emoções do paciente após a transmissão das informações; o profissional precisa ouvir o paciente e permitir que ele exprima suas emoções livremente, respeitando assim sua condição de sujeito vulnerado;
6. Elaboração, com a coparticipação do paciente e com respeito à sua capacidade de tomar decisões autônomas e esclarecidas, uma estratégia de condutas terapêuticas a serem adotadas;
7. Garantia de respeito à autonomia do paciente, por meio da aquisição do consentimento livre e esclarecido dele, ou de seu representante legal, para os procedimentos que possam vir a ser necessários.

A validação desse protocolo pode se dar dentro dos hospitais públicos e privados estudados nessa pesquisa, por meio de um questionário apresentado aos profissionais de saúde que dele façam uso por um período determinado, de seis meses, por exemplo. Outro questionário pode ser oferecido aos pacientes com os quais esses profissionais estabeleceram contato sobre os cuidados de fim de vida a serem adotados.

Esses questionários tanto podem servir para avaliar a qualidade da comunicação estabelecida entre equipe de saúde e paciente no contexto de cuidados de saúde em fim de vida como podem verificar se o protocolo cumpre seu papel de facilitador dessa comunicação, ou seja, se serve de maneira eficaz como diretriz para esse tipo de comunicação de más notícias.

A percepção e o entendimento do problema é o primeiro passo para a sua solução; o segundo passo é a união de forças, numa atitude tipicamente bioética de inter e transdisciplinaridade. O terceiro passo, que ainda está em

construção, é a participação autônoma e esclarecida dos maiores interessados no assunto, o próprio paciente e seus familiares.

A partir desse ponto, pode-se encontrar um maior equilíbrio entre o conhecimento científico e o dever de beneficência dos profissionais de saúde, além do respeito à autonomia e às contingências dos pacientes e familiares expostos a uma situação tão vulnerável quanto terminalidade da vida dentro de uma UTI.

## REFERÊNCIAS

1. Moritz RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
2. Moritz RD, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(4):422-8.
3. Nunes L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Rev Bioética*. 2008;16(1):41-50.
4. Pilar LG. O que é o paciente terminal? *Rev Ass Med Brasil* 2001; 47(2): 85-109.
5. Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford (UK): Oxford University Press;1998.
6. World Health Organization. *Pain Relief and Palliative Care*. 2a ed. Geneva: WHO; 2002.
7. Moritz RD et al. Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(2):125-132.
8. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 1990;18(12):1435-9.
9. Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatments. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Crit Care Med*. 1992;20(3):320-6.
10. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;155(1):15-20.
11. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med*. 1997;25(5):887-91.
12. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med*. 1999;27(8):1626-33.
13. Gherardi CR, Biancolini C, Butera JJ, Calvillo L, Canteli María M, Cardonnet L, et al. Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico. *Med Intensiva*. 2000;16(2):53-6.
14. Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. *JAMA*. 2000;283(8):1065-7.
15. Nunes R. Proposta sobre a suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Rev Bioética*. 2009;17(1):29-39.

16. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.805/06. Aprova sobre ortotanásia. Brasília(Brasil): CFM, 2006.
17. Villas-Bôas ME. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. *Rev Bioética*. 2008;16(1):61-83.
18. Ganz FD, et al. The impact of regional culture on intensive care end of life decision making: an Israeli perspective from the ETHICUS study. *J Med Ethics*, 2006; 32:196-199.
19. Van Oorschot B, Simon A - Importance of the advance directive and the beginning of the dying process from the point of view of German doctors and judges dealing with guardianship matters: results of an empirical survey. *J Med Ethics*, 2006; 32: 623-626.
20. Gherardi C, Chaves M, Capdevila A et al. Death in an intensive care unit. Influence of life support withholding and withdrawal. *Medicina (B.Aires)*, 2006; 66: 237-241.
21. Wunsch H, Harrison DA, Harvey S et al. End-of-life decisions: cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Med*, 2005; 31: 823-831.
22. Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em UTI. *Rev Bras Terap Intens*, 2003; 15: 40-44.
23. Nelson JE, et al: In their own words: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2010; 38:808–818.
24. National Consensus for Quality Palliative Care: Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Third Edition. Available at: <http://www.nationalconsensusproject.org>.
25. Clarke EB, et al; Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-Of-Life Peer Workgroup Members: Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2003; 31:2255–2262. Heyland DK, et al. Dying in the ICU: perspectives of family members. *Chest*, 2003; 124: 392-397.
26. Heyland DK, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med*, 2002; 30: 1413-1418.
27. Moritz RD, et al. 1º Forum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21 (3):306-9.
28. Whitney K. Undone in the ICU. 2015. Disponível em [www.mc.vanderbilt.edu/vanderbiltmedicine/undone-in-the-icu/](http://www.mc.vanderbilt.edu/vanderbiltmedicine/undone-in-the-icu/)
29. Arnold R. Educational Modules for the Critical Care Communication (C3) Course - A Communication Skills Training Program for Intensive Care Fellows. 2010. Disponível em <http://depts.washington.edu/oncotalk/learn/modules.html>.
30. Curtis JR, Burt RA. Point: The Ethics of Unilateral "Do Not Resuscitate" Orders: The Role of "Informed Assent." *Chest*. 2007; 132: 748-751.
31. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists'

Attitudes Toward and practices in Giving Bad News: An Exploratory Study. *J Clin Oncol.* 2002; 20(8):2189-96.

32. Araújo D, Linch GFC. Cuidados paliativos oncológicos: Tendências da produção científica. 2011. *Revista de Enfermagem*, 1(2), 238–245.

33. Pessini L. Como lidar com o paciente em fase terminal. 6ª ed. São Paulo: Santuário, 2008.

34. Wee B. Models of delivering palliative and end-of-life care in the UK. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2013; 7: 195–200.

35. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th Ed. New York: Oxford University Press, 2013.

36. Kübler-Ross E. Sobre a Morte e o Morrer. 8ª Ed, São Paulo: Martins Fontes, 1998.

37. Harris R. Landmarks in Linguistic Thought 1: The Western Tradition from Socrates to Saussure. [S.I.]: Psychology Press, 1989.

38. Jakobson R. Linguística. Poética. Cinema. Tradução Haroldo de Campos et al. 1ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1970.

39. Moritz RD. A Morte e o Morrer nas Unidades de Terapia Intensiva, em: David CM - Medicina Intensiva. 1ª Ed, Rio de Janeiro, Revinter, 2005;68-78.

40. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética*, 2005;13:51-63.

41. Moritz RD. Como Melhorar a Comunicação e Prevenir Conflitos nas Situações de Terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007; 19 (4).

42. Rocque GB, Cleary JF. Palliative care reduces morbidity and mortality in cancer. *Nat. Rev. Clin. Oncol.* 2013; 10:80–89.

43. Campbell, T. C. & Roenn, J. H. Palliative care for interventional radiology: an oncologist's perspective. *Semin. Intervent. Radiol.* 2007; 24: 375–381.

44. American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Statement on Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 2006; [online], <http://www.aahpm.org/Practice/default/quality.html>.

45. McDonagh JR, et al. Family satisfaction with family conferences about end-of- life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med.* 2004; 32(7): 1484-8.

46. Aslakson RA, et al. The Changing Role of Palliative Care in the ICU. 2014; 42(11): 2418-28

47. Curtis JR, et al: Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171:844–849

48. Selph RB, et al: Empathy and life support decisions in intensive care units. *J Gen Intern Med* 2008; 23:1311–1317

49. Kushner WG, et al. Implementation of ICU palliative care guidelines and procedures: a quality improvement initiative following an investigation of alleged

euthanasia. *Chest*. 2009;135(1):26-32.

50. World Health Organization. WHO definition of palliative care, 2005. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

51. Mularski RA. Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006;34(11 Suppl):S309-16.

52. Carlet J, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med*. 2004; 30(5):770-84.

53. BRASIL. Código Civil, Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 1a edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

54. Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2003;15(1):40-4.

55. Richter J, Eisenmann M, Zgonnik E. Doctors' authoritarianism in end of life treatment decisions: a comparison between Russia, Sweden and Germany. *J Med Ethics*. 2001; 27: 186-191.

56. Sprung CL, et al. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units: The Ethicus Study. *JAMA*.2003;290(6):790-797.

57. Schramm FR. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev bioét*. 2008, 16 (1):11-23.

58. Schramm FR. A bioética de proteção é pertinente e legítima? *Rev bioét*. 2011,19(3):71-24.

59. Lino CA, et al. Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. *Rev Bras Educ Méd*. 2011; 35(1): 52-57.

60. Egly S, Penner L, Albrecht TL, Cline RJW, Foster T, Naughton M, et al. Discussing Bad News in the Outpatient Oncology Clinic: Rethinking Current Communication Guide- lines. *J Clin Oncol*. 2006; 24(4): 716-9.

61. Quill TE, Holloway RG. Evidence, Preferences, Recommendations - Finding the Right Balance in Patient Care. *New Engl J Med*. 2012 may 4.

62. Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med* 1996; 125: 763-9.

63. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004; 363(9405):312-9.

64. Buckman R. Breaking bad news: why is it so difficult? *Br Med J*. 1984; 288(6430): 1597-9.

65. Díaz FG. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva*. 2006; 30(9): 452-9.

66. Hagerty RG et al. Cancer Patient Preferences for Communication of Prognosis in the Metastatic Setting. *J Clin Oncol*. 2004; 22(9): 1721-30.

67. Baile WK, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*.2000;5(4): 302-11.

68. Pereira CR. Comunicando Más Notícias: Protocolo Paciente. Botucatu; 2010. Doutorado [Tese] – Universidade Estadual Paulista.
69. Wallau RA, et al. Qualidade e humanização do atendimento em Medicina Intensiva. Qual a visão dos familiares? *Rev Bras Terap Intens*, 2006; 18: 45-51.
70. Rady MY, Johnson DJ. Admission to intensive care unit at the end-of-life: is it an informed decision? *Palliat Med*, 2004; 18: 705-711.
71. Kellum JA, Dacey MJ - Ethics in the intensive care unit: informed consent; withholding and withdrawal of life support; and requests for futile therapies – UpToDate: August 18, 2006 (pesquisado em agosto de 2007).
72. Chaitin E, Arnold RM - Communication in the ICU: Holding a family meeting. UpToDate: May 11, 2007 (pesquisado em agosto de 2007).
73. Fridh I, Forsberg A, Bergbom I - Family presence and environmental factors at the time of a patient's death in an ICU. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2007;51:395-401.
74. Engelhardt HT Jr. Fundamentos da Bioética. 4ª ed. São Paulo: Loyola Jesuítas, 2011.
75. National Consensus for Quality Palliative Care: Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Third Edition. Disponível em: <http://www.nationalconsensusproject.org>.
76. Clarke EB, et al; Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-Of-Life Peer Workgroup Members: Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2003; 31: 2255–2262.
77. Holm S. Not just autonomy - the principles of American biomedical ethics. *J Med Ethics*. 1995; 21: 332-338.
78. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Rev. Bioét.* 2005; 13(1): 125-134.
79. Garrafa V, Soares SP. O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética. *Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo* 2013; 7(3): 247-258.
80. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 2003; 17(5-6):399-416.
81. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *O Mundo da Saúde* 2002; 26(1) :06-15.
82. Unesco. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris, 2005.
83. Psirides AJ, Sturland S. Withdrawal of active treatment in intensive care: what is stopped - comparison between belief and practice. *Crit Care Resusc*. 2009;11(3):210-4.
84. Munetz MR, Lidz CW, Meisel A. Informed consent and incompetent medical patients. *J Fam Pract*, v. 20, n. 3, p. 273-9, 1985.
85. Suetônio. A vida dos doze Césares. In: Batista RS, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):31-41.

86. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de Bioética. 7ª ed. São Paulo: Loyola Jesuítas, 2005.
87. Nunes R. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Rev bioét.* 2009; 29-39.
88. Pohier JM. A morte, natureza e contingência: Reflexões antropológicas sobre a possibilidade de retardar clinicamente a morte. In: Pessini L. Como lidar com o paciente em fase terminal. 6ª ed. São Paulo: Santuário, 2008.
89. Batista RS, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1): 31-41.
90. Schramm, FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados Paliativos. *Rev Bras Cancerol.* 2002; 48 (1): 17-20.
91. Machado MH. Os médicos no Brasil: Um retrato da realidade. In: Batista RS, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1):31-41. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.805/06. Aprova sobre ortotanásia. Brasília(Brasil): CFM, 2006.
92. Bitencourt AGV, Dantas MP, Neves FBCS, Almeida AM, Melo RMV, Albuquerque LC, et al. Conduas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007;19(2):137-43.
93. Lago PM, Garros D, Piva JP. Terminalidade e condutas de final de vida em unidades de terapia intensiva pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007;19(3):359-63.
94. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med.* 2001;27(11):1744-9.
95. Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med.* 2001;29(2 Suppl):N52-5. Review.
96. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;158(4):1163-7.
97. Hynninen M, Klepstad P, Petersson J, Skram U, Tallgren M. Process of foregoing life-sustaining treatment: a survey among Scandinavian intensivists. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2008;52(8):1081-5.
98. Mani RK, Mandal AK, Bal S, Javeri Y, Kumar R, Nama DK, et al. End-of-life decisions in an Indian intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2009;35(10):1713-9.
99. Azoulay E, Metnitz B, Sprung CL, Timsit JF, Lemaire F, Bauer P, Schlemmer B, Moreno R, Metnitz P; SAPS 3 investigators. End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database. *Intensive Care Med.* 2009;35(4):623-30.
100. Szalados JE. Discontinuation of mechanical ventilation at end-of-life: the ethical and legal boundaries of physician conduct in termination of life support. *Crit Care Clin.* 2007;23(2):317-37, xi.

101. Schettino G. *Paciente Crítico - Diagnóstico e Tratamento*. 2ª Ed. São Paulo: Manole, 2012.
102. McDonagh JR, et al. Family satisfaction with family conferences about end-of- life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med*. 2004; 32(7): 1484-8.
103. Huynh TN. The Opportunity Cost of Futile Treatment in the ICU. *Crit Care Med* 2014; 42: 1977–1982.
104. Nelson JE, et al: In their own words: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2010; 38:808–818.
105. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011; 23(1): 24-29.
106. Poder judiciário do Distrito Federal. 14ª Vara Federal. Sentença do processo número 2007.34.00.014809-3. 2010.
107. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.931/09. Aprova o Novo Código de Ética Médica. Brasília (Brasil): CFM, 2009.
108. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra\\_1.asp](http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_1.asp)
109. Messer NG. Professional-patient relationships and informed consent. *Postgrad Med J* 2004; 80: 277–283.
110. Junges JR. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Rev bioét*. 2010, 18 (2): 275-88.
111. Conselho da Europa. Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos de da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. Estrasburgo (França), 1996.
112. Souza PH. Terminalidade da vida: reforçada autonomia do paciente. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. 2012 setembro 18; Plenário e comissões
- Habermas J. *O futuro da natureza humana*. 2a ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2010.
113. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.
114. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1ª ed. Lisboa: Edições 70. 2011.
115. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. 1a ed. Caxias do Sul: Editora da Universidade de Caxias do Sul, 2000.
116. Curlin FA, et al. Religion, Conscience, and Controversial Clinical Practices. *N Engl J Med* 2007; 356: 593-600.
117. Baume P, O'Malley E, Bauman A. Professed religious affiliation and the practice of euthanasia. *J. Med. Ethics*. 1995; 21: 49-54.
118. Souza VCT, Pessini L, Hossne WS. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. *Rev. Bioét*. 2012; 6 (2): 181-190.

119. Pessini L. A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. *Mundo Saúde*. 2007; 31 (2): 187-95.
120. Marta GN, et al. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev. bras. educ. med.* 2009; 33 (3): 416 – 427.
121. Coelho MO. Relação médico-paciente e a morte. São Paulo; 2001. Doutorado. [Tese] - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
122. Azoulay E, et al. A Proactive Communication Strategy for Family Members of Patients Dying in the ICU: A Multicenter Randomized Controlled Trial. Apêndice de Lautrette A, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007; 356:469-78.
123. Burkle CM, et al. Patient and doctor attitudes and beliefs concerning perioperative do not resuscitate orders: anesthesiologists' growing compliance with patient autonomy and self-determination guidelines. *BMC Anesthesiology* 2013, 13:2.
124. ANS. Taxa de ocupação operacional UTI adulto. V1.01. Janeiro de 2013.
125. ANVISA. Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2010.
126. Gonçalves RM, Pontes EP. Estudo de taxa de ocupação de leitos de UTI do estado de Minas Gerais. V Congresso CONSAD de Gestão Pública. Centro de Convenções Ulysses Guimarães. Brasília/DF – 4, 5 e 6 de junho de 2012.
127. Ferreira RA, Peret Filho LA, Goulart EMA. O estudante da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Rev Assoc Med Bras.* 2000; 46 (3): 224-31.
128. Ramos GP, et al. Por que quero ser médico? *Rev Med Res.* 2013; 15 (1): 21-35.
129. Ramos GP, et al. Por que quero ser médico? *Rev Med Res.* 2008; 10 (4): 154-58.
130. Monteiro MFAD, et al. Opção pelo Curso de Medicina em Angola: o Caso da Universidade Agostinho Neto. *Rev. bras. educ. med.* 2010; 34 (3) : 346–354.
131. Patrício MF, Pais-Lacerda A, Gomes Pedro J. To Become a Doctor: Altruism, Dream or Profit? Analysis of First Year Medical Student's Motivations throughout 3 Years [abstract]. In: International Association for Medical Education. RAI Congress Center; 2005 (13); Amsterdam: VU University.
132. Ribeiro MMF, et al. A Opção pela Medicina e os Planos em relação ao Futuro Profissional de Estudantes de uma Faculdade Pública Brasileira. *Rev. bras. educ. med.* 2011; 35 (3) : 405-411.
133. Morra DA, Regehr G; Ginsburg S. Medical students, money, and career selection: student's perception of financial factors and remuneration in family medicine. *Family Medicine.* 2009; 41(2): 105-110.
134. Hauer KE, et al. Factors associated with medical students' career choices regarding internal medicine. *JAMA.* 2008; 300 (10): 1154-1164.
135. Steinbrook R. Easing the shortage in adult primary care – is it all about

money? NEJM. 2009; 360(26): 2696-2699.

136. Avgerinos ED, et al. Greek medical students' career choices indicate strong tendency towards specialization and training abroad. *Health Policy* 2006; 79(1):101-106.

137. Shadbolt N; Bunker J. Choosing general practice: A review of career choice determinants. *Aust. Fam. Phys.* 2009; 38(1/2): 53-55.

138. Grover A . When Money Doesn't Change Everything. *Ann. Intern. Med.* 2008; 149 (6): 429-430.

139. Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. *J Am Board Fam Pract* 2003; 16: 502–12.

140. Ribeiro MMF. Avaliação da atitude do estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a respeito da relação médico-paciente, no decorrer do curso médico [tese]. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da UFMG; 2006.

141. Schez y Sanchez KM, Seidl EMF. Orthothanasia: a decision upon facing terminality. *Interface – Comunic., Saude, Educ.* 2013; 17 (44): 23-34.

142. Siqueira JE. Educação médica em bioética. *Rev. Bras. Bioet.* 2007; 3 (3): 301-27.

143. Ngo-Metzger Q, et al. End-of-Life Care: Guidelines for Patient-Centered Communication. *Am Fam Physician.* 2008; 77(2): 167-74.

144. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists' Attitudes Toward and practices in Giving Bad News: An Exploratory Study. *J Clin Oncol.* 2002; 20(8):2189-96.

145. Jefford M, Moore R. Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *Lancet Oncol.* 2008; 9: 485–93.

146. Bjorn E, Rossel P, Holm S. Can the written information to research subjects be improved? An empirical study. *J Med Ethics* 1999; 25: 263–67.

147. Silverman HJ, Luce JM, Lancken PN, et al. Recommendations for informed consent forms for critical care clinical trials. *Crit Care Med* 2005; 33: 867–82.

148. Verheggen FW, Jonkers R, Kok G. Patients' perceptions on informed consent and the quality of information disclosure in clinical trials. *Patient Educ Couns* 1996; 29: 137–53.

149. Morrow GR. How readable are subject consent forms? *JAMA* 1980; 244: 56-58.

150. Petroni AM, Engelhardt HT Jr, editor. *Bioética Global: O colapso do consenso*. 1ª Ed. São Paulo: Paulinas, 2012.

151. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda i Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Martínez Urionabarrenetxea K; Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Treatment recommendations at the end of the life of the critical patient. *Med Intensiva.* 2008;32(3):121-33. Spanish.

152. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008;36(3):953-63. Erratum in: *Crit Care Med*. 2008;36(5):1699.
153. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Colet*. 2004;9(1):139-46.
154. Gilligan T, Raffin TA. Physician virtues and communicating with patients. *New Horiz*. 1997; 5: 6–14.
155. Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur J Cancer*. 1999; 35: 1592–1597.
156. Zachariae R, et al. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*. 2003; 88: 658 – 665.
157. Baile WF, et al. Improving physician–patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. *J Cancer Educ*. 1997; 12:166–173.
158. Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol*. 2005; 17(4):331-5.
159. Leal F. Transmissão de más notícias: Dossier Cuidados Paliativos. *Rev Port Clin Geral*. 2003; 19:40-3.
160. Aitini E, Aleotti P. Breaking bad news in oncology: like a walk in the twilight? *Ann Oncol*. 2006; 17(3):359–60.

## APÊNDICE A

### FORMATO DO QUESTIONÁRIO

#### - DADOS PESSOAIS

- 1.1. Sexo
- 1.2. Idade
- 1.3. Estado civil
- 1.4. Religião
- 1.5. Especialidade
- 1.6. Tempo de formado
- 1.7. Tempo de experiência em UTI
- 1.8. Trabalha em rede pública, privada ou ambas
- 1.9. Por que escolheu medicina como carreira
- 1.10. Por que escolheu terapia intensiva como especialidade

#### QUESTIONÁRIO

- 2.1. Você conhece algum protocolo de abordagem a pacientes ou a familiares de pacientes quanto à decisão de fim de vida na UTI publicado na literatura médica?
- 2.2. A instituição em que você trabalha possui algum protocolo desse modelo?
- 2.3. Você utiliza algum protocolo desse modelo?
- 2.4. Como você percebe a sua abordagem a esses pacientes e familiares?
- 2.5. Como você percebe a abordagem de seus colegas nessa situação?

## APÊNDICE B



Universidade de Brasília

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa AUTONOMIA E PATERNALISMO: CONSENSO ENTRE PACIENTES, FAMILIARES E EQUIPE DE SAÚDE QUANTO AOS CUIDADOS DE FIM DE VIDA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA, sob a responsabilidade do pesquisador Sylvio Torres da Motta. O projeto de mestrado pretende verificar a existência de uma abordagem a pacientes e/ou familiares de pacientes em condições de fim de vida em UTI que seja baseada em suas preferências e em seus valores, e não apenas baseada em evidências médicas. Tal abordagem pode se dar por meio de um protocolo contextualizado às suas realidades. Esse protocolo pode ser uma solução apresentada pela bioética, como ética aplicada que é, após análise do problema. Pretende-se ainda verificar se a resolução CFM 1995/12 pode contribuir para a formulação desse protocolo de abordagem aos cuidados de fim de vida em pacientes de UTI.

O objetivo desta pesquisa é verificar a existência de um protocolo de abordagem a pacientes e/ou familiares de pacientes em condições de fim de vida na UTI.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de um questionário a ser respondido no seu local de trabalho (UTI) na data combinada, com um tempo estimado para sua realização de 10 minutos para sua realização.

O risco decorrente de sua participação na pesquisa é a publicação dos dados de sua entrevista na literatura científica sem, no entanto, constar o seu nome ou qualquer referência à sua pessoa, exceto por um número que lhe será atribuído. Se você aceitar participar, estará contribuindo para esclarecer as origens desse problema que é a má qualidade da comunicação entre profissionais de saúde e seus pacientes, bem como para buscar uma solução a esse problema.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr. Sylvio Torres da Motta ou Dr. Natan Mosores de Sá, na Instituição Universidade de Brasília no telefone (61) 8168-3158 ou (61) 9557-1282 respectivamente, no horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

\_\_\_\_\_  
Nome / assinatura

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.