



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

MELISSA GEBRIM RIBEIRO NIETO

DESAFIOS PERCEBIDOS POR MÉDICOS EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA QUANTO À REALIZAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS SOB O
PRISMA DA BIOÉTICA

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre em
Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em
Bioética da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury
Seidl

Brasília
2023

MELISSA GEBRIM RIBEIRO NIETO

DESAFIOS PERCEBIDOS POR MÉDICOS EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA QUANTO À REALIZAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS SOB O
PRISMA DA BIOÉTICA

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre em
Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em
Bioética da Universidade de Brasília.

Aprovado em _____ de _____ de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Eliane Maria Fleury Seidl - Presidente
Universidade de Brasília - UnB

Prof.^a Helena Eri Shimizu
Universidade de Brasília – UnB

Prof.^a Silvia Maria Gonçalves Coutinho
Secretaria de Saúde do Distrito Federal / Hospital de Apoio de Brasília

Prof. Maria da Glória Lima - Suplente
Universidade de Brasília - UnB

AGRADECIMENTOS

O interesse por bioética, em especial pelo tema biomédico, veio com a residência em medicina paliativa. Os estudos nesse tema acarretaram o desejo de estudar mais sobre bioética. Dessa forma, agradeço às preceptoras da residência em medicina paliativa, Doutoradas Alexandra Arantes e Thayana Zoccoli, que despertaram meu interesse pelo assunto. Agradeço especialmente a Thayana, que foi grande incentivadora dos estudos no mestrado.

Agradeço aos meus pais, que tornaram possível o presente estudo, não só pela educação formal que me foi dada, mas pelo suporte social, uma vez que engravidei e tive um bebê durante o mestrado. Portanto, estudar artigos, concluir disciplinas e escrever essa dissertação só foi possível devido a esse suporte essencial.

Agradeço ao meu esposo, que me apoiou desde a inscrição para o processo seletivo nesta pós-graduação.

Agradeço à minha orientadora, professora Eliane Seidl, pelo cuidado, paciência, ensinamentos, e por estar disponível em todos os momentos em que precisei. Este trabalho é fruto não só do meu empenho, mas do carinho e atenção dispensados nessa orientação.

Agradeço ao meu filho, que me impulsiona a buscar mais conhecimento, a tentar ser uma pessoa melhor, em todos os sentidos e dimensões da vida, a cada dia.

“Confundir um tratamento fútil com a futilidade da vida em si é uma séria ofensa à dignidade humana”

Edmund Pellegrino

RESUMO

Introdução: Os cuidados paliativos devem ser parte dos cuidados intensivos, visando melhor qualidade de vida para o paciente. Entretanto, conflitos relacionados aos cuidados de fim de vida e ao limite de suporte intensivo a pacientes em terminalidade ainda existem. **Objetivo:** Esse estudo visa avaliar os desafios percebidos por médicos intensivistas da SES-DF quanto à realização dos cuidados paliativos nas UTIs, a partir do prisma bioético dos princípios da dignidade humana, autonomia e consentimento. Além disso, buscou-se descrever a conduta mais provável quanto ao uso do suporte artificial em situações de fim de vida; identificar se a dignidade, autonomia e consentimentos do paciente e familiares seriam considerados em tomadas de decisões no fim de vida; e analisar o conhecimento e aplicação da Diretriz de Cuidados Paliativos para Paciente Crítico em UTI da SES – DF nessas respectivas UTIs. **Método:** Estudo descritivo e observacional. Participaram 20 médicos intensivistas. Foram disponibilizados questionários por *link* do Google forms a médicos intensivistas da SES-DF. Esses questionários possuíam conteúdo sociodemográfico, ocupacional e sobre conhecimento em princípios bioéticos, assim como sobre cuidados paliativos e sua realização nas UTIs. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente, utilizando-se os programas Excel e *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS. **Resultados:** Dentre os participantes, 45% (n=9) eram do gênero masculino, 45% (n=9) possuíam residência médica em medicina intensiva, 10% (n=2) trabalhavam em UTI há menos de 5 anos, 25% (n=5) entre 5 e 10 anos, 20% (n=4) entre 11 e 15 anos, e 45% (n=9) há mais de 16 anos. Foram identificados 23 desafios enfrentados pelos médicos intensivistas na realização de cuidados paliativos nas UTIs do DF, dentre os quais, destaca-se a dificuldade na adequação de conduta com a mudança dos objetivos de cuidados em pacientes em processo de terminalidade. Também se detectou que a dignidade humana, autonomia e consentimentos do paciente e familiares são considerados pela maioria dos participantes nas tomadas de decisão em UTIs. Entretanto, 35% dos participantes responderam “às vezes”, e 5% “não, nunca” para o respeito à autonomia de pacientes e familiares em tomada de decisão compartilhada. Percebeu-se ainda que a referida diretriz da

SES-DF não é amplamente conhecida, nem utilizada rotineiramente nos serviços. **Discussão:** Há grande necessidade de treinamento da equipe médica e multidisciplinar em cuidados paliativos e habilidades de comunicação, para adequar e melhorar condutas que beneficiem o paciente, abrindo mais espaço para que o tratamento seja centrado nele e em sua família. Há preocupação com a persistência de posturas paternalistas nas UTIs da SES-DF, e com a possibilidade de os pacientes não terem sua dignidade preservada nas internações. A criação de comitês hospitalares de ética clínica, e o incentivo para que os profissionais participem deles, é um fator que pode aumentar a educação, reflexão e atuação centradas na bioética. **Conclusão:** Dentre os desafios enfrentados por intensivistas na realização de cuidados paliativos, o primordial é a necessidade de capacitação da equipe médica e multiprofissional em cuidados paliativos, bioética e habilidades de comunicação para o alinhamento do planejamento de cuidados a partir da tomada de decisão compartilhada.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; unidades de terapia intensiva; tomada de decisão compartilhada; bioética.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care should be part of the intensive care, aiming at a better quality of life for the patient. However, conflicts related to end-of-life care and the limit of intensive support for terminally ill patients still exist. **Objective:** This study aims to assess the challenges perceived by intensive care physicians at SES-DF regarding palliative care in ICUs, based on the bioethical prism of the principles of human dignity, autonomy and consent. In addition, we sought to describe the most likely conduct regarding the use of artificial life support in end-of-life situations; identify whether the dignity, autonomy and consent of the patient and family would be considered in decision-making at the end of life; and to analyze the knowledge and application of the Guideline for Palliative Care for Critical Patients in the ICU of the SES – DF in these respective ICUs. **Method:** Descriptive and observational study. Twenty physicians answered to online questionnaires, which were made available via Google forms link to SESDF intensive care physicians. These questionnaires had themes as socio-demographic and occupational content, knowledge on bioethical principles, as well as on palliative care and its implementation in ICUs. The data obtained were statistically analyzed using the Excel and Statistical Package for Social Sciences – SPSS programs. **Results:** Among the participants, 45% (n=9) were male, 45% (n=9) had residency in intensive care medicine, 10% (n=2) worked in the ICU for less than 5 years, 25% (n=5) between 5 and 10 years, 20% (n=4) between 11 and 15 years, and 45% (n=9) for more than 16 years. A total of 23 challenges faced by intensive care physicians in providing palliative care in ICUs in the Federal District were identified, highlighting the difficulty in adjustment of therapies to new goals of care of patients in the terminal process. It was detected that human dignity, autonomy and patient and family consent were considered in ICU's decision-making for the most participants. However, 35% of the participants answered "sometimes", and 5% "no, never" for respecting the autonomy of patients and family members in shared decision-making. It was noticed that the SES-DF's guideline is not widely known, nor is it routinely used in the services. **Discussion:** There are a great need for training and qualification

of the entire team (medical and multidisciplinary) in palliative care and communication skills to adjust and improve therapeutics that benefit the patient. In this way, there will be more chance to execute treatments centered on the patient. There is concern about the persistence of paternalistic attitudes in the SES-DF ICUs, and with the possibility of patients not having their dignity preserved during hospitalizations. The creation of hospital clinical ethics committees and encouragement for health professionals to integrate them is a factor that can increase education, reflections and provide care centered on bioethics. **Conclusion:** Among the challenges faced by intensivists in providing palliative care, the most important is the need to train the medical and multidisciplinary team in palliative care, bioethics and communication skills to align care planning based on shared decision-making.

Keywords: Palliative care; intensive care units; shared, decision-making; bioethics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos participantes do estudo nas UTIs da SESDF -----	40
Figura 2 - Distribuição das religiões e crenças dos participantes -----	40
Figura 3 - Fase de assistência e nível de suporte do caso clínico da questão 7 do questionário -----	43
Figura 4 - Distribuição dos escores no primeiro subgrupo de temas do questionário -----	44
Figura 5 - Distribuição dos escores no subgrupo “prognóstico e resultados”----	46
Figura 6 - Distribuição dos escores no subgrupo “objetivos de cuidados curativos e paliativos” -----	49
Figura 7 - Distribuição dos escores no subgrupo “autonomia do paciente” -----	52
Figura 8 - Distribuição dos escores no subgrupo “protocolos e gerenciamento de qualidade” -----	54
Figura 9 - Distribuição dos escores no subgrupo “condutas quanto aos objetivos de cuidados” -----	58
Figura 10 - Distribuição dos escores no subgrupo “aspectos da equipe” -----	59
Figura 11 - Distribuição dos escores no subgrupo “cuidado na fase de terminalidade” -----	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Possibilidade de morte conforme quadro clínico na assistência intensiva -----	20
Quadro 2 – Níveis de suporte conforme Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto, admitido em UTI da SES-DF -----	21
Quadro 3 - Passos complementares para tomada de decisão baseados em princípios bioéticos -----	28
Quadro 4 – Classificação dos itens do questionário conforme sua implementação e relevância nas UTIs -----	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Conhecimento sobre bioética, cuidados paliativos e sobre a Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto Admitido em UTI ($n=20$)-	42
Tabela 2 - Sobre prognóstico e resultados ($n=20$) -----	44
Tabela 3 - Objetivos de cuidados curativos e paliativos ($n=20$) -----	47
Tabela 4 - Autonomia do paciente ($n=20$) -----	50
Tabela 5 - Protocolos e gerenciamento de qualidade ($n=20$) -----	53
Tabela 6 - Condutas quanto aos objetivos de cuidados ($n=20$) -----	55
Tabela 7 - Aspectos da equipe ($n=20$) -----	58
Tabela 8 - Cuidado na fase de terminalidade ($n=20$) -----	60
Tabela 9 - Diferença entre status da implementação, importância, discrepância na implementação e relevância -----	65
Tabela 10 - Correlação de Spearman entre subtemas do questionário -----	66
Tabela 11 - Escore total dos participantes e variáveis categóricas -----	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade

DP – Desvio padrão

DUBDH - Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos

EAPC - European Association for Palliative Care

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FS – Faculdade de Ciências da Saúde

IAHPC - International Association for Hospice and Palliative Care

NECPAL – Necessidades paliativas

OMS – Organização Mundial de Saúde

POP - Protocolo operacional padrão

PPS - Palliative Performance Scale

RCP - Reanimação cardiopulmonar

SAPSII - Simplified Acute Physiology Score II

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBB - Sociedade Brasileira de Bioética

SEI - Sistema Eletrônico de Informações

SES-DF - Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SOFA - Sequential Organ Failure Assessment

UnB - Universidade de Brasília

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 REVISÃO DA LITERATURA	16
2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVOS	31
3 MÉTODO	33
3.1 PARTICIPANTES	33
3.2 INSTRUMENTOS	33
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
3.4 ANÁLISE DE DADOS	36
4 RESULTADOS	39
4.1 CONHECIMENTO SOBRE BIOÉTICA, CUIDADOS PALIATIVOS E SOBRE A DIRETRIZ PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTE CRÍTICO ADULTO ADMITIDO EM UTI	41
4.2 PROGNÓSTICOS E RESULTADOS	44
4.3 OBJETIVOS DE CUIDADOS CURATIVOS E PALIATIVOS	46
4.4 AUTONOMIA DO PACIENTE	49
4.5 PROTOCOLOS E GERENCIAMENTO DE QUALIDADE	52
4.6 CONDUTAS QUANTO AOS OBJETIVOS DE CUIDADOS	54
4.7 ASPECTOS DA EQUIPE	58
4.8 CUIDADO NA FASE DE TERMINALIDADE	60
4.9 ANÁLISE DAS CATEGORIAS	63
4.10 ASSOCIAÇÕES ENTRE OS TEMAS DA PESQUISA	65
4.11 ASSOCIAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, OCUPACIONAIS, TEMPO DE ATUAÇÃO E ESCORE TOTAL DOS PARTICIPANTES	66
5 DISCUSSÃO	69
6 CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS PARTICIPANTES NO GOOGLE FORMS	107

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FS – UnB -----	113
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FEPECS -----	124

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, o aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas, o constante desequilíbrio entre a demanda e a oferta de leitos hospitalares, especialmente leitos de terapia intensiva, além do dever de respeitar a autonomia do paciente, contextualizam a necessidade de se repensar os cuidados aos pacientes com baixa probabilidade de recuperação (1,2,3). Portanto, os cuidados paliativos devem ser considerados e discutidos com pacientes e familiares, visando melhor qualidade de vida para o paciente, principalmente quando esse cuidado será fornecido em ambiente de terapia intensiva (4).

O paradigma tecnocientífico vincula uma mudança no perfil epidemiológico de doenças crônicas não transmissíveis, induzindo a discussões sobre autonomia e autodeterminação do paciente. Apesar disso, em muitos serviços de saúde da atualidade, os cuidados curativos ainda são priorizados, não ocorrendo discussões e reflexões sobre as comorbidades, gravidade e possibilidade de reversão dos quadros clínicos dos pacientes, ou seja, sobre as circunstâncias em que há clara e indiscutível aplicabilidade do cuidado intensivo ou necessidade de se priorizar os cuidados paliativos, focando-se nos valores do paciente ao invés do foco na doença (4). Dessa forma, a interação entre biopolítica e cuidados no fim de vida apresenta conflitos bioéticos. Ou seja, ainda há dúvidas quanto à extensão da autonomia dos pacientes em relação ao controle do próprio corpo e seus desejos, ou quanto à adequação de condutas nos cuidados do fim de vida para a tomada de decisão (4).

Conflitos relacionados aos cuidados de fim de vida e ao limite de suporte intensivo a pacientes em terminalidade, por exemplo, ainda existem devido à forte influência da educação médica baseada em princípios éticos hipocráticos tradicionais, associada ao treinamento tecnicista focado na doença e no corpo (4). Nesse sentido, é possível também acrescentar o paternalismo ainda existente, o qual impede que o paciente exerça sua autonomia nas tomadas de decisão sobre seu tratamento, uma vez que o médico seria o grande detentor do saber por conhecer a doença do paciente, e assim decidiria o que seria melhor para o indivíduo enfermo, sem preocupação com seu bem-estar e qualidade de vida (5,6).

Nesse contexto, em que há incompreensão sobre o uso adequado e técnico dos recursos terapêuticos disponíveis, além da persistência de tomadas de decisão paternalistas, ocorrem dificuldades de entendimento dos princípios bioéticos e da deliberação moral e bioética de conflitos. A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), promulgada em 2005, apresenta 15 princípios, dentre os quais três deles são de interesse neste estudo, a saber: o Art.3º Dignidade e direitos humanos; o Art. 5º Autonomia e responsabilidade individual e o Art. 6º Consentimento (7).

Os princípios da DUBDH acima citados podem ser associados à abordagem dos cuidados paliativos, que defende a dignidade e direitos humanos, autonomia do indivíduo, assim como seu direito à informação para fornecer consentimento livre e informado quanto a tratamentos e/ou procedimentos. Portanto, nessa abordagem centrada no paciente, em que há o respeito aos princípios bioéticos, não há espaço para tomadas de decisão paternalistas.

Entretanto, muitos países ainda mantêm o modelo paternalista de tomada de decisão, o que interfere diretamente na qualidade de vida e morte dos pacientes. Para exemplificar, em 2015, foi desenvolvido o Índice de Qualidade de Morte (*Death Quality Index*) para avaliar a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos cuidados paliativos e no fim de vida em 80 países, abrangendo 85% da população mundial e 91% da população acima de 65 anos. As categorias avaliadas foram ambiente de saúde e cuidados paliativos, recursos humanos, acessibilidade ao cuidado, qualidade do cuidado e participação da sociedade. O Brasil ficou na 42ª posição, o que demonstra que ainda há muito a ser desenvolvido no país no que se refere à oferta de assistência à saúde com base na abordagem dos cuidados paliativos (3,8).

Isto posto, o objetivo deste estudo é avaliar as dificuldades encontradas por médicos intensivistas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal quanto à realização dos cuidados paliativos e de fim de vida nas UTIs, a partir do prisma bioético e dos princípios da dignidade humana, autonomia e consentimento.

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

A Medicina Intensiva se destina a diagnosticar e tratar pacientes em risco iminente de morte, porém com agravos potencialmente reversíveis. Nesse contexto, incontáveis são as vidas salvas em situações críticas. Entretanto, pacientes agudamente enfermos podem evoluir com falência de múltiplos órgãos e sistemas, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além disso, as UTIs passaram a receber, também, pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas com intercorrências clínicas as mais diversas e que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos (5,9,10). Contudo, quando a falência de múltiplos órgãos em pacientes críticos não responde ao tratamento, e os objetivos de cuidados propostos já não podem ser alcançados, ou quando o suporte artificial de vida torna-se desproporcional ao prognóstico esperado, os médicos intensivistas devem esperar que a morte ocorra a qualquer momento. Quando as terapias sustentadoras de vida não estão de acordo com os desejos do paciente, ou paradoxalmente tornam-se penosas ao paciente, provocando mais sofrimento e malefícios do que benefícios, então podem ser suspensas, o que é comum em ambientes de UTI (11).

Considerando que os pacientes críticos são vulneráveis, com risco elevado de mortalidade e que o prognóstico imediato é frequentemente incerto, logo são submetidos a procedimentos invasivos desagradáveis, podendo sofrer por dor e desconfortos, além de serem altamente dependentes. Os membros da família, muitas vezes sob pressão, são envolvidos nos processos de tomada de decisão. Nestas circunstâncias, os princípios dos cuidados paliativos são fundamentais (5,12). Muitas vezes, os médicos se eximem da responsabilidade da tomada de decisão, delegando-a ao paciente e familiares, como uma forma de se proteger e promover a autonomia do paciente. Entretanto, essa autonomia "solitária" pode privar o paciente de uma abordagem profissional e técnica, que possa guiar melhor sua tomada de decisão, principalmente em situações críticas (13). Portanto, a boa decisão é aquela que une tratamentos considerados adequados a preferências e valores do paciente (5).

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS (14), publicada em 1990 e revisada em 2002 e 2017:

Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais.

Nesse contexto, indicam-se os cuidados paliativos em ambientes intensivos a todos os pacientes com risco de morte e com sintomas que comprometam a qualidade de vida (5,15). Isto é, os cuidados paliativos prestados a pacientes agudamente enfermos, com possibilidade de reversão do quadro, serão aqueles para aliviar o desconforto da doença e do tratamento intensivo (tais como alívio da dor, da sensação de boca seca, presença de *delirium*, dispnéia, entre outros). Já para pacientes com condição clínica em que a equipe percebe uma falta de respostas ou uma resposta insuficiente aos recursos utilizados, com uma crescente tendência ao desfecho morte ou irreversibilidade, deve-se estabelecer o consenso entre equipe, paciente e família quanto aos procedimentos a serem efetuados. Assim, a prioridade passa a ser a melhor qualidade de vida possível, e os cuidados que modifiquem a doença podem ser oferecidos quando julgados proporcionais pela equipe e paciente/família. Por fim, nos pacientes com condição clínica na qual a equipe reconhece a irreversibilidade da doença e a morte iminente, o cuidado paliativo passa a ser exclusivo, e todas as medidas introduzidas buscam a melhor qualidade de vida possível e o conforto do paciente e de seus familiares (16).

Os objetivos tradicionais dos cuidados intensivos são reduzir a morbidade e a mortalidade associadas com a doença crítica, manter a função orgânica e restaurar a saúde. Os cuidados devem, ainda, visar devolver ao paciente a funcionalidade e qualidade de vida aceitáveis para ele mesmo e reduzir deficiências. Por outro lado, quando os objetivos tradicionais não podem mais ser atingidos, quando a disfunção orgânica de uma doença crítica não pode mais ser revertida ou quando o suporte à vida pode gerar resultados incongruentes com os valores do paciente, deve-se assegurar dignidade e apoiar com compaixão o processo de morrer (5,17-19).

Apesar do desenvolvimento de novas tecnologias e das atualizações e melhorias no processo de cuidado, a taxa de mortalidade em UTIs mantém-se alta, chegando de 20 a 35%. Além disso, nos últimos anos, houve aumento em 30% das admissões de pacientes em seu último mês de vida (11). Portanto, a abordagem dos cuidados paliativos oferece ao paciente e familiares a oportunidade de manter e / ou melhorar a qualidade de vida durante o processo de doença e no fim de vida. Dessa

forma, os cuidados paliativos e cuidados no fim de vida devem ser fornecidos por todos os profissionais de saúde que cuidam de pacientes e familiares que estão lidando com uma doença ameaçadora à vida (20).

Segundo Daniel Forte (21), nos últimos anos, diversas sociedades de Medicina Intensiva publicaram seus consensos sobre o cuidado a pacientes em fim de vida na UTI (15,21,22). Alguns pontos são abordados por quase todos estes consensos, como a discussão sobre o problema da obstinação terapêutica, os dilemas que envolvem a utilização de suporte artificial de vida na terminalidade e a discussão sobre o papel do paciente e de sua família nas decisões médicas de fim de vida. Quanto à obstinação terapêutica, conforme Niemeyer-Guimarães e Schramm (4), os cuidados curativos são priorizados e orientados, acarretando falha quanto às discussões e reflexões sobre as circunstâncias em que há aplicabilidade do cuidado intensivo ou priorização dos cuidados paliativos (4). A obstinação terapêutica ou distanásia caracteriza-se pela manutenção e introdução de tratamentos incapazes de trazer algum benefício às pessoas em fase final da vida, prolongando de forma inútil e sofrida o processo de morrer (21, 22). Na obstinação terapêutica, o objetivo é o prolongamento ao máximo da quantidade de vida remanescente, sem se importar com a sua qualidade, investindo assim todos os recursos tecnológicos disponíveis, independentemente do sofrimento por eles gerados. Na medicina que visa somente a cura, a distanásia, infelizmente, é uma condição bastante frequente (21- 24).

A limitação de tratamentos considerados fúteis ou inúteis, evitando a obstinação terapêutica, e a introdução de procedimentos médicos que visam promover alívio e conforto ao paciente com doença que ameaça a vida são práticas recomendadas pela Associação Médica Mundial, Conselho da Europa, Corte Europeia de Direitos Humanos e supremas cortes de diferentes países, como Canadá, Estados Unidos e Reino Unido (5,9,10). Em 2011, a Câmara Técnica de Terminalidade e Cuidados Paliativos da Associação de Medicina Intensiva Brasileira promoveu o II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”, com o objetivo de elaborar recomendações pertinentes aos cuidados paliativos a serem prestados aos pacientes criticamente enfermos. Houve a participação de membros das sociedades brasileira, uruguaia e argentina de Medicina Intensiva (5,15,16).

Considerando os consensos existentes e a necessidade de implementar a priorização de cuidados paliativos a pacientes sem possibilidade de reversibilidade

de seu quadro clínico, em 2018 foi aprovada a Diretriz de Cuidados Paliativos em Pacientes Críticos Adultos Admitidos em UTI, que se tornou protocolo vigente da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Essa diretriz foi produzida em conjunto por médicos paliativistas e médicos intensivistas do Distrito Federal, com a intenção de orientar condutas e tomadas de decisões nas UTIs da SES-DF. Essa diretriz foi publicada no Diário Oficial do Distrito Federal No. 94 de 17/05/2018 (16).

Essa diretriz da SES-DF tem por finalidade (16):

- sensibilizar profissionais que cuidam de pacientes críticos, especialmente em ambiente de terapia intensiva, sobre a importância dos cuidados paliativos;
- estabelecer ações e critérios para nortear identificação, avaliação e cuidados de pacientes críticos, especialmente os internados em terapia intensiva;
- criar um ambiente propício para decisões compartilhadas sobre tratamento em pacientes em final da vida;
- respeitar a autonomia do paciente e, quando existentes, as suas Diretivas Antecipadas de Vontade;
- possibilidade de suspensão ou não introdução de medidas fúteis para pacientes em final da vida, visando a prática da ortotanásia.

Dessa forma, nesta diretriz, é possível identificar pacientes com doenças crônicas avançadas que necessitam de cuidados paliativos dentro dos serviços de saúde, por meio da utilização de indicadores clínicos, como o instrumento necessidades paliativas (NECPAL) (25), e da avaliação funcional do paciente (utilizando-se a escala *Palliative Performance Scale* – PPS como ferramenta). Após essa identificação, é possível realizar tomada de decisão compartilhada sobre as prioridades de cuidado (cuidado curativo ou paliativo). Assim que essas prioridades forem estabelecidas, a diretriz orienta prosseguir com a definição do nível de suporte no ambiente intensivo e a adequação de medidas terapêuticas conforme o quadro clínico, discussão prévia multiprofissional e com familiares e tomada de decisão compartilhada. Logo, esse documento auxilia não só médicos intensivistas, mas profissionais de saúde que trabalham em ambiente de cuidados intensivos sobre as prioridades de cuidado e quando priorizar os cuidados paliativos no tratamento de um paciente nesse ambiente (16).

A definição do nível de suporte considera o quadro clínico como um todo, gravidade da doença, comorbidades do paciente, possibilidade de reversão do

quadro e /ou de morte, a qual é dividida em “pouco provável”, “prevista para semanas ou meses” ou “prevista para dias ou horas”. Assim, é possível priorizar o cuidado intensivo ou paliativo ao paciente conforme essa avaliação (Quadro 1). Por esse motivo, a definição de nível de suporte não é permanente, a depender da avaliação, mudança do quadro clínico, ela poderá ser modificada (16).

Quadro 1 - Possibilidade de morte conforme quadro clínico na assistência intensiva

		FASES DA ASSISTÊNCIA INTENSIVA		
		FASE I: morte pouco provável	FASE II: morte prevista para dias, semanas ou meses	FASE III: morte prevista para horas ou dia
T I P O D E C U I D A D O	CUIDADOS CURATIVOS	++++	+ / ++	-
	CUIDADOS PALIATIVOS	+	++	++++
		Nível de Suporte A	Nível de Suporte B ou C*	Nível de Suporte D

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2018 (16)

Nessa perspectiva, a diretriz sugere classificar o nível de suporte após avaliação da probabilidade de morte em nível A, B, C ou D, para facilitar a conduta conforme o quadro clínico do paciente. Isso é demonstrado no Quadro 2 (16). Ressalta-se que as intervenções do Quadro 2 não são fixas, apenas norteiam o cuidado e as condutas a serem tomadas.

Quadro 2 – Níveis de suporte conforme Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto, admitido em UTI da SES-DF

Nível de Suporte A SEM LIMITAÇÃO DE SUPORTE	Nível de Suporte B	Nível de Suporte C	Nível de Suporte D
Nível de suporte de todos os pacientes admitidos até as primeiras 72h de permanência na UTI	<p>Paciente definido para não ser submetido a manobras de RCP em caso de PCR</p> <p>Outras terapias devem ser iniciadas e/ou continuadas</p>	<p>Considerar Adequação de Medidas</p> <p>Não introduzir novo suporte</p> <p>Considerar limitação da dose de Noradrenalina a 1.5mcg/kg/min</p> <p>Considerar limitação de suporte dialítico</p> <p>Suspender ou não iniciar antibióticos (incluindo anti-retrovirais)</p> <p>Manter sedação e analgesia individualizadas, visando o máximo conforto</p> <p>Manter VM controlada com parâmetro adequados para manter o máximo conforto</p> <p>Manter suporte nutricional, evitando uso de Nutrição Parenteral Total</p>	<p>Manter medidas de conforto do Nível C, com sedação e analgesia necessárias para manter o máximo conforto</p> <p>Descontinuar uso de MVA e suporte dialítico</p> <p>Não realizar procedimentos invasivos ou desconfortáveis, como coleta de exames, glicemia capilar, aspiração traqueal</p> <p>Se em VM: manter VM controlada com parâmetros adequados para manter o máximo conforto</p> <p>CONSIDERAR EXTUBAÇÃO PALIATIVA</p> <p>Descontinuar dieta enteral</p> <p>Limitar hidratação venosa</p>

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2018 (16)

Em UTI, atualmente, cresce a importância da integração entre os cuidados paliativos e os curativos desde o momento da admissão, na busca de um atendimento de qualidade. Além disso, uma abordagem precoce também permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes às doenças de base (1,5,15). A principal questão a ser enfrentada por pacientes, familiares e equipe não é “se” o paciente é candidato a cuidados paliativos, mas sim “qual” o foco prioritário no contexto da internação em decorrência do quadro agudo: a cura e o restabelecimento funcional ou o conforto e a qualidade de vida (1,5,15).

Contudo, existem barreiras à introdução dos cuidados paliativos de excelência no fim de vida a pacientes internados em UTI. Por exemplo, a ausência

de habilidade profissional, devido à precariedade de treinamentos e de educação em cuidados paliativos na graduação; dificuldades na comunicação, uma vez que os profissionais foram treinados em sua maioria para resolução de competências exclusivamente de sua área e não com interação interdisciplinar; e ausência de um bom treinamento em comunicação do clínico / intensivista para discutir com pacientes e familiares sobre progressão de doença e terminalidade, além dos objetivos de cuidado e desejos sobre fim de vida do paciente (20).

Estudo qualitativo realizado nos EUA por Price et al (20) sobre os desafios e problemas percebidos por equipe multiprofissional de um hospital em fornecer cuidados paliativos e cuidados em fim de vida, tanto em UTI adulto como pediátrica, contando com 425 participantes, demonstrou que a dificuldade em comunicação (97%), seguida pela dificuldade na tomada de decisão e planejamento de cuidados (75%), e necessidade de educação continuada (60%) foram os maiores desafios e problemas percebidos por esses profissionais (20). Portanto, após a percepção do problema, concluiu-se nesse estudo que dificuldades na comunicação ocorreram em vários níveis, não apenas entre paciente e médico, mas também entre membros da equipe multiprofissional. Conseqüentemente, se a comunicação não é adequada, isso afeta o planejamento de cuidados e a tomada de decisão, que também poderão ser inadequados. Quanto à necessidade de educação, a equipe multiprofissional deve receber treinamento sobre comunicação e condução de uma discussão sobre progressão de doença com paciente e familiares, o que acarretará no melhor alinhamento de condutas considerando os valores e desejos de paciente e familiares, além da melhor promoção de qualidade de vida, evitando-se medidas terapêuticas fúteis (20).

Na Alemanha, também foi publicado estudo sobre as percepções de anesthesiologistas que atuavam em unidades de terapia intensiva (UTI) quanto aos cuidados de fim de vida. Nesse estudo (26), caracterizaram-se como necessidades urgentes: a implementação de conhecimento sobre o quadro do paciente após alta da UTI; melhor preparo dos profissionais de saúde para realizar discussões interdisciplinares e planejamento de cuidados ao paciente e familiares; inclusão da enfermagem e familiares no processo de planejamento de cuidados e tomadas de decisões.

No estudo conduzido por Price et al. (20), conclui-se sobre a importância de todos os profissionais de saúde que lidam com pacientes críticos terem formação

básica e geral, com habilidades em cuidados paliativos, a fim de reconhecerem melhor as necessidades de pacientes e familiares, e poderem promover melhor cuidado em fim de vida (20). Dessa forma, considerando essa formação profissional, é possível realizar o processo de decisão compartilhada, no qual profissionais de saúde e pacientes, ou seus substitutos, compartilham informações entre si e participam conjuntamente na tomada de decisão (5,17,18,27).

Diversos aspectos devem ser considerados na tomada de decisão compartilhada sobre as prioridades de cuidado, tais como (9,5,15,27):

- indicadores clínicos, pode-se utilizar o NECPAL (25), destacando-se a capacidade funcional prévia e atual (performance de 50% ou menos na Escala de Performance Paliativa - PPS é um indicador de terminalidade) (28);
- história natural da doença ou grupo de doenças;
- internações prévias em UTI;
- progressão da doença, apesar do tratamento instituído;
- presença de fatores de mau prognóstico: choque refratário, piora clínica apesar da otimização terapêutica, sem condições de desmame de tratamentos invasivos;
- evidência de doença extensa ou presença de duas ou mais falências orgânicas irreversíveis;
- tratamentos disponíveis para a doença;
- aplicação de princípios bioéticos (7).

Quanto ao prisma bioético, a abordagem dos cuidados paliativos pode ser relacionada aos princípios como o da dignidade humana, autonomia e consentimento, segundo a DUBDH (7).

O artigo 3º da DUBDH (7) sobre o princípio da Dignidade Humana e Direitos Humanos cita que: “a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade. b) Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade (p. 6).” Portanto, a DUBDH coloca o princípio da dignidade humana como uma referência central, a qual deve ser respeitada em sua totalidade.

Segundo Pereira (29):

a dignidade da pessoa humana é entendida como o reconhecimento de um valor, assente na assunção Kantiana de que a pessoa humana é um fim, em si mesma, negando a sua utilização como meio. (...) Este valor universal

inerente a todos os seres humanos, consagrado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, fundamenta uma atitude ética de respeito e de cuidado face ao outro e que advoga o direito que a pessoa tem a receber cuidados de saúde, a não ser sujeita a tratamentos cruéis, desumanos e degradantes (p. 217).

Destaca-se que este direito forma a base da Carta de Praga (30), declaração firmada entre instituições e associações internacionais de cuidados paliativos como a *Internacional Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC)*, *European Association for Palliative Care (EAPC)*, que defende a prestação de cuidados paliativos e o tratamento da dor como direito universal a todas pessoas que necessitem (30-32).

Considerando, portanto, que dignidade é o valor intrínseco da pessoa humana, conforme Albuquerque (32), desta concepção decorrem três princípios: do respeito à pessoa, da não instrumentalização, e da vedação do tratamento humilhante, desumano e degradante. A relevância destes princípios decorrentes da dignidade humana está no fato de que a concepção do termo como valor intrínseco somente não é capaz de justificar ações morais. Logo, ao se investigar esses princípios derivados da dignidade humana, é possível que esse termo tenha impacto concreto diante das ações humanas (32).

Dessa maneira, é importante destacar que os cuidados paliativos são regidos por princípios (3,14):

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis.
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida.
- Não acelerar nem adiar a morte.
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente.
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da morte.
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto.
- Garantir abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.
- Iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas terapêuticas.

Dessa forma, é possível observar que essa abordagem é centrada no paciente, logo respeita o princípio de não instrumentalização do indivíduo, além de respeitá-lo como pessoa humana conforme os princípios “oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da morte”; e “garantir abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto”. Além disso, o primeiro princípio dessa abordagem “promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis” já se associa ao princípio da vedação do tratamento humilhante, desumano e degradante.

Neste sentido, destaca-se outro documento importante, a Declaração de Montreal (33), que defende o fácil acesso à rede de saúde e a medicamentos específicos (opioides) para pacientes que sofrem com dor, evitando-se assim tratamento humilhante, desumano e degradante. Logo, o tratamento da dor, um dos pilares dos cuidados paliativos, configura-se como direito humano, preservando a dignidade humana. E, portanto, a Carta de Praga (30) e a Declaração de Montreal (33) tomam o tratamento da dor como um dos pontos fundamentais na defesa de que a prestação de cuidados paliativos na saúde é um direito humano (31,34,35).

O artigo 5º da DUBDH (7), sobre autonomia e responsabilidade individual, cita que:

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia (p. 6).

Na bioética principialista de Childress e Beauchamp o princípio da autonomia, o qual é extremamente individualista, é colocado como um super princípio, estando acima dos demais princípios anglo-saxônicos (36). Entretanto, na DUBDH, esse princípio foi amplamente reconhecido, porém desdobrado para melhor compreensão e discussão de casos em diferentes realidades. Assim, segundo Albuquerque e Garrafa (37):

a autonomia teve sua participação ampliada no contexto acadêmico internacional, sendo sua representatividade desdobrada para nada menos que três artigos: autonomia e responsabilidade individual (artigo 5º), consentimento (artigo 6º) e indivíduos incapazes de consentir (artigo 7º) (p. 453).

Dessa forma, este estudo considera essa releitura dos princípios bioéticos realizada pela DUBDH, a qual refere que os artigos sobre autonomia e

responsabilidade individual, e sobre consentimento são princípios. Assim, consentimento não se vincula à autonomia apenas como parte deste conceito, conforme os princípios bioéticos anglo-saxônicos, tendo, portanto, uma maior representatividade, segundo a DUBDH (7,37).

Quanto ao respeito à autonomia, entende-se que a liberdade e a qualidade de agente são condições essenciais para essa concretização. Isto é, para que um indivíduo seja autônomo, ele precisa ter liberdade de escolha, a qual necessariamente deve ser livre de influências coercitivas e controladoras. Além disso, o indivíduo autônomo também deve ter a capacidade de agir intencionalmente, tendo total entendimento da situação em que se encontra. No campo biomédico, isso significa que o paciente não deve sofrer influências coercitivas e manipuladoras da equipe de saúde no seu processo de tomada de decisão quanto à realização de tratamentos e procedimentos (37).

Logo, um dos limites à autonomia é o paternalismo na relação médico-paciente, na qual o médico motivado pelo desejo de oferecer o melhor tratamento ao paciente, segundo seu ponto de vista e conhecimento, adota uma tomada de decisão unilateral, sem considerar valores, desejos e opinião do paciente (37,38). Neste contexto, define-se uma pessoa autônoma como aquela com capacidade de deliberar sobre questões pessoais e de atuar de forma consciente. Portanto, o respeito à autonomia de um indivíduo se apresenta como o respeito e consideração de seus valores, posições e opções, além do fornecimento de todas as informações necessárias para uma tomada de decisão (37).

Isto posto, destaca-se que o princípio básico das equipes de cuidados paliativos é moldado pelo respeito à autonomia de pacientes portadores de doenças que limitam a vida, assim como de seus familiares. Dessa forma, respeita-se a multidimensionalidade dos indivíduos (social, emocional, espiritual e física). Além disso, as discussões e comunicações são realizadas por equipes multidisciplinares, baseadas no princípio ético-deliberativo, de forma a instrumentalizar os pacientes de suas opções diagnósticas e terapêuticas. Dessa maneira, o indivíduo e seus familiares são capazes de dimensionar a proporcionalidade das medidas possíveis em alinhamento às suas vontades e valores, de forma a lhes garantir o respeito e manutenção de qualidade de vida (39).

Todavia, conforme Alencar (39), ressalta-se

a importância de se definir tecnicamente indicações terapêuticas e adequação destas a cada situação clínica. Ou seja, não cabe ao paciente ou seus familiares decidirem por opção diagnóstica ou terapêutica que não estejam indicadas a determinada situação clínica, e cabe ao médico esclarecê-los sobre tal, também respeitando seus valores. (p. 228)

Assim, uma vez que o princípio da autonomia fora desdobrado em três princípios na DUBDH, o art. 6º sobre consentimento está interligado ao princípio de respeito à autonomia, pois a expressão da autonomia de um indivíduo ocorre pelo consentimento informado (37). Deste modo, segundo o item 'a' da DUBDH (7),

qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e pode ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito. (p. 5)

Dessa maneira, o consentimento informado é um desdobramento do princípio da autonomia bioética, de forma que o paciente se desloca de um estado de vulnerabilidade para protagonista de sua vida e da relação médico-paciente. Isto é, no processo de consentimento informado há troca de informações, esclarecimentos, dados sobre riscos, benefícios, enfim um diálogo que estabelece uma relação positiva entre médico e paciente, permitindo que o paciente possa compreender sobre sua saúde, diagnóstico, prognóstico e alternativas de tratamentos existentes. Assim, há respeito à autonomia, uma vez que o paciente terá acesso a informações de qualidade. Entretanto, se houver informação deficitária, ou mesmo a não compreensão das informações por parte do paciente, a autonomia deste estará comprometida, o que também compromete seu consentimento (40,41).

Por meio deste artigo 6º também é possível analisar documentos como as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e o Testamento Vital, uma vez que na abordagem dos cuidados paliativos é desejável a construção de um planejamento de cuidados em conjunto com o paciente. Tais documentos, elaborados por indivíduos autônomos, relatam seus valores, considerações e desejos quanto a possíveis tratamentos e recusas terapêuticas em caso de doenças graves, irreversíveis e incuráveis, devendo ser utilizados no momento em que não puderem expressar livremente sua vontade. Também podem ser revogados a qualquer momento. Portanto, são documentos que representam a autonomia exercida pelo indivíduo, com sua expressão por meio do consentimento ou recusa, informados por escrito,

para realização de determinadas condutas médicas no contexto de determinadas doenças (42,43).

Isto posto, visando a orientar o processo de tomada de decisão, considerando os aspectos bioéticos, associados ao refinamento do conhecimento técnico quanto ao quadro clínico do paciente, foi proposta por Forte, Kawai e Cohen (13) uma diretriz para alinhar a melhor prática médica baseada em evidências aos cuidados centrados na pessoa. Esse guia divide o processo de tomada de decisão em quatro passos complementares e baseados em princípios bioéticos, conforme mostra o Quadro 3 (13).

Quadro 3 - Passos complementares para tomada de decisão baseados em princípios bioéticos

Os 4 Passos	Foco	Objetivo	Método
1º passo: ética da precisão	No corpo e na doença, avaliar a doença e opções de tratamentos disponíveis.	Precisão no diagnóstico e prognóstico, assim como nas taxas de sucesso e falência do tratamento.	Uso da medicina baseada em evidência, probabilidade e pensamento científico.
2º passo: ética da compreensão	O indivíduo e sua biografia. Conhecer os valores do paciente e sua visão quanto ao que é sofrimento.	Compreender e ser empático com o sofrimento do paciente. Ouvir, estar presente, aprender sobre a visão de sofrimento do paciente, não tentar mudá-la ou consertá-la.	Comunicação empática.
3º passo: ética da consciência da situação	Equipe interdisciplinar de saúde	Aplicar a medicina baseada em evidências ao caso do paciente, associando seus valores e biografia ao tratamento.	Avaliação clínica e comunicação efetiva entre membros da equipe.
4º passo: ética do ponderamento	O familiar responsável pelo paciente.	Fornecer relatório e construir objetivos de cuidados em conjunto com familiar e paciente, assegurando respeito aos seus valores, além da realização de medidas cientificamente aceitas para o tratamento.	Ponderamento e comunicação centrada na pessoa

Fonte: Forte, Kawai e Cohen, 2018 (13)

Essa diretriz pode ser uma ferramenta educacional e prática para guiar profissionais médicos nas situações clínicas desafiadoras, promovendo ao paciente um tratamento de alta qualidade e centrado no indivíduo, sendo, portanto, ético e baseado em evidências (13).

Destaca-se que a Diretriz de Cuidados Paliativos Para Paciente Crítico Admitido em UTI Adulto da SES-DF (16) segue esses passos em suas orientações, conforme exemplifica-se abaixo:

- 1º passo – ética da precisão: identifica-se pacientes com doenças crônicas avançadas que necessitam de cuidados paliativos dentro dos serviços de saúde, por meio da utilização de indicadores clínicos (como o NECPAL), e da avaliação funcional do paciente (utilizando-se a escala *Palliative Performance Scale* – PPS como ferramenta), além de avaliar possíveis tratamentos modificadores de doença, conforme medicina baseada em evidências.

- 2º passo – ética da compreensão: Após essa identificação, é possível realizar tomada de decisão compartilhada sobre as prioridades de cuidado (cuidado curativo ou paliativo), a partir de uma escuta compassiva e comunicação empática, considerando, portanto, os valores e preferências do paciente, além de compreender sua visão sobre sofrimentos, e valorizando sua biografia.

- 3º passo – ética da consciência da situação: os cuidados paliativos pressupõem ação de uma equipe multiprofissional para que o cuidado ocorra em todos os aspectos (físico, psicológico, social e espiritual). Dessa maneira, as decisões referentes a indicação e implementação dos cuidados necessários devem contar com a participação da equipe multiprofissional. Logo, assim que as prioridades de cuidado forem estabelecidas, a diretriz orienta prosseguir com a definição do nível de suporte no ambiente intensivo e a adequação de medidas terapêuticas conforme o quadro clínico, discussão prévia multiprofissional e com familiares, e tomada de decisão compartilhada.

- 4º passo – ética do ponderamento: manter familiares informados, construir um plano de cuidados com paciente/familiares, manter tratamento adequado ao caso, permitir visitas a pacientes em fim de vida para se despedirem, fornecer relatório e atenção multidisciplinar aos familiares em sofrimento.

Portanto, ressalta-se que a Diretriz de Cuidados Paliativos Para Paciente Crítico Admitido em UTI Adulto da SES-DF (16) é um norteador de condutas baseadas nas melhores evidências científicas associadas a princípios bioéticos, em

especial os princípios da dignidade humana, autonomia e consentimento. Ou seja, essa diretriz pode auxiliar os profissionais de saúde de ambientes intensivos da SES-DF na implementação de tratamentos centrados no paciente.

2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Diante da dificuldade apresentada por profissionais de saúde em promover cuidados paliativos, uma vez que ainda há conflitos quanto aos cuidados de fim de vida e o limite de suporte intensivo (4), fez-se necessária a abordagem desses profissionais para entender quais são os desafios que formam eventuais barreiras à implementação e promoção destes cuidados. Visando, assim, a compreensão e resolução dessas barreiras, considerando os valores do paciente e de seus familiares, promovendo maior qualidade de vida e, conseqüentemente, dignidade no fim de vida com maior qualidade de morte.

Ademais, além do estudo realizado em 2015 sobre Índice de Qualidade de Morte (*Death Quality Index*) (8), no qual o Brasil ocupou a 42ª posição entre os 80 países avaliados, um novo estudo realizado em 2021 sobre acesso à qualidade de morte, a partir da avaliação de especialistas residentes em cada país, de 81 países avaliados, o Brasil ocupou a 79ª posição (44).

Dessa maneira, justificou-se a necessidade de conhecer os motivos pelos quais os brasileiros ainda morrem com baixa qualidade de morte. Portanto, este estudo foi essencial para compreender as dificuldades apresentadas pelos profissionais de saúde em promover cuidados paliativos e, conseqüentemente, prover melhor qualidade de vida e dignidade no fim de vida, para que possíveis soluções possam ser delineadas para os problemas apresentados.

2.1 OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo geral avaliar os desafios percebidos por médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva da SES-DF quanto à realização e priorização de cuidados paliativos e limitação de suporte artificial de vida a pacientes internados, sob o prisma da bioética, a partir dos princípios da dignidade humana, autonomia e consentimento.

Como objetivos secundários, o estudo buscou:

- Descrever a conduta mais provável quanto ao uso do suporte artificial de vida em potenciais situações de fim de vida, segundo relatos de médicos intensivistas;
- Identificar se a dignidade, autonomia do paciente e familiares, assim como seus consentimentos, são considerados em tomadas de decisões no fim de vida nas UTIs;
- Analisar o conhecimento e aplicação da Diretriz de Cuidados Paliativos para paciente crítico em UTI da SES - DF, para tomada de decisão com adequação das condutas médicas proporcionalmente aos respectivos quadros clínicos.

3 MÉTODO

O estudo teve delineamento descritivo e observacional e foi realizado com amostra de conveniência.

3.1 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 20 médicos de ambos os sexos, sem restrição de idade, lotados em UTIs do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), do Hospital Regional Leste (HRL), do Hospital Regional de Sobradinho (HRS), do Hospital Materno-infantil de Brasília (HMIB), Hospital Regional de Samambaia (HRSAM), do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), do Hospital Regional do Gama (HRG) e do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).

Os critérios de inclusão foram: ser médico(a), servidor(a) da SES-DF, lotado(a) em UTI da rede da SES-DF, com concordância e aceitação do TCLE. Quanto aos critérios de exclusão foi estabelecido que profissionais que não tenham concluído completamente o questionário proposto, respondendo apenas uma parcela das questões seriam excluídos.

Segundo levantamento de dados obtidos pela autora após contato com as respectivas UTIs via SEI (Sistema Eletrônico de Informações), estimou-se 141 médicos para a amostra total. Esse número corresponde ao cálculo das cargas horárias semanais totais enviadas por cada UTI, divididas por 20 horas (carga horária semanal prevista para o cargo de médico intensivista).

3.2 INSTRUMENTOS

Foram utilizados três questionários para este estudo:

- Questionário do estudo *End-of-life perceptions among physicians in intensive care units managed by anesthesiologists in Germany: a survey about*

structure, current implementation and deficits (26) o qual foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa pela autora, que possui fluência em língua inglesa, e por uma pessoa também fluente em língua inglesa, que residiu por 10 anos nos EUA e atuou profissionalmente como professora de inglês também há mais de 10 anos. As traduções foram comparadas, sendo escolhidos para o questionário final os itens com tradução mais objetiva. Ressalta-se que, visando adaptação à realidade das UTIs da rede pública do Distrito Federal, foram excluídos 6 dos 50 itens do questionário original. Dessa maneira, o questionário final em língua portuguesa possui 44 itens que versam sobre prognóstico e resultados, objetivos de cuidados, autonomia do paciente, protocolos e gerenciamento de qualidade, condutas quanto aos objetivos de cuidados, aspectos da equipe e cuidados na fase de terminalidade. Para cada item, o participante responderia se aquele item corresponderia à realidade de sua UTI. Para as respostas quanto à realidade vivenciada, o participante daria notas relativas a uma escala tipo Likert de quatro pontos (“sim, sempre”; “frequentemente”, “às vezes”, “não, nunca”). Caso as questões fossem marcadas com “às vezes” ou “não, nunca”, seria solicitado que o participante avaliasse o item considerando-o como uma deficiência do serviço (“sim, há deficiência” ou “não, não há deficiência”). Após essas respostas, o participante daria notas quanto à importância daquele item na sua prática médica ou rotina da UTI, a partir de outra escala tipo Likert de 4 pontos (“não é importante”, “pouco importante”, “moderadamente importante” e “muito importante”).

- Questionário elaborado pela autora para este estudo contendo 8 itens para analisar o conhecimento dos participantes quanto à aplicação de princípios bioéticos, implementação de cuidados paliativos e uso da Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto Admitido em UTI, uma vez que essa diretriz é um protocolo da SESDF, com orientações para tratamento centrado no paciente.
- Questionário sociodemográfico e sobre a formação e atuação profissional dos participantes com 10 itens como: idade, gênero, espiritualidade/religiosidade, local de trabalho, carga horária semanal, se o médico é especialista em medicina intensiva, com pós-graduação ou residência na área; se possui

outra pós-graduação, tempo de atuação na área de medicina intensiva; e, se já teve treinamento em cuidados paliativos.

Em suma, este conjunto de questionários foi divulgado aos médicos que atuavam nas Unidades de Terapia Intensiva da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, convidando-os a participar do estudo.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sendo aprovado por ambos com os respectivos números de parecer (FS 5.555.203; FEPECS 5.665.669). Esses documentos podem ser conferidos nos Anexos A e B.

Primeiramente, um estudo piloto com três participantes foi realizado para identificar a adequação das questões quanto à linguagem, clareza das instruções, tempo de preenchimento, além da opinião desses participantes sobre o questionário, no intuito de se detectar possíveis dificuldades.

Terminada a fase piloto (que não apontou necessidade de alteração), os dados foram coletados por meio de pesquisa *on-line*, a partir da inserção dos instrumentos no *Google Forms*. Os participantes foram convidados a acessar o *link* com os instrumentos e responder pela internet. Estratégias diversas de divulgação foram adotadas, tais como envio do *link* para o celular (via *WhatsApp*) de médicos intensivistas da rede da SES-DF. Esses envios foram feitos pela pesquisadora, a partir de contatos com chefias das UTIs e com médicos intensivistas. Outra estratégia de divulgação ocorreu pela solicitação de que os médicos que participaram da pesquisa enviassem o *link* para outros médicos intensivistas, lotados na rede da SES-DF. Ao acessar o *link* da pesquisa por meio do clique no endereço eletrônico na página principal, o participante encontrava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com destaque para a segurança dos dados e

os cuidados quanto ao anonimato e sigilo. Cada participante expressou seu consentimento em participar da pesquisa ao clicar em “aceito participar”, tendo acesso ao respectivo questionário.

Ressalta-se que não houve financiamento externo para este estudo.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Estabeleceram-se valores às variáveis das escalas Likert da seguinte forma, com base no estudo de Weiss et al. (26): “não, nunca” com equivalência a 1 ponto; “às vezes” a 2 pontos; “frequentemente” a 3 pontos, e “sim, sempre” a 4 pontos. Sobre a percepção acerca da importância, os valores foram: “não é importante” com equivalência a 1 ponto; “pouco importante” a 2 pontos; “moderadamente importante” a 3 pontos, e “muito importante” a 4 pontos. Dessa maneira, os maiores escores associaram-se à maior frequência de respostas “frequentemente”, “sim, sempre”, ou “moderadamente importante”, “muito importante”.

Com base na orientação dos autores do instrumento (26), na análise dos dados, cada item respondido pelo participante foi avaliado quanto à sua implementação nas UTIs e sua relevância. Dessa maneira, para avaliar a implementação de um item, foram consideradas as respostas:

- “sim, sempre” e “frequentemente”, em caso de implementação alta (mais de 50% das respostas com estas marcações);
- “às vezes” e “não, nunca”, em caso de implementação baixa (50% ou mais das respostas com estas marcações).

Já para avaliar um item quanto à sua relevância, foram consideradas as respostas “às vezes” e “não, nunca”, portanto, um item de:

- relevância alta: possui 50% ou mais das respostas avaliando que há uma deficiência do serviço.
- relevância baixa: menos de 50% das respostas avaliando que não há uma deficiência do serviço.

Além disso, cada item foi avaliado quanto à sua importância, sendo classificado em dois subgrupos: “importante” (incluindo as alternativas “muito

importante” e “moderadamente importante”) e “não importante” (incluindo as alternativas “pouco importante” e “não é importante”).

Portanto, a depender do resultado da implementação e da relevância, foi possível perceber o impacto desse aspecto na prática médica e/ou rotina da UTI, pois isso demonstrou se aquele item é suficientemente aplicado, ou se ele não é essencial, ou, ainda, se sua aplicação é insatisfatória, conforme mostra o Quadro 4.

Quadro 4 – Classificação dos itens do questionário conforme sua implementação e relevância nas UTIs

	Implementação	Relevância	Impacto
Categoria 1	alta	alta	Suficiente
Categoria 2	baixa	baixa	Não essencial
Categoria 3	baixa	alta	Insatisfatório

Fonte: Adaptado de Weiss et al. (26)

Os dados obtidos foram organizados em planilha Excel versão para Office 365. A análise e tratamento estatístico dos dados também foram realizados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS (Chicago, IL, USA) versão 20.

A estatística descritiva foi apresentada com média, mediana, moda e desvio padrão; ou como frequência relativa (%) e frequência absoluta (n). Para verificar se as respostas dos participantes em cada subgrupo temático do questionário apresentariam distribuição normal na curva de Gauss, foram realizados os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk.

A questão 34, ao contrário das demais questões, apresenta como resposta adequada a opção “não, nunca”, por esse motivo, como essa opção deveria ter maior valor, foi necessário realizar recodificação com inversão dos valores nas respostas desse item. Portanto, o escore do subgrupo “condutas quanto aos objetivos de cuidados”, e o escore total foram calculados considerando esse ajuste.

Para avaliar a ocorrência de associações entre as variáveis contínuas desses subgrupos temáticos realizou-se a correlação de Spearman. Optou-se pela obtenção de um escore total agregando os oito temas, calculado pela soma dos escores dos 52 itens, de modo que cada participante obteve um valor para essa nova variável. O teste não paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado para analisar diferenças dos

escores médios obtidos a partir de variáveis categóricas dicotômicas sociodemográficas, da formação profissional e do tempo de atuação em UTI. As diferenças consideradas estatisticamente significativas foram aquelas com valores de $p \leq 0,05$.

4 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 20 médicos que trabalhavam em UTIs da SES-DF (14,18% da amostra total, calculada com base em 141 médicos). Dentre os participantes, 45% ($n=9$) eram do sexo masculino e 55% ($n=11$) do sexo feminino. A média de idade foi de 42,70, sendo a maior 54 anos e a menor 30 anos, com desvio-padrão (DP) de 6,64. Quanto à carga horária, 45% ($n=9$) trabalhavam nas UTIs da SES-DF com 40h semanais, ao passo que 55% ($n=11$) trabalhavam com 20h semanais.

Destaca-se que dos 20 participantes, 9 deles (45%) possuíam residência em medicina intensiva, e destes, 6 também possuíam título de especialista na área. Quanto a este título, 9 participantes afirmaram tê-lo. Com relação a ter outra pós-graduação, 14 médicos afirmaram ter outra especialidade, de modo que 3 (21,4%) deles referiram ser cirurgiões-geral, 2 (14,3%) referiram ter especialização em cardiologia, e dentre as demais especializações, um participante (7,1%) era especialista em cada área (dermatologia, nefrologia, terapia nutricional, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, oncologia clínica, gastroenterologia, cuidados paliativos e cirurgia vascular). Além disso, 1 profissional referiu ser cirurgião cardiovascular e ter mestrado e doutorado (7,1%).

Quanto ao tempo de atuação em Unidades de Terapia Intensiva, 45% ($n=9$) dos médicos atuavam há mais de 16 anos nesse ambiente; 20% ($n=5$) atuavam entre 11 e 15 anos; 25% ($n=6$) entre 5 e 10 anos e 10% ($n=2$) dos participantes atuavam há menos de 5 anos em UTIs. Dentre os participantes da pesquisa, 15 médicos (75%) afirmaram ter feito treinamento em cuidados paliativos. A distribuição desses profissionais de saúde nas diferentes UTIs da SESDF está apresentada na Figura 1.

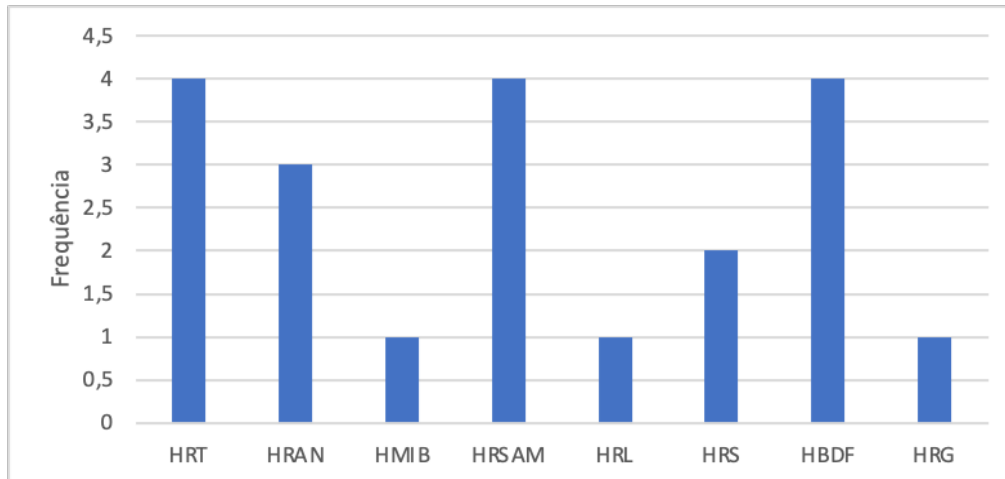


Figura 1. Distribuição dos participantes do estudo nas UTIs da SESDF.

Os participantes referiram, em sua maioria, se considerar uma pessoa religiosa ou espiritualizada. De modo que 55% ($n=11$) afirmaram ter crença em uma religião ou doutrina específica, e 25% ($n=5$) referiram ter crença religiosa, mas não relativas à religião ou doutrina específica. Já 20% ($n=4$) dos participantes relataram não ter nenhuma crença religiosa. A Figura 2 revela essa distribuição das religiões e crenças religiosas.

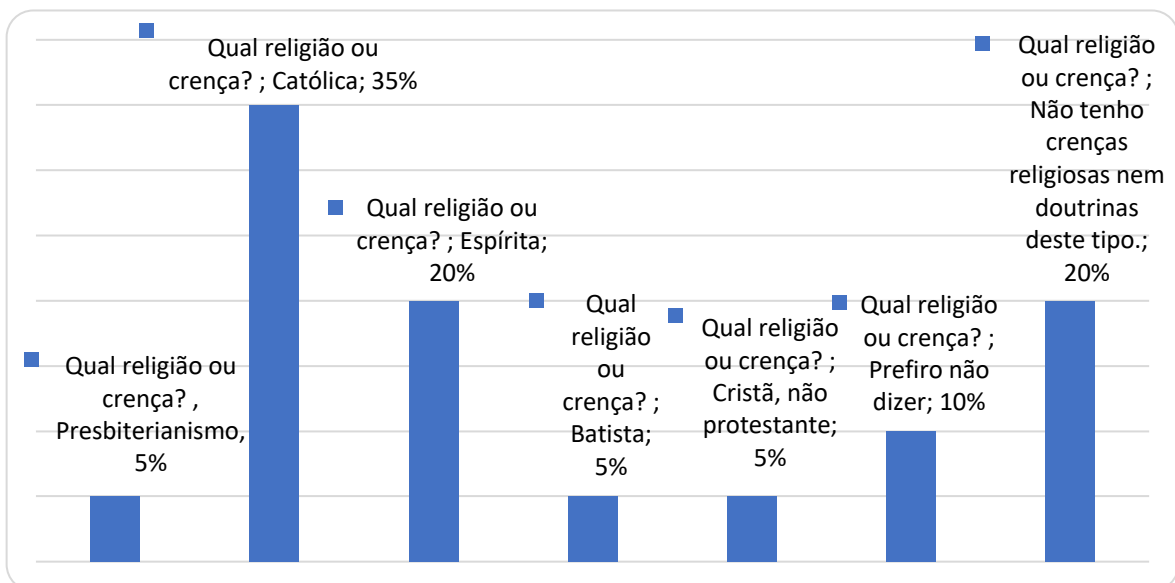


Figura 2. Distribuição das religiões e crenças dos participantes

Conforme mencionado na seção Método, o questionário respondido pelos participantes estava dividido em subtemas. Destaca-se que a tradução com adaptações pela autora do questionário aplicado no trabalho de Weiss et al. (26) corresponde às questões 9 a 52.

4.1 CONHECIMENTO SOBRE BIOÉTICA, CUIDADOS PALIATIVOS E SOBRE A DIRETRIZ PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTE CRÍTICO ADULTO ADMITIDO EM UTI

As questões 1 a 8 do instrumento compõem esse subgrupo, conforme a Tabela 1. Na primeira questão, quando questionados se os cuidados recebidos pelos pacientes na internação seriam condizentes com a preservação de sua dignidade humana, 55% dos participantes responderam “às vezes”, 30% responderam frequentemente e 15% “sim, sempre”. Ou seja, a maioria acreditava não ser tão frequente a preservação da dignidade humana com os cuidados recebidos na internação.

Já na segunda questão, 50% dos participantes marcaram “frequentemente” e 30% marcaram “sim, sempre”, logo, a maioria referiu permitir que pacientes e familiares exercessem sua autonomia. Entretanto, na terceira questão, em que é explicado sobre o significado de autonomia, e questionado novamente se havia respeito à autonomia de pacientes e familiares, o percentual apresentou decréscimo em relação à segunda questão: 50% dos participantes responderam “frequentemente” e 10% “sim, sempre”. Isso pode demonstrar pouco conhecimento sobre o significado de autonomia pelos profissionais de saúde da amostra. Quando questionados se sabiam identificar um paciente em conflito espiritual, 15% responderam “não, nunca” e 45% responderam “às vezes”, podendo indicar dificuldade em parte do corpo médico para identificar pacientes em conflito espiritual ou religioso.

Quanto a conhecer a Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto Admitido em UTI da SESDF, 40% referiram conhecer e 30% disseram conhecer pouco, marcando “às vezes”. Entretanto, 20% informaram que a utilizam rotineiramente, ao passo que 35% “às vezes” e 45% nunca a utiliza. Dessa maneira, o desconhecimento sobre essa diretriz e ausência em seu uso na rotina do serviço pode ser percebido pelas respostas da questão 7. Essa questão solicitava classificação da fase assistencial de um paciente, assim como o nível de suporte que ele deveria receber, conforme seu quadro clínico grave, e com baixa resposta às medidas empreendidas (Figura 3).

Tabela 1 - Conhecimento sobre bioética, cuidados paliativos e sobre a Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto Admitido em UTI (n=20)

Itens	Não, nunca %	Às vezes %	Frequen- temente %	Sim, sempre %
1) Você acredita que os cuidados recebidos pelos pacientes durante a internação são condizentes com a preservação de sua dignidade humana?	0	55	30	15
2) Você permite que paciente/ familiares exerçam sua autonomia?	0	20	50	30
3) Um paciente/familiar possui autonomia para aceitar ou negar tratamentos e intervenções quando é informado sobre riscos e consequências durante e após procedimentos, e ao ser submetido a ele ou não. Assim, poderá consentir livremente. A tomada de decisão não deve ser influenciada pela equipe de saúde, mas compartilhada. Na UTI em que você trabalha, a autonomia do paciente é respeitada por ocorrer desta maneira?	5	35	50	10
4) Você sabe identificar um paciente em conflito espiritual / religioso?	15	45	40	0
5) Você conhece a Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto Admitido em UTI da SESDF?	20	40	0	40
6) Você utiliza essa diretriz rotineiramente?	45	35	0	20
7) Considere um paciente portador de doença crônica grave ou com funcionalidade prévia prejudicada e baixa, admitido há mais de 72h na UTI para tratamento de doença aguda potencialmente reversível, como a pneumonia, por exemplo. Esse paciente evolui com piora clínica, apresentando deterioração de múltiplos órgãos. Nesse caso, conforme a Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto Admitido em UTI, qual a fase de assistência e o nível de suporte que poderiam ser definidos para esse paciente? (Caso não saiba, escrever "Não sei")	--	--	--	--
8) Você promove adequado tratamento e cuidados no fim de vida dos pacientes?	0	30	50	20

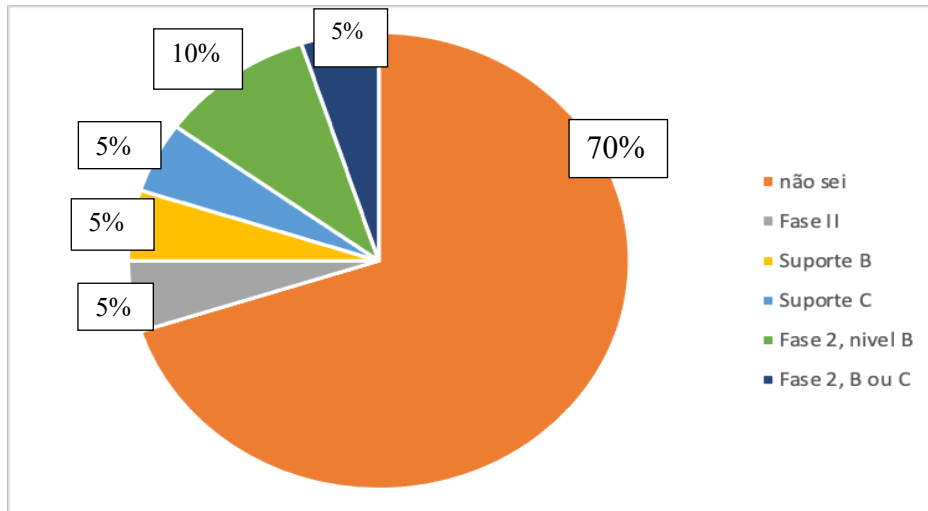


Figura 3. Fase de assistência e nível de suporte do caso clínico da questão 7 do questionário

Assim, 70% das respostas foram “não sei”. Uma pessoa (5%) acertou a fase e o nível de suporte, conforme essa diretriz; 4 pessoas (20%) colocaram a fase de assistência correta, e um participante (5%) colocou apenas o nível de suporte correto, conforme demonstra a Figura 3.

A questão 8, última desse subgrupo, pretendia avaliar se os médicos promoviam adequado tratamento e cuidados no fim de vida dos pacientes: 50% marcaram “frequentemente” e 20% marcaram “sim, sempre”, indicando que a maioria avaliou que promovia cuidados adequados no fim de vida dos pacientes em UTI.

Calculando o escore de cada participante nesse primeiro subgrupo de temas, observou-se um escore máximo de 24 e um mínimo de 13. A média foi 17,55, com desvio padrão (DP) igual a 3,33 e moda 16. A Figura 4 apresenta esses dados em uma curva de Gauss, demonstrando que a curva possui distribuição normal, avaliada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk ($K-S(20) = 0,179$, $p < 0,092$; $S-W(20) = 0,921$, $p < 0,106$).

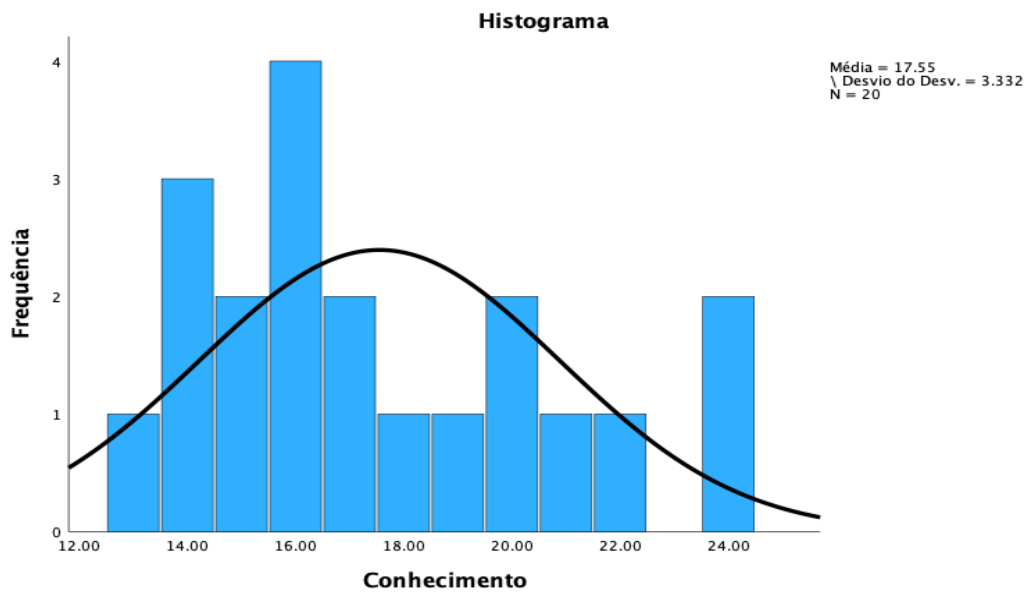


Figura 4. Distribuição dos escores no primeiro subgrupo de temas do questionário

4.2 PROGNÓSTICOS E RESULTADOS

O segundo subgrupo possui questões referentes a prognósticos e resultados. Deste modo, a questão 9 e 10 referem-se ao uso de instrumentos (*Sequential Organ Failure Assessment – SOFA*, ou *Simplified Acute Physiology Score - SAPSII*) que avaliam a morbidade, gravidade, predizendo mortalidade de pacientes. Geralmente, essas ferramentas apresentam escores que devem ser calculados na admissão do paciente, conduta também recomendada pela já citada diretriz da SES-DF (Tabela 2).

Tabela 2 - Sobre prognóstico e resultados (n=20)

Pergunta: Você utiliza ferramentas como SAPSII ou SOFA para estimar prognóstico do paciente?	Não, nunca	Às vezes	Frequentemente	Sim, sempre
	%	%	%	%
9) Com menos de 24h de permanência na UTI?	25	30	40	5
10) Com mais de 24h de permanência na UTI?	30	25	30	15
11) Você recebe atualizações sobre a sobrevida dos pacientes após alta hospitalar?	65	30	5	0
12) Você recebe atualizações sobre pacientes transferidos para outros hospitais ou centros de reabilitação?	75	25	0	0

Quanto ao uso destes instrumentos em menos de 24 horas da admissão do paciente, as respostas dos participantes foram predominantemente negativas: 30% responderam “às vezes” e 25% com “não nunca”, caracterizando baixa implementação. Todavia, 90% dos participantes referiram que esse item é importante. E ressalta-se que dentre os 55% que responderam “às vezes” e “não, nunca”, 81,8% acreditava que a ausência de uso rotineiro dessas ferramentas seria uma deficiência do serviço, ou seja, possui alta relevância.

Já com relação ao uso desses instrumentos com mais de 24 horas da admissão na UTI, as respostas divergiram um pouco da questão anterior: 30% responderam “não, nunca”, 25% “às vezes”, 30% “frequentemente” e 15% “sim, sempre”, caracterizando baixa implementação. Quanto à relevância, 54,5% afirmaram que a ausência de uso rotineiro dos instrumentos seria uma deficiência do serviço e 85% referiram que o item é importante.

Na questão 11, o participante respondeu se recebia atualizações sobre a sobrevida dos pacientes após a alta hospitalar. Nenhum participante respondeu “sim, sempre”, ao passo que 65% responderam “não, nunca” e 30% com “às vezes”, caracterizando baixa implementação. Desses 95%, 73,7% de participantes informaram que não receber essas atualizações seria uma deficiência do serviço, ou seja, esse item possui alta relevância. Além disso, 95% dos participantes referiram que o item é importante.

Na questão 12, quanto ao recebimento de atualizações de pacientes transferidos para outros hospitais ou centros de reabilitação, 75% dos participantes responderam que nunca recebem essas atualizações. Deste modo, há baixa implementação neste quesito. Além disso, 80% consideraram que isso seria uma deficiência do serviço, caracterizando alta relevância e 70% referiram que esse item é importante.

O segundo subgrupo temático apresentou um escore máximo de 10 e mínimo de 4. A média foi 7,20 (DP=1,673; Mo= 8). A Figura 5 apresenta esses dados, demonstrando que a curva possui distribuição normal. A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e os resultados demonstraram que esse segundo subgrupo teve distribuição normal (K-S (20) = 0,184, $p < 0,075$; S-W (20) = 0,933, $p < 0,173$).

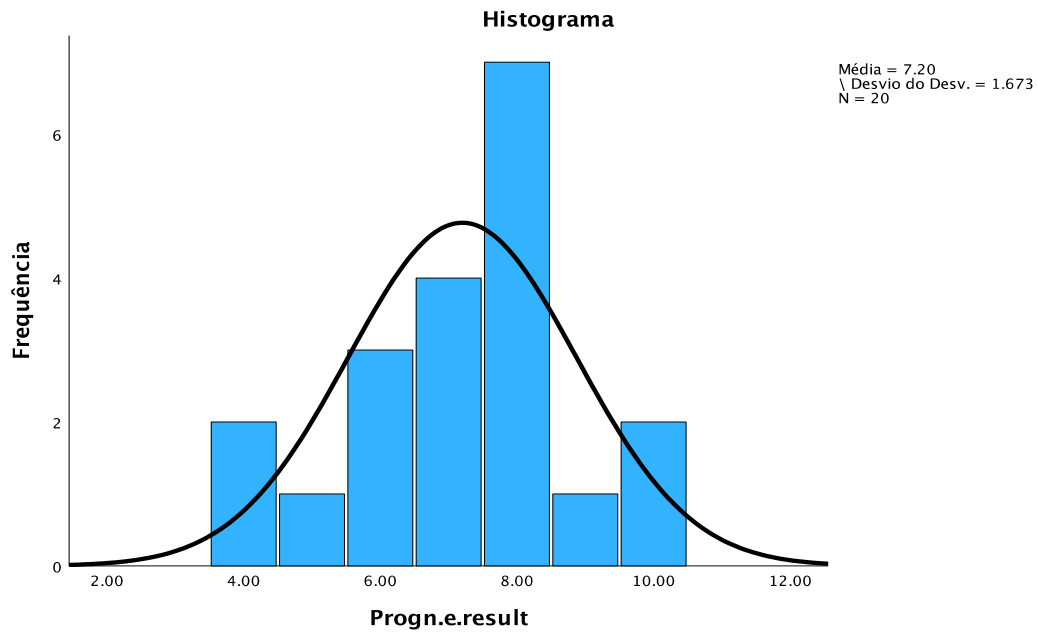


Figura 5. Distribuição dos escores no subgrupo “prognóstico e resultados”

4.3 OBJETIVOS DE CUIDADOS CURATIVOS E PALIATIVOS

O terceiro subgrupo do questionário incluiu questões associadas aos objetivos de cuidados curativos e paliativos (Tabela 3). A questão 13 referiu-se à aplicação dos princípios dos cuidados paliativos na prática médica, sendo que 45% dos participantes responderam que sempre os aplicam, e 30% responderem que os aplicam “frequentemente”. Deste modo, há alta implementação neste quesito. Entretanto, 60% dos 25% participantes que marcaram “às vezes” referiram que a não aplicação desses princípios seria uma deficiência do serviço, caracterizando alta relevância. Destaca-se que toda a amostra caracterizou este item como importante.

Quanto ao estabelecimento de metas de cuidados aos pacientes admitidos em até 72 horas na UTI, 20% responderam que sempre estabelecia essas metas nesse período, 45% responderam “frequentemente”, logo, há implementação alta, e relevância também alta, uma vez que 71,4% referiram que o não estabelecimento dessas metas seria uma deficiência do serviço. Além disso, 95% dos participantes referiram que esse item é importante.

Tabela 3 - Objetivos de cuidados curativos e paliativos (n=20)

Itens	Não, nunca	Às vezes	Frequen- temente	Sim, sempre
	%	%	%	%
13) Você aplica os princípios dos cuidados paliativos na sua prática médica?	0	25	30	45
14) Você estabelece metas de cuidados para as primeiras 72h do paciente após admissão na UTI?	25	10	45	20
15) Você discute sobre metas de cuidados e prognóstico com paciente e familiares?	0	15	45	40
16) Você documenta em prontuário os itens discutidos e resultados dessa conversa com pacientes?	0	30	25	45
17) Você documenta em prontuário os itens discutidos e resultados dessa conversa com familiares?	5	25	35	35
18) Você discute indicações de tratamentos de forma interdisciplinar?	5	20	45	30
19) Você discute se as metas de cuidados propostos são alcançáveis?	0	30	55	15
20) Você discute sobre tratamentos ineficazes e sem respostas?	0	15	75	10
21) Você estabelece objetivos de tratamentos possíveis e realistas considerando a condição clínica do paciente?	0	0	85	15
22) Você discute se a qualidade de vida desejável do paciente é alcançável?	0	15	65	20
23) Ao permitir que o paciente faleça naturalmente, você documenta em prontuário essa decisão?	5	30	15	50

Quanto à discussão sobre metas de cuidados e prognóstico com paciente e familiares, 40% dos participantes responderam que sempre as discutiam e 45% responderam com “frequentemente”, caracterizando alta implementação. Quando questionados se a ausência dessa discussão seria uma deficiência do serviço, 66,7% responderam que não, ocorrendo baixa relevância. Grande parte (90%) da amostra considerou esse item importante.

Quanto ao registro no prontuário sobre os resultados da discussão com pacientes do tema citado acima, 45% responderam que sempre registravam e 25% responderam “frequentemente”, indicando alta implementação. Já quanto à relevância, 66,7% consideraram que a ausência desse registro seria uma deficiência do serviço, caracterizando uma relevância alta e 95% dos participantes consideraram esse item importante.

Na questão 17, a pergunta foi sobre o registro em prontuário dessas discussões com os familiares, sendo que 35% responderam “sim, sempre” e 35% “frequentemente”, concluindo-se pela alta implementação e relevância, uma vez que

50% considerariam a ausência desse registro uma deficiência do serviço. Além disso, 95% dos participantes consideram esse item importante.

Com relação às discussões das indicações de tratamentos de forma interdisciplinar, 30% dos participantes responderam com “sim, sempre” e 45% “frequentemente, ocorrendo alta implementação. Ademais, 60% consideraram que a ausência dessa discussão seria uma deficiência do serviço, caracterizando alta relevância e 95% da amostra considerou o item importante.

Na questão 19, foi perguntado se havia discussão a respeito das metas de cuidados propostas, se seriam alcançáveis, sendo que 15% afirmaram “sim, sempre”, 55% “frequentemente” e 30% “às vezes”, observando-se alta implementação. Dentre esses últimos, 83,3% consideraram deficiência do serviço a ausência dessa discussão, caracterizando alta relevância. Ademais, 90% dos participantes consideraram esse item importante.

Quanto a tratamentos ineficazes e sem respostas, 75% responderam “frequentemente” e 15% “às vezes” quanto à discussão sobre esses pontos. Há implementação e relevância altas, correspondendo a 66,7% das respostas que consideraram a ausência dessa discussão uma deficiência no serviço. Todos os participantes consideraram esse item importante.

Na questão 21, 85% dos participantes referiram estabelecer frequentemente objetivos de tratamentos realistas, considerando a condição clínica do paciente e 15% responderam que sempre estabeleciam objetivos dessa forma. Como não houve respostas com “às vezes” e “não, nunca”, não foi possível avaliar relevância, nem definir uma categoria. Ressalta-se que 95% dos participantes consideraram esse item importante.

Quanto à discussão sobre a qualidade de vida do paciente, 65% da amostra referiram discutir frequentemente se a qualidade de vida do paciente era alcançável, 20% responderam que sempre tinham essa discussão, conferindo alta implementação. Já a relevância foi considerada alta, conforme respostas de 66,7%. Além disso, 95% dos participantes consideraram esse item importante.

A metade da amostra respondeu que sempre registrava em prontuário a decisão de permitir que o paciente falecesse naturalmente, porém 15% responderam que frequentemente realizavam esse registro, 30% responderam “às vezes” e 5% “não, nunca”, caracterizando alta implementação e alta relevância, conforme as respostas de 85,7% desses últimos citados. Novamente, 95% dos participantes

consideraram esse item importante. Uma preocupação levantada por esse item versou sobre os motivos de a metade da amostra não registrar essa decisão em prontuário.

Portanto, o terceiro subgrupo apresentou um escore máximo de 42 e mínimo de 25 (M=33,30; DP=5,40; Mo=28). A Figura 6 apresenta a distribuição em gráfico, mostrando que a curva possui distribuição normal. A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e os resultados demonstraram que esse subgrupo teve distribuição normal (K-S (20) = 0,187, $p < 0,065$; S-W (20) = 0,927, $p < 0,132$).

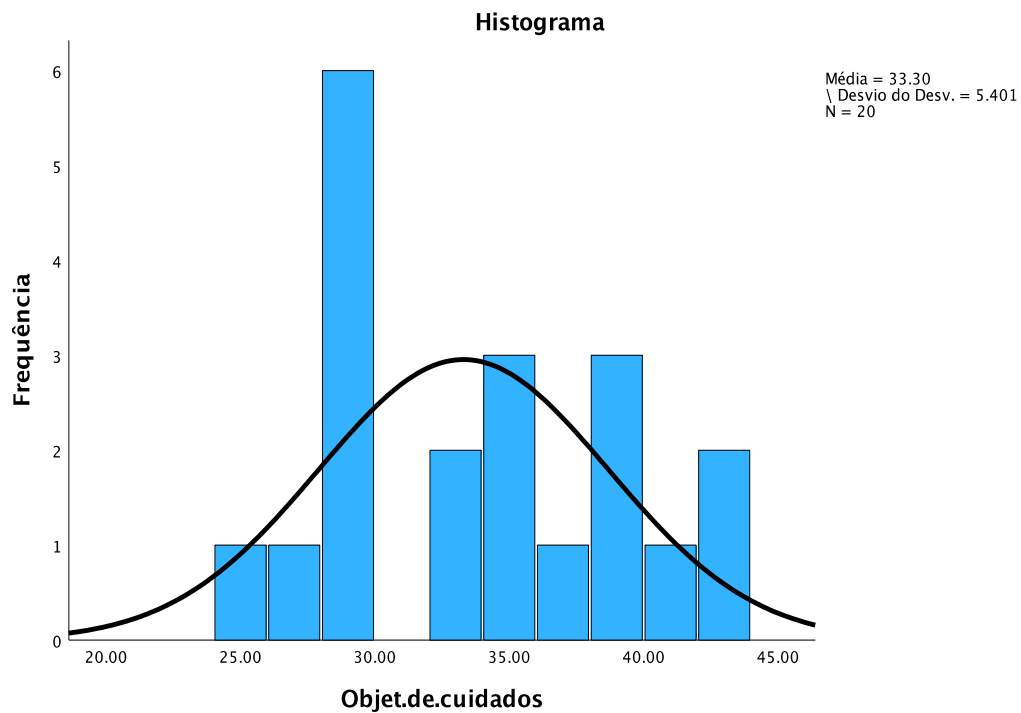


Figura 6. Distribuição dos escores no subgrupo “objetivos de cuidados curativos e paliativos”

4.4 AUTONOMIA DO PACIENTE

O quarto subgrupo do questionário possuía questões que se referiram à autonomia do paciente (Tabela 4). Na questão 24, 40% dos participantes responderam que sempre documentavam em prontuário os consentimentos do paciente quanto a tratamentos e procedimentos; já 45% referiram que registravam

frequentemente, mas 15% registravam apenas às vezes. Assim, há alta implementação e alta relevância, haja vista que 66,7% dos participantes que deram a última resposta, consideraram a ausência dessa documentação uma deficiência do serviço. Ressalta-se que todos os participantes consideraram esse item como importante.

Tabela 4 – Autonomia do paciente ($n=20$)

Itens	Não, nunca	Às vezes	Frequen- temente	Sim, sempre
	%	%	%	%
24) Você documenta em prontuário os consentimentos do paciente quanto a tratamentos e procedimentos?	0	15	45	40
25) Você documenta em prontuário as conversas sobre os consentimentos de familiares quanto a tratamentos e procedimentos de pacientes?	0	10	30	60
26) Você documenta em prontuário conversas com pacientes sobre suas prioridades quanto ao seu estilo de vida, percepções quanto à qualidade de vida, seus desejos e planos para o futuro?	35	25	25	15
27) Você prepara diretivas antecipadas com o paciente de forma adequada, aplicáveis ao contexto da UTI, e que sejam aceitas por todos os profissionais envolvidos na assistência do paciente?	35	40	25	0
28) Existe um comitê de ética no seu local de trabalho?	25	25	20	30
29) Você participa de algum conselho de ética?	80	0	25	0
30) Você realiza revisão ética de casos clínicos de forma interdisciplinar?	55	35	10	0

A questão 25 é semelhante à anterior: neste item os participantes deveriam responder se documentavam em prontuário os consentimentos de familiares quanto a procedimentos e tratamentos. Nesse quesito houve frequência maior das respostas “sim, sempre” com 60%, “frequentemente” com 30% e “às vezes” com 10%. Ocorrendo alta implementação. A metade dos que responderam “às vezes” consideraram que a ausência dessa documentação é uma deficiência do serviço, significando alta relevância. Todos os participantes consideraram esse item importante.

A questão 26 abordou a documentação em prontuário de conversa com pacientes quanto às suas prioridades, estilo de vida, qualidade de vida e planos para o futuro. E apesar do alto significado de respeito à autonomia do paciente que essa

conversa representa, apenas 15% dos participantes referiram sempre realizar essa documentação, e 25% responderam que frequentemente registravam essas conversas, porém 25% responderam que apenas “às vezes” e 35% responderam que nunca registravam tais conversas em prontuário. Isso caracteriza baixa implementação neste quesito. Contudo, 75% daqueles que deram as últimas duas respostas consideraram que a ausência dessa documentação seria uma deficiência do serviço, ocorrendo, portanto, alta relevância. Apesar desses resultados, 90% dos participantes consideraram o item como importante.

Quanto ao preparo de Diretivas Antecipadas com o paciente, aplicáveis ao contexto da UTI, 25% dos participantes responderam que frequentemente realizavam essas diretivas, 40% responderam que às vezes as realizavam, porém mais de um terço (35%) referiu nunca as ter preparado. Assim, 93% dos participantes que deram as duas últimas respostas, consideraram como deficiência do serviço a ausência desse preparo. Além disso, este quesito possui baixa implementação, mas 95% dos participantes consideraram esse item importante.

A questão 28 se referiu à existência de um comitê de ética no local de trabalho dos participantes, questão em que a amostra se dividiu: 30% responderam “sim, sempre” e 20% responderam “frequentemente”; 25% responderam “às vezes” e 25% “não, nunca”. Deste modo, há baixa implementação e alta relevância, uma vez que 90% da metade dos profissionais consideraram a ausência deste comitê como uma deficiência do serviço. Além disso, 90% consideraram este quesito importante.

Com relação à participação do próprio profissional em algum conselho de ética, 80% responderam como “não, nunca”, ao passo que 20% responderam “frequentemente”. Portanto, há uma implementação baixa, além de relevância alta, devido a 62,5% das respostas, considerando que a não participação do profissional em um comitê de ética, seria uma deficiência do serviço. A grande maioria (95%) dos participantes considerou esse item importante.

Quanto à revisão ética de casos clínicos de forma interdisciplinar, 10% dos participantes responderam que frequentemente as realizava, em contraste com 55% que responderam que nunca as realizava, e 35% que as realizava às vezes. Logo, há baixa implementação, e alta relevância, devido a 83,3% de respostas que consideraram a ausência dessa revisão de casos uma deficiência do serviço, enquanto 90% dos participantes consideraram esse item como importante.

O quarto subgrupo apresentou um escore máximo de 22 e mínimo de 10. A média foi 16,35 (DP=3,167; Mo=15 e 20). A Figura 7 apresenta esses dados em gráfico de normalidade, indicando que a curva possui distribuição normal. A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e os resultados demonstraram que esse subgrupo teve distribuição normal (K-S (20) = 0,125, $p < 0,200$; S-W (20) = 0,967, $p < 0,689$).

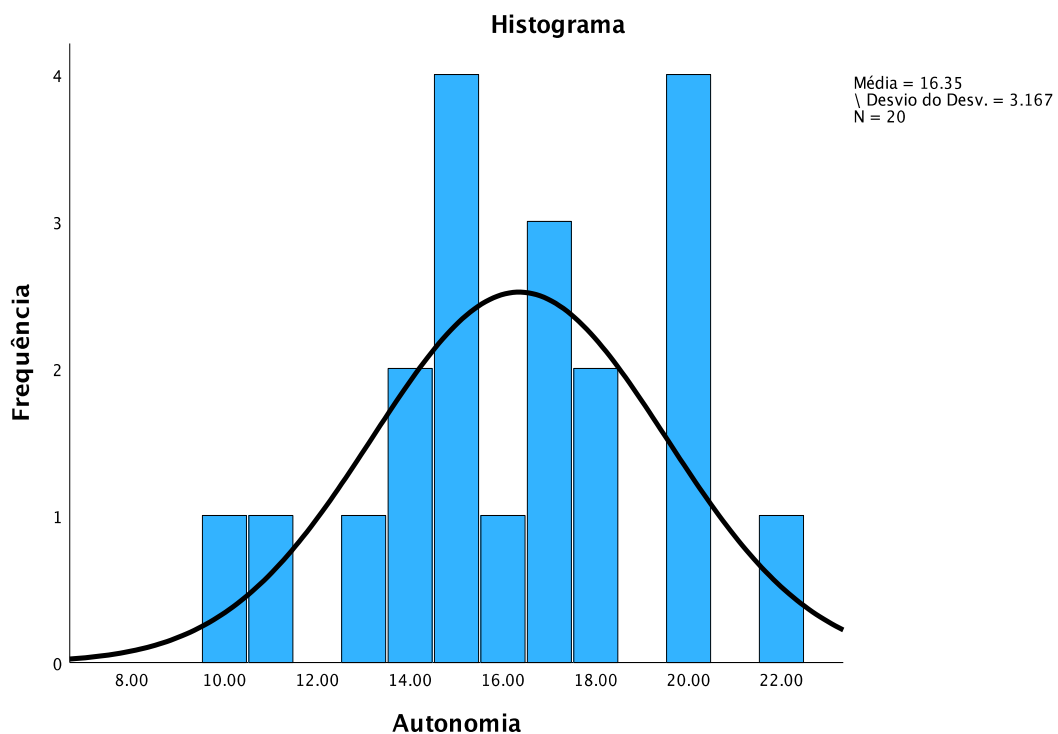


Figura 7. Distribuição dos escores no subgrupo “autonomia do paciente”

4.5 PROTOCOLOS E GERENCIAMENTO DE QUALIDADE

No quinto subgrupo do questionário havia um conjunto de questões que se referiram a protocolos e gerenciamento de qualidade (Tabela 5). Dessa maneira, quanto à existência de um protocolo operacional padrão (POP) para resolução de problemas psicossociais do paciente, 10% dos participantes responderam que frequentemente havia esse POP na UTI, porém 60% referiram que nunca existiu tal documento, e 30% responderam que às vezes havia um protocolo. Logo, há baixa implementação, sendo que 94,4% consideravam que a ausência de um POP para

problemas psicossociais seria uma deficiência do serviço, caracterizando uma relevância alta; 95% dos participantes consideraram esse quesito importante.

Tabela 5 – Protocolos e gerenciamento de qualidade (n=20)

Itens	Não, nunca	Às vezes	Frequen- temente	Sim, sempre
	%	%	%	%
31) Em caso de paciente com problemas psicossociais, existe um protocolo operacional padrão (POP) para auxiliar na resolução dessas questões do paciente?	60	30	10	0
32) Em caso de paciente com conflitos espirituais, existe um protocolo operacional padrão (POP) para auxiliar na resolução desse conflito do paciente?	75	10	15	0
33) Existe na UTI um local reservado para que familiares e pacientes em fim de vida se despeçam?	75	15	10	0

Quanto à existência de POP para auxiliar na resolução de conflitos espirituais do paciente, 75% responderam “não, nunca” e 10% responderam “às vezes”, o que caracteriza baixa implementação. Quanto à relevância, 88,2% consideraram a ausência desse POP como uma deficiência do serviço, determinando uma relevância alta. Além disso, 75% dos participantes consideraram este quesito importante. Ressalta-se que esse quesito teve uma menor frequência quanto à importância, e em contraste, maior frequência quanto a não existir um protocolo para a resolução de um conflito espiritual que o paciente possa ter. Isso pode demonstrar que a espiritualidade do paciente tem sido subvalorizada, pois não é considerada como parte de seu tratamento clínico.

Com relação à existência de um local reservado para que familiares se despedissem do paciente em fim de vida, 10% dos participantes responderam que frequentemente havia esse local, ao passo que 15% referiram que às vezes tinha esse local e 75% responderam que nunca teve esse local na UTI. Deste modo, há baixa implementação, além de relevância alta, uma vez que 88,9% consideraram que a ausência deste local seria uma deficiência do serviço e 95% dos participantes consideraram esse item como importante.

No caso do quinto subgrupo, este apresentou um escore máximo de 8 e um mínimo de 3, com média de 4,25 (DP=1,68; Mo= 3). A Figura 8 apresenta esses dados em gráfico de normalidade, revelando que a curva não possui distribuição

normal, avaliada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e os resultados demonstraram que esse subgrupo não teve distribuição normal (K-S (20) = 0,271, $p < 0,001$; S-W (20) = 0,750, $p < 0,001$).

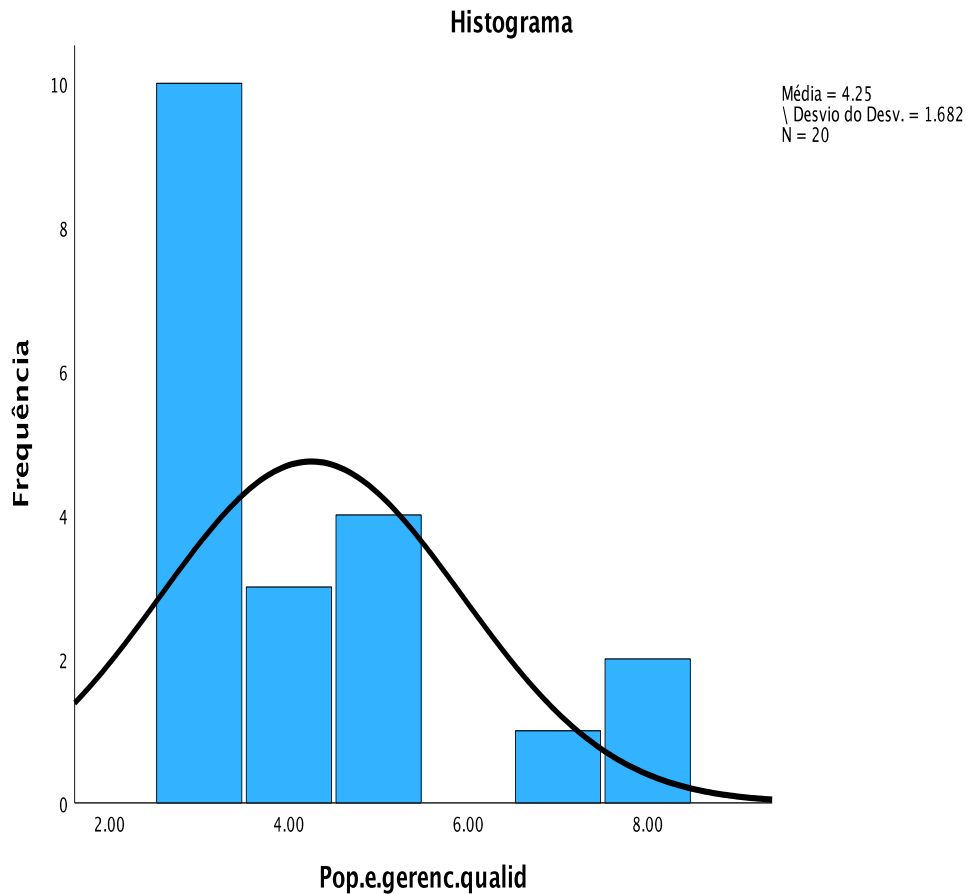


Figura 8. Distribuição dos escores no subgrupo “protocolos e gerenciamento de qualidade”

4.6 CONDUTAS QUANTO AOS OBJETIVOS DE CUIDADOS

No sexto subgrupo do questionário, as questões foram referentes às condutas quanto aos objetivos de cuidados (Tabela 6). Para isso, o mesmo caso clínico da questão 7 foi rerepresentado, e as perguntas eram referentes às possíveis condutas, considerando o quadro clínico do paciente em questão. Ressalta-se que esse caso clínico consta no questionário original do trabalho de Weiss et al. (26).

Tabela 6 – Conduitas quanto aos objetivos de cuidados ($n=20$)

Itens	Não, nunca %	Às vezes %	Frequen- temente %	Sim, sempre %
34) Continuaría escalonando antibióticos, e manteria tratamentos terapêuticos, inclusive todo o suporte tecnológico e avançado para manutenção da vida?	20	40	35	5
35) Faria mudança no plano de cuidados, com ajuste do tratamento aos novos objetivos, geralmente com limitações do uso do suporte avançado para manutenção da vida?	5	35	25	35
36) Dentre as limitações de uso do suporte avançado, seria adequado não realizar RCP (reanimação cardiopulmonar) nesse caso?	5	20	25	50
37) Dentre as limitações de uso do suporte avançado, seria adequado descalonar tratamentos (drogas vasoativas, por exemplo)?	10	40	20	30
38) Dentre as limitações de uso do suporte avançado, seria adequado avaliar retirada de tratamentos (Drogas vasoativas, antibióticos)?	10	50	20	20
39) Dentre as limitações de uso do suporte avançado, seria adequado iniciar cuidados de fim de vida?	0	5	30	65
40) A decisão médica sobre adequação de medidas quanto ao tratamento do paciente é comunicada a todos da equipe durante o plantão, checada diariamente e documentada em prontuário?	5	35	50	10
41) Você utiliza um <i>checklist</i> com itens sobre tratamentos na medicina intensiva, abordando as alterações individuais que ocorrem com a mudança dos objetivos de cuidados?	60	30	0	10

Na questão 34, os médicos deveriam responder se continuariam escalonando antibióticos, se manteriam todos os tratamentos terapêuticos, inclusive todo o suporte avançado para manutenção da vida. Dentre os participantes, 5% responderam que sempre manteriam todo o tratamento terapêutico, 35% responderam que frequentemente manteriam esse tratamento, ao passo que 40% responderam que às vezes o manteria e 20% referiram que não o manteria. Logo, houve baixa implementação nesse quesito. Porém, considerando que o paciente em questão necessitava de reavaliação de seus objetivos de cuidados, as respostas negativas nesse caso são adequadas (e por esse motivo, houve recodificação no escore dessa questão, conforme descrição na seção “método”). Contudo, a relevância foi considerada alta, devido a 58,3% das respostas que consideraram a

manutenção do tratamento uma deficiência do serviço, enquanto 90% dos participantes consideraram esse item importante.

A questão 35 abordou se os médicos fariam mudança no plano de cuidados, ajustando tratamento, inclusive com limitação do suporte avançado de vida (SAV). Nessa pergunta, 35% dos participantes responderam que sim, sempre fariam mudança no plano de cuidados, 25% responderam que frequentemente fariam essa mudança, 35% referiram que às vezes a fariam, ao passo que 5% referiram que nunca fariam essa mudança. A implementação neste quesito foi alta. Destaca-se que a conduta adequada para o caso seria a mudança no plano de cuidados com ajuste do tratamento. A relevância foi alta, devido a 87,5% dos que consideraram que a conduta a ser realizada seria uma deficiência do serviço, sendo que 95% dos participantes consideraram esse item importante.

Quanto às limitações do uso do suporte avançado de vida, a questão 36 abordou se seria adequado a não realização de reanimação cardiopulmonar (RCP): 50% dos participantes referiram ser adequado nesse caso, 25% responderam que frequentemente seria adequado, 20% responderam que às vezes seria adequado, mas 5% afirmaram que nunca seria adequado. A implementação neste quesito é alta, conforme esperado. E 80% acreditavam que a realização da conduta seria uma deficiência do serviço. Além disso, 95% consideraram esse item importante.

Ainda sobre as limitações ao uso do suporte avançado de vida, a questão 37 abordou se seria adequado descalonar tratamentos, como o uso de drogas vasoativas, caso em que a amostra se dividiu: 30% dos participantes referiram que sempre seria adequado, 20% responderam que frequentemente seria adequado, ao passo que 40% responderam que às vezes seria adequado e 10% afirmaram que nunca seria adequado. A implementação foi baixa nesse quesito, e a relevância alta, pois 50% mantiveram a opinião sobre a conduta ser uma deficiência do serviço, enquanto 95% dos participantes consideraram esse item como importante.

Na questão 38 foi abordado sobre a retirada de uso de suporte avançado de vida, tais como uso de drogas vasoativas e antibióticos. Nesse item, 20% dos participantes responderam que seria adequado avaliar a retirada de tais tratamentos, 20% responderam que frequentemente seria adequada essa avaliação, 50% responderam que às vezes seria adequada essa avaliação, mas 5% afirmaram que essa avaliação não seria adequada. A implementação neste item foi baixa. Entretanto, avaliar a suspensão desses tratamentos seria adequado. A relevância

permaneceu alta, devido às respostas de 50,3% que consideraram que a conduta seria uma deficiência do serviço e 95% dos participantes referiram esse item importante.

Com relação ao início dos cuidados de fim de vida, 65% referiram ser adequado iniciá-los, 30% responderam que frequentemente seria adequado e 5% referiram que às vezes seria adequada tal conduta. A implementação é alta neste quesito, e a relevância baixa. Além disso, todos os participantes consideraram este item importante.

A questão 40 abordou se a decisão médica sobre adequação de medidas é comunicada a todos, respeitada e documentada em prontuário. Nesse item, 10% dos participantes responderam “sim, sempre”, 50% responderam “frequentemente” e 35% “às vezes” e 5% “não, nunca”. A implementação neste quesito é alta, assim como a relevância, devido a 87,5% que consideraram que essa rotina seria uma deficiência do serviço, além de que 95% dos participantes consideraram este item como importante. Já a questão 41 se referiu à utilização de um *checklist* pelos médicos sobre tratamentos, alterações individuais dos pacientes e mudança nos objetivos de cuidados. Neste quesito, 10% dos participantes afirmaram utilizar um *checklist*, 30% responderam que às vezes o utilizava e 60% responderam que não o utilizavam, o que caracteriza baixa implementação, sendo que 88,9% referiram que a ausência de *checklist* seria uma deficiência do serviço, logo a relevância é alta, ao lado de 85% que consideraram essa questão importante.

O sexto subgrupo apresentou um escore máximo igual a 29 e um mínimo de 17, com média igual a 21,90 (DP=3,401; Mo= 20). A Figura 9 apresenta esses dados, indicando que a curva possui distribuição normal. A normalidade dos dados foi avaliada pelos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e os resultados demonstraram que esse subgrupo teve distribuição normal (K-S (20) = 0,162, $p < 0,180$; S-W (20) = 0,937, $p < 0,210$).

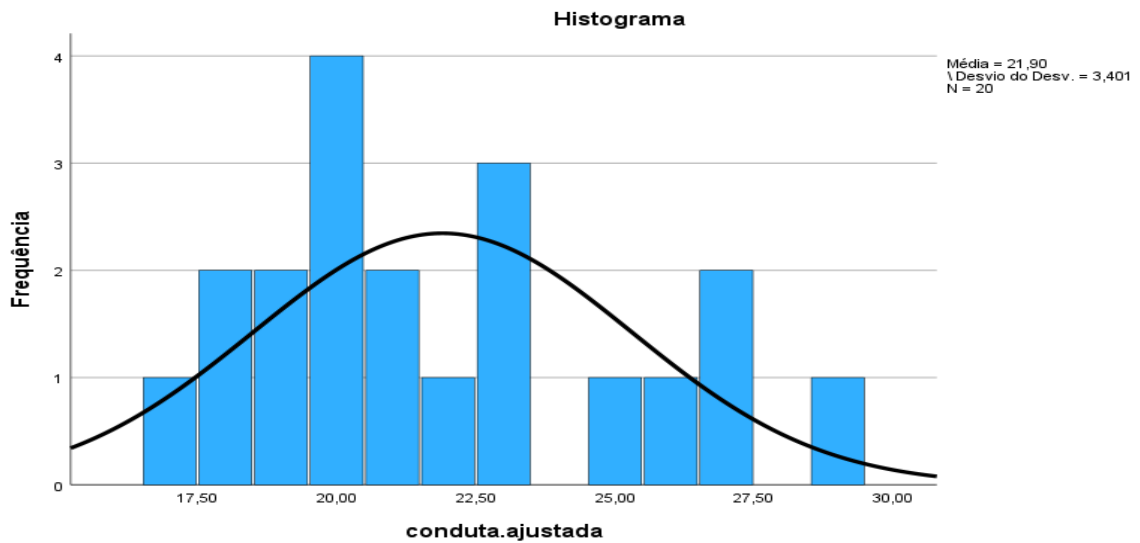


Figura 9. Distribuição dos escores no subgrupo “condutas quanto aos objetivos de cuidados”

4.7 ASPECTOS DA EQUIPE

O sétimo subgrupo do questionário possuía questões referentes a aspectos da equipe da UTI (Tabela 7). Na questão 42, os médicos deveriam responder se consideravam as opiniões da equipe interdisciplinar no cuidado ao paciente: 55% responderam que sempre consideravam essas opiniões, 35% responderam que frequentemente as consideravam e 10% responderam que as consideravam às vezes. A implementação é alta, assim como a relevância, uma vez que 50% referiram que a não consideração dessas opiniões seria uma deficiência do serviço e 95% dos participantes consideraram este item importante.

Tabela 7 - Aspectos da equipe (n=20)

Itens	Não, nunca	Às vezes	Frequen- temente	Sim, sempre
	%	%	%	%
42) Você considera as opiniões da equipe interdisciplinar no cuidado ao paciente?	0	10	35	55
43) Você implementa noções de Cuidados Paliativos como parte do tratamento ao paciente na UTI (incluindo orientações à equipe interdisciplinar quanto a cuidados com a boca, redução de barulho, e da luz noturna)?	10	25	45	25
44) A equipe da UTI já foi capacitada quanto aos Cuidados Paliativos?	35	35	20	10

Quanto à implementação de noções de cuidados paliativos como parte do tratamento do paciente na UTI, 25% dos participantes referiram que sempre as implementavam; 40% informaram que frequentemente as implementavam, 25% responderam que às vezes as implementavam. A implementação foi elevada alta, e a relevância também, pois 85,7% consideraram a ausência dessa implementação de noções em cuidados paliativos como deficiência do serviço e 95% dos participantes opinaram que este item era importante.

Com relação à capacitação da equipe em cuidados paliativos, 35% informaram que às vezes a equipe tinha sido capacitada e 35% responderam que a equipe nunca foi capacitada. A implementação neste item, portanto, foi baixa, enquanto 92,9% consideraram a ausência de capacitação da equipe como deficiência do serviço. Todos os participantes consideraram essa questão importante.

O sétimo subgrupo apresentou um escore máximo de 12 e um mínimo de 5. A média foi igual a 8,30 (DP=1,809; Mo=9). A Figura 10 apresenta esses dados em gráfico de normalidade, demonstrando que a curva não possui distribuição normal. Ressalta-se que a normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e os resultados demonstraram que esse segundo subgrupo não teve distribuição normal (K-S (20) = 0,201, $p < 0,034$; S-W (20) = 0,923, $p < 0,114$).

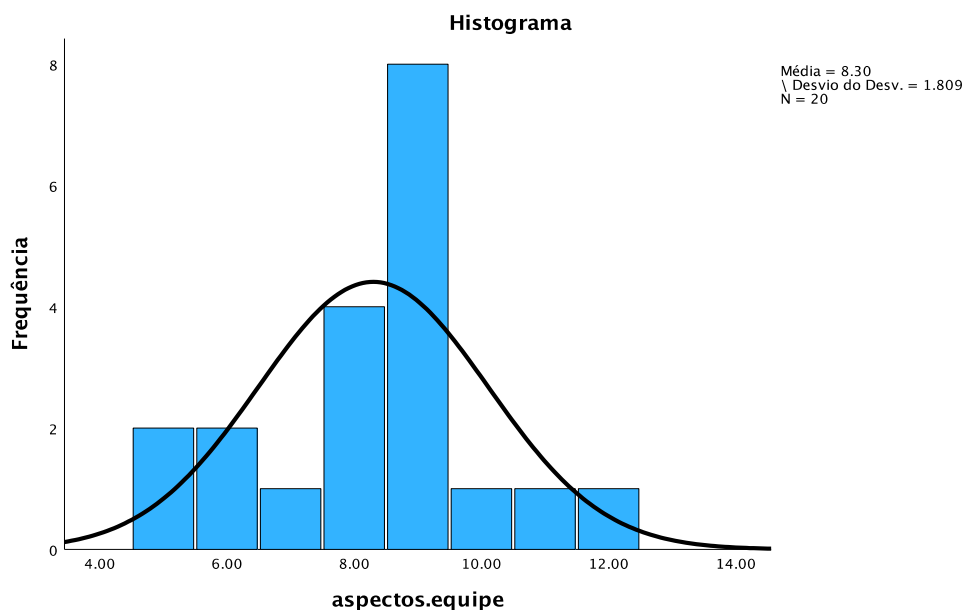


Figura 10. Distribuição dos escores no subgrupo “aspectos da equipe”

4.8 CUIDADO NA FASE DE TERMINALIDADE

O oitavo subgrupo do questionário tinha questões referentes aos cuidados na fase de terminalidade (Tabela 8). Com relação aos cuidados de fim de vida na UTI, a questão 45 abordou a existência de um POP para auxiliar na orientação das condutas. Neste aspecto, 80% afirmaram não existir esse POP na UTI. Dessa maneira, a implementação foi baixa. A relevância é alta, pois 88,2% consideraram a ausência deste POP como uma deficiência do serviço ao lado de 95% dos participantes terem referido que este item é importante.

Tabela 8 – Cuidado na fase de terminalidade (n=20)

Itens	Não, nunca	Às vezes	Frequen- temente	Sim, sempre
	%	%	%	%
45) Existe um protocolo operacional padrão (POP) para cuidados de fim de vida na UTI?	80	5	10	5
46) Você faz uma avaliação da situação inicial até o quadro clínico atual do paciente, em casos de provável fim de vida?	10	30	40	20
47) Há cuidado psicossocial a familiares após o óbito do paciente?	20	40	15	25
48) Você realiza / colabora com a construção de diários de UTI para pacientes e familiares? (Diários de UTI são elaborados por toda equipe da UTI, incluindo atualização do quadro clínico por todos da equipe de saúde, fotografias do paciente, e passagens escritas pelos familiares e amigos nas visitas. Esse diário é entregue ao paciente na alta, e pode auxiliar a reduzir ansiedade e depressão provenientes da síndrome pós cuidados intensivos do paciente, pois funcionam como registro de memória de um período em que o paciente esteve sedado.)	65	10	20	5
49) Você permite que os familiares se despeçam do paciente em processo de fim de vida na UTI?	0	0	20	80
50) Você aciona atendimento por psicólogo e/ou assistente social para pacientes ou familiares?	0	15	35	50
51) Você aciona o respectivo profissional para pacientes e familiares com necessidades de cuidados espirituais / religiosos?	25	30	30	15
52) Há maleabilidade dos horários de visitas na UTI para atender às necessidades dos familiares?	20	35	35	10

A questão 46 abordou se o médico realizava avaliação do paciente, considerando o quadro clínico inicial, evoluindo para o atual, em casos de provável fim de vida. Neste item, 20% responderam que sempre realizavam essa avaliação, 40% responderam que frequentemente a realizava e 30% responderam às vezes. Logo, a implementação foi alta, assim como a relevância, pois 87,5% consideraram a ausência dessa avaliação como deficiência do serviço e 95% dos participantes referiram que este quesito era importante.

Quanto ao cuidado psicossocial a familiares após o óbito do paciente, 25% dos participantes responderam que havia este cuidado na UTI, 15% responderam que frequentemente havia esse cuidado, 40% informaram que às vezes tinha esse cuidado, e 20% negaram a existência desse cuidado na UTI. Assim, a implementação foi baixa, sendo a relevância alta, com 91,7% considerando a falta deste cuidado como uma deficiência do serviço. Todos os participantes consideraram este item importante.

A questão 48 se referiu à colaboração do médico na construção de diários de UTI, 20% responderam que frequentemente colaboravam nessa construção, 10% responderam que às vezes colaboravam, mas 65% relataram nunca ter colaborado na construção dos diários. Portanto, a implementação foi baixa, e a relevância alta, já que 86,7% consideraram que a ausência da colaboração médica na realização dos diários seria uma deficiência do serviço. Nesse item, 85% consideraram este ponto importante.

Quanto à permissão a familiares para despedida de pacientes em fim de vida, 80% dos participantes responderam que permitiam a despedida e 20% responderam que frequentemente permitiam essa despedida. A implementação neste quesito foi alta, e não foi possível calcular a relevância, nem estabelecer uma categoria. Todos os participantes referiram que este item era importante.

A questão 50 abordou a solicitação pelo médico de atendimento por psicólogo e /ou serviço social para paciente e familiares, e neste quesito 50% dos participantes responderam que sempre acionavam esses profissionais e 35% responderam que frequentemente os acionavam. Dessa forma, a implementação foi alta, assim como a relevância, pois 66,7% consideraram que a não solicitação desses profissionais seria uma deficiência do serviço. Todos os participantes consideraram este item como importante.

Quanto à solicitação do respectivo líder espiritual para pacientes e familiares com necessidades de cuidados espirituais, 15% dos participantes referiram sempre solicitar tais profissionais, 30% referiram solicitá-los frequentemente, 30% responderam que às vezes os solicitavam e 25% responderam que nunca solicitavam tais profissionais. Deste modo, a implementação neste quesito foi baixa, porém houve alta relevância, uma vez 72,7% consideraram a não solicitação destes profissionais como deficiência do serviço. Oitenta por cento dos participantes consideraram este item importante; essa porcentagem é alta, porém é menor do que a dos demais itens, que em sua maioria foram maior ou igual a 90%. Logo, isso demonstra que a espiritualidade do paciente ainda é pouco valorizada pelo corpo médico, já que 20% consideraram esse item como pouco importante.

Com relação à maleabilidade de horários de visitas na UTI, 10% dos participantes responderam sempre ser possível que ocorresse, 35% referiram que frequentemente era possível ter essa maleabilidade, ao passo que 35% responderam que essa maleabilidade ocorria às vezes e 20% negaram a ocorrência dessa maleabilidade de horários. Logo, a implementação foi baixa, e a relevância alta, pois 72,7% referiram que a ausência de maleabilidade nos horários de visitas seria uma deficiência do serviço e 90% dos participantes consideraram esse item importante.

O oitavo subgrupo apresentou um escore máximo igual a 27 e um mínimo de 13. A média foi 20,05 (DP=3,72; Mo=20). A Figura 11 apresenta esses dados em gráfico de normalidade, mostrando que a curva possui distribuição normal. A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e os resultados demonstraram que esse subgrupo teve distribuição normal (K-S (20) = 0,100, $p < 0,200$; S-W (20) = 0,968, $p < 0,720$).

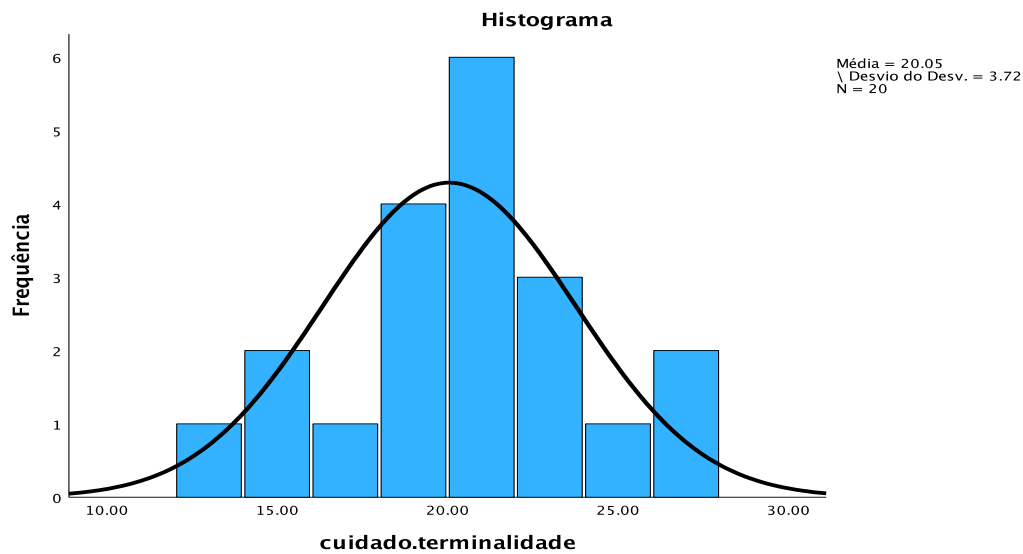


Figura 11. Distribuição dos escores no subgrupo “cuidado na fase de terminalidade”

4.9 ANÁLISE DAS CATEGORIAS

Após as descrições dos resultados por item do questionário aplicado, vale ressaltar as questões que tiveram maior concordância quanto às respostas:

- “sim, sempre” e “frequentemente”: 6% dentro do primeiro subgrupo (questões 2, 3 e 8) e 44% no restante do questionário (questões 13 a 25, 35, 36, 39, 40, 42, 43, 46, 49 e 50). Portanto, metade das questões com essas variáveis tiveram essa convergência.
- “às vezes” e “não, nunca”: 6% dentro do primeiro subgrupo (questões 1, 4 e 6) e 44% no restante do questionário (questões 9 a 12, 25 a 34, 37, 38, 41, 44, 45, 47, 48, 51 e 52).

Seis aspectos (questões 10, 12, 32, 41, 48 e 51) não foram considerados importantes por 90% ou mais participantes. Mas, ainda assim, foram consideradas importantes com menor porcentagem. Destaca-se que nenhuma questão foi categorizada como “não importante”.

Dessa maneira, houve discrepância entre a prática e a importância dada aos aspectos avaliados, pois 23 itens (44% do total) apresentaram baixa implementação, porém foram categorizados como importantes pelos participantes.

Quanto ao estabelecimento de categorias que avaliaram o impacto de cada item nas UTIs, as questões se dividiram da seguinte forma:

- Categoria 1 (suficiente): 17 aspectos com implementação alta, porém julgados como altamente relevantes por aqueles que não os possuíam em suas respectivas UTIs (questões 13, 14, 16 a 20, 22 a 25, 35, 36, 40, 42, 43 e 50).
- Categoria 2 (não essencial): itens com baixa implementação, e julgados como pouco relevantes por aqueles que não os possuíam em suas UTIs. Nenhum item deste questionário recebeu essa classificação.
- Categoria 3 (insatisfatório): 23 quesitos pouco implementados, mas julgados como altamente relevantes (questões 9 a 12, 26 a 34, 37, 38, 41, 44 a 48, 51 e 52).

A Tabela 9 apresenta a média das respostas em porcentagem nas 3 categorias, considerando a implementação (respostas “sim, sempre” e “frequentemente”), importância (categoria “importante”), discrepância na implementação (diferença nos valores percentuais entre importância e implementação) e relevância (“sim, há deficiência do serviço” dividido pelo total “há e não há deficiência do serviço”, respostas referentes ao *status* da implementação nas marcações “às vezes” e “não, nunca”).

Dessa maneira, é possível perceber que os itens da categoria 1 foram considerados como mais importantes do que aqueles da categoria 3. Entretanto, houve discrepância considerável entre a importância dada aos itens da categoria 1 e a real implementação desses itens (média de 32,06%). Quanto à categoria 3 (insatisfatória), seus itens foram considerados como importantes por uma média de 90% dos participantes. Porém, devido à baixa implementação, a discrepância entre a importância dada aos itens e a real implementação apresentou uma média alta de 60,65%. Ressalta-se que os itens das duas categorias foram considerados relevantes com médias próximas. Destaca-se, portanto, que os desafios na realização de cuidados paliativos na UTI, segundo a amostra de médicos do estudo, incluem os 23 itens da categoria 3, classificados como insatisfatório, além das melhorias nos itens da categoria 1.

Tabela 9 – Diferença entre status da implementação, importância, discrepância na implementação e relevância

Categories	Status da implementação (M ± DP)	Importância (M ± DP)	Discrepância na implementação (M ± DP)	Relevância (M ± DP)
Categoria 1 (%) n = 17	64,19 ± 21,89	96,25 ± 2,89	32,06 ± 22,71	69,41 ± 13,31
Categoria 2 (%) n = 0	0	0	0	0
Categoria 3 (%) n=23	29,35 ± 17,47	90,00 ± 7,39	60,65 ± 17,00	64,74 ± 31,76

4.10 ASSOCIAÇÕES ENTRE OS TEMAS DA PESQUISA

Com base nos escores dos 8 temas do questionário, procedeu-se à correlação de Spearman. A Tabela 10 apresenta os resultados estatisticamente significativos. A intensidade dessas correlações é moderada, pois estão no intervalo entre 0,40 e 0,70. É interessante perceber a associação positiva entre conhecimento e aspectos da equipe, uma vez que neste último tema percebeu-se necessidade de capacitação da equipe interdisciplinar das UTIs. Houve associação positiva também entre prognóstico e resultados e cuidados na fase de terminalidade.

Conforme esperado, houve associação positiva entre autonomia do paciente e seis subgrupos, em especial objetivos de cuidados e cuidado na fase de terminalidade, que tiveram as correlações mais fortes. Porém, o teste *r-to-z* de Fisher não demonstrou associação mais forte de autonomia com nenhum desses seis subgrupos.

Tabela 10 – Correlação de Spearman entre subtemas do questionário

	Conhecimento	Prognóstico e resultados	Objetivos de cuidados	Autonomia do paciente	Protocolos e gerenc. de qualidade	Condutas	Aspectos da equipe	Cuidado em terminalidade
Conhecimento	-							
Prognóstico e resultados		-						
Objetivos de cuidados	0,505*		-					
Autonomia do paciente		0,472*	0,644**	-				
Protocolos e gerenciamento de qualidade				0,498*	-			
Condutas			0,483*	0,558*		-		
Aspectos da equipe	0,575**			0,493*			-	
Cuidado em terminalidade		0,508*	0,489*	0,570**			0,507*	-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Também houve correlação positiva entre cuidado em fase de terminalidade e quatro temas do questionário, mas da mesma forma, o teste *r-to-z* de Fisher também não demonstrou associação mais forte de cuidados em fase de terminalidade com nenhum desses temas correlacionados.

4.11 ASSOCIAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, OCUPACIONAIS, TEMPO DE ATUAÇÃO E ESCORE TOTAL DOS PARTICIPANTES

Foram realizados testes não paramétricos de Mann-Whitney entre o escore total obtido pelos participantes e variáveis categóricas dicotômicas (Tabela 11), com o objetivo de investigar a diferença nos escores médios:

- entre participantes que possuíam e não possuíam residência médica em medicina intensiva. Os resultados demonstraram que os que tinham feito residência médica em medicina intensiva apresentaram maior escore médio total quando comparados com aqueles que não a possuíam. Entretanto, esses resultados não foram estatisticamente significativos ($U=38,500$, $z= -0,837$, $p=0,403$).

- entre participantes que possuíam e não possuíam o título de especialista em medicina intensiva. Os resultados apontaram que os que tinham esse título apresentaram maior escore médio no questionário quando comparados com aqueles que não os possuíam. Porém, esses resultados não foram estatisticamente significativos ($U=38,000$, $z= -0,875$, $p=0,382$).
- entre pessoas que tiveram ou não treinamento em cuidados paliativos. Os resultados apontaram que aqueles que tiveram treinamento em cuidados paliativos tiveram maior escore médio do que aqueles sem esse treinamento. Contudo, os resultados não foram estatisticamente significativos ($U=20,500$, $z=-1,486$, $p=0,137$).
- entre pessoas que possuíam menos de 15 anos atuando em UTI e as que possuíam mais de 16 anos nessa atuação. Os resultados apontaram que as que tinham mais de 16 anos de atuação em UTI apresentaram maior escore médio no questionário quando comparadas com aquelas que atuavam há menos de 15 anos. No entanto, esses resultados não foram estatisticamente significativos ($U=44,000$, $z= -0,418$, $p=0,676$).
- entre gênero masculino e feminino. Os resultados apontaram que as médicas apresentaram maior escore médio total quando comparadas com os médicos. Porém, esses resultados não foram estatisticamente significativos ($U=40,500$, $z= -0,685$, $p=0,493$).

Tabela 11 – Escore total dos participantes e variáveis categóricas

Variáveis		Média	DP	Mediana	Média do Rank	U
Residência em Medicina Intensiva	Sim	132,22	14,49	136,00	11,72	38,500*
	Não	126,18	17,95	131,00	9,50	
Título de especialista	Sim	132,11	13,68	136,00	11,78	38,000*
	Não	126,27	18,48	131,00	9,45	
Treinamento em CP	Sim	132,20	15,73	135,00	11,63	20,500*
	Não	119,00	15,54	119,00	7,10	
Gênero	Feminino	131,73	14,62	132,00	11,32	40,500*
	Masculino	125,44	18,54	119,00	9,50	
Tempo de atuação em UTI	Menos de 15 anos	128,18	14,02	132,00	10,00	44,000*
	Mais de 16 anos	129,77	19,70	131,00	11,11	

* sem significância estatística; cp = cuidados paliativos; DP = desvio padrão; U = U de Mann-Whitney

Ressalta-se ainda que neste estudo 3 hospitais contaram com 4 participantes cada e tiveram as maiores notas nos escores. Dentre eles, o hospital que teve o maior escore, possui reuniões semanais com a equipe de cuidados paliativos para discussão de casos clínicos de pacientes internados, o que pode ter contribuído para que os profissionais apresentassem notas mais altas. Esses encontros têm o intuito de matricular a equipe da UTI, para que possam avaliar adequação de medidas, e aprimorar seus cuidados, conforme as necessidades de paciente e familiares.

5 DISCUSSÃO

Este estudo buscou avaliar os desafios percebidos por médicos com atuação em UTIs da SES-DF quanto à realização de cuidados paliativos a pacientes internados, sob o prisma da bioética, considerando os princípios da dignidade humana, autonomia e consentimento. Deste modo, além de identificar esses desafios, buscou-se não só detectar a conduta mais provável quanto ao uso do suporte artificial de vida em situações potenciais de fim de vida, como também, avaliar se os princípios bioéticos citados eram considerados em tomadas de decisões nas UTIs. Analisou-se ainda o conhecimento e aplicação da Diretriz de Cuidados Paliativos para paciente crítico em UTI da SES – DF (16) para tomada de decisão com adequação das condutas médicas proporcionalmente aos respectivos quadros clínicos.

Para isso, este estudo usou como base o trabalho de Weiss et al. (26) realizado na Alemanha com anesthesiologistas que atuavam em UTIs daquele país. Por este motivo, é válido avaliar as congruências e diferenças entre esses estudos, salvaguardadas suas especificidades, tais como tamanhos de amostras. Com relação aos resultados das categorias 1, 2 e 3, apresentados na Tabela 9, é possível perceber porcentagem média de implementação de 64,19% (DP = 21,88) dos itens referentes à categoria 1, os quais foram considerados como importantes por uma porcentagem média de 96,25% de participantes (DP = 2,89). Entretanto, esses resultados demonstram que apesar de a grande maioria dos participantes considerar essas questões da categoria 1 como importantes, há uma diferença grande entre a dada importância e sua implementação real. Isso pode ser percebido pela discrepância na implementação, que apresenta uma porcentagem média de 32,06% (DP=22,71). Já na categoria 3, as questões também tiveram altos níveis de importância, com porcentagem média igual a 90% dos participantes (DP=7,39), ocorrendo também, como esperado, baixa implementação. Logo a discrepância na implementação foi maior nessa categoria, tendo como média de porcentagem 60,65% (DP=17).

Em comparação com a pesquisa de Weiss et al. (26), 28 itens foram considerados como categoria 1, ou seja, 11 a mais do que no presente estudo. Assim, além dos 17 itens da pesquisa brasileira, foram acrescentadas também as questões 15, 21, 26, 28, 33, 34, 37, 46, 49, 51 e 52. Notou-se ainda que também

ocorreu diferença entre a importância dada aos itens e sua implementação real, de forma que a discrepância resultante foi de 24% (DP=13), ou seja, resultado semelhante ao deste estudo.

Diferentemente dos resultados de Weiss et al. (26), que teve 6 itens considerados como não essenciais, neste estudo nenhum item foi assim categorizado. Já com relação à categoria 3, os autores observaram 16 itens. Em comparação ao presente trabalho, foram excluídos apenas os itens 9,10, 39, 51, 52 e 48. Naquele levantamento, as questões também foram consideradas importantes por uma média de 79% dos participantes (DP=14), ocorrendo, como esperado, maior discrepância na implementação, com média de porcentagem de 62% (DP=15). Esse resultado é semelhante ao encontrado no presente estudo, guardadas as proporções devido às diferenças no tamanho das amostras entre ambos.

Após análise das respostas do questionário, foi possível perceber que os desafios na realização de cuidados paliativos na UTI incluem os 23 itens da categoria 3, classificados como insatisfatório, além das melhorias em itens da categoria 1.

Dessa maneira, considerando primordialmente os itens tidos como insatisfatórios, os desafios versam sobre temas como:

- uso de ferramentas adequadas para avaliar gravidade e mortalidade de pacientes na admissão;
- recebimento de atualização sobre a sobrevida do paciente após alta ou transferência hospitalar;
- registro em prontuário sobre conversas com pacientes sobre suas prioridades, desejos, qualidade de vida;
- preparo de diretivas antecipadas de vontade para o paciente;
- criação e divulgação de comitês de ética nos hospitais, bem como incentivo a participação dos médicos intensivistas nesses comitês;
- realização de revisão ética de casos clínicos de forma interdisciplinar;
- criação de POPs para resolução de problemas psicossociais, espirituais e para cuidados no fim de vida na UTI;
- avaliar um local para que familiares e paciente em fim de vida se despeçam nas UTIs;

- atualização médica quanto à adequação de medidas em pacientes graves, com baixa probabilidade de recuperação, e maior probabilidade de óbito em breve;
- capacitação da equipe interdisciplinar da UTI em cuidados paliativos;
- aumentar a maleabilidade nos horários de visitas para familiares na UTI.

Considerando o primeiro tema mencionado acima, a Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto admitido em UTI da SES-DF (16) sugere o uso do índice prognóstico SOFA para monitorar a probabilidade de mortalidade, de modo a auxiliar tanto na avaliação da proporcionalidade do cuidado, quanto na eficácia do tratamento proposto. Porém, uma vez que a citada diretriz é pouco conhecida (apenas 40% dos participantes a conhecem), e pouco aplicada na rotina da UTI (apenas 20% dos participantes a utilizam com frequência), a ausência de uso do SOFA como ferramenta para avaliar gravidade e mortalidade de pacientes na admissão da UTI é um dado já esperado.

Entretanto, ressalta-se que o SOFA possui uma ferramenta mais simples chamada qSOFA, a qual foi utilizada em vários trabalhos como uma forma de se prever mortalidade e estadia prolongada em UTI em pacientes sépticos ou com suspeita de sepse. Todavia, as diretrizes internacionais de sobrevivência à sepse (*Survival Sepsis Campaign*) de 2021 (45) recomendam que o qSOFA não deve ser utilizado como ferramenta única para avaliar gravidade e mortalidade em pacientes com suspeita de sepse, devido à sua baixa sensibilidade.

No que se refere ao trabalho de Weiss et al. (26), esses autores também observaram uso reduzido de ferramentas como SOFA ou SAPSII para avaliar gravidade e mortalidade de pacientes na admissão de UTIs. Inclusive, naquele estudo, os participantes categorizaram o item como não essencial. Dessa forma, Weiss et al. (26) defenderam que, na ausência dessas ferramentas, o recebimento de dados atualizados sobre pacientes que receberam alta das UTIs pode ser uma forma de auxiliar na tomada de decisão técnica individual sobre o tratamento dos pacientes. Já na presente pesquisa, identificou-se um contraste nessas respostas, pois os participantes informaram que a utilização dessas ferramentas é importante, e que a ausência de seu uso é relevante e considerada uma deficiência do serviço.

Itens considerados insatisfatórios, e que apresentaram grande importância quanto ao cuidado centrado no paciente, versaram sobre o registro em prontuário relatando conversas com pacientes acerca de suas prioridades, desejos, qualidade

de vida, além do preparo adequado de diretivas antecipadas de vontade, itens que fazem parte do subgrupo denominado “autonomia do paciente”. Segundo Albuquerque (46), são os pacientes “que avaliam se estão curados ou não” (p. 37). Deste modo, apesar de não possuírem conhecimentos técnicos, o restabelecimento da saúde por meio do processo terapêutico é determinado pelo que o paciente considera como patológico, condição entendida por ele como negativa. Além disso, os pacientes estão em condição de vulnerabilidade, pois a doença impõe limitação aos seus modos de vida, ou seja, há o desencadeamento de uma nova relação com o meio, de forma mais limitada. Assim, a doença abarca sofrimentos, enfraquecimento orgânico, lentificação ou interrupção das atividades rotineiras, além de desgaste emocional, e isso se difunde para todas as esferas da vida do paciente (46).

Logo, comunicações adequadas com o paciente sobre seu estilo de vida, desejos e prioridades são fundamentais para que o tratamento proposto esteja de acordo com os seus princípios e qualidade de vida pretendida. Ressalta-se que para a realização desses diálogos, e para conhecer as percepções e prioridades de pacientes e familiares, é indispensável que o profissional de saúde exerça a escuta compassiva ou empática. Essa forma de ouvir oferece um desafio a esses profissionais, pois requer uma qualidade de presença marcada pela abertura, abstenção de julgamento e interesse genuíno por compreender o que se passa com nossos pacientes e seus entes queridos (47).

Dessa forma, informações acerca da perspectiva dos pacientes sobre seus valores, objetivos e preferências são absolutamente essenciais para compreender quais abordagens poderão contribuir de fato para a redução do seu sofrimento e definir em que medida o tratamento implementado poderá alcançar seus propósitos (47), propiciando, portanto, o alinhamento dos objetivos de cuidado às preferências e vontades do paciente diante do processo de adoecimento.

Conforme Albuquerque (48), a distinção entre uma pessoa autônoma e uma não autônoma pode ser feita pela capacidade mental ou decisional. Ou seja, um indivíduo com autonomia pessoal possui habilidade para se engajar no processo racional de escolhas e de exercício da própria vontade e preferências. Portanto, é de fundamental importância diálogos sobre objetivos de cuidados com pacientes para o processo de tomada de decisão compartilhada, de forma que este possa exercer sua autonomia. Ademais, a partir dessas comunicações e de uma melhor relação

usuário-profissional de saúde, também será possível o preparo adequado de diretivas antecipadas, em que as pessoas poderão explicitar suas vontades e preferências.

Outro ponto considerado insatisfatório abarca o tema da ética clínica. Por exemplo, quanto à existência de comitês de ética clínica, estes ainda são incipientes na SES-DF. Os hospitais geralmente contam com comitês de ética em pesquisa. Dessa forma, até mesmo reuniões para discussão interdisciplinar, com revisão ética de casos clínicos, pode ter sua importância subestimada. Diante de casos que mereçam essas reuniões, estas são realizadas minimamente nos serviços de terapia intensiva, uma vez que a maioria dos hospitais não conta com esses comitês para tais processos de trabalho e educação.

Todavia, a própria DUBDH (7), em 2005, já recomendava a criação e apoio aos comitês, tanto no âmbito da investigação clínica (pesquisa), como no âmbito consultivo para dar pareceres sobre os problemas éticos em contextos clínicos (49). Mais recentemente, em 2020, durante a pandemia da covid-19, a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) reforçou a recomendação de que fossem estabelecidas comissões de bioética nos hospitais, com o intuito de contribuir tanto na análise das particularidades locais e nas tomadas de decisões complexas, como no atendimento a possíveis sobrecargas emocionais da equipe de saúde (50, 51).

Segundo Nora et al. (52), os problemas éticos são desafiadores, e existem vários cursos de ação para sua solução ou manejo, o que exige deliberação e ponderação para encontrar o melhor caminho, o qual necessita de constante reavaliação. Nos cuidados de saúde prestados por equipes multidisciplinares, a deliberação ética é a abordagem apropriada para os problemas éticos, uma vez que permite que se conheça as diversas experiências e perspectivas dos envolvidos no processo (52).

Assim, os comitês de ética clínica são constituídos por um grupo de profissionais de saúde e de outras áreas, como teólogos, juristas e filósofos, representantes dos usuários e da comunidade, sendo, portanto, multiprofissional e multidisciplinar (49). Além disso, destaca-se que para constituir esses comitês são necessárias habilidades e competências específicas no campo das relações humanas, assim como clínicas, morais e éticas (53). Deste modo, esta instância se propõe a ser um espaço plural e dialógico, que valoriza os envolvidos nos cuidados aos pacientes, para buscar cursos de ação na solução de conflitos da prática

cotidiana nos contextos de saúde (49,52). Logo, o processo de deliberação ética deve estar fundamentado em argumentos introduzidos de forma não forçada, estando sempre aberto à discussão com outros pontos de vistas e à revisão crítica por meio da argumentação racional (54).

Destaca-se que a revisão ética de casos clínicos de forma multidisciplinar, a partir da deliberação ética de modo sistematizado, abre espaço para um processo de educação permanente em bioética, com o objetivo de desenvolver habilidades práticas, competência e sensibilidade éticas para conduzir processos de reflexão, discussão e resolução de conflitos dessa natureza (52). Essa revisão ética pode ocorrer tanto em serviços de saúde, como em comitês de ética clínica dos hospitais, uma vez que esses comitês possuem tanto a função consultiva, atuando na revisão e deliberação ética de casos clínicos, como também no processo educativo de profissionais de saúde do hospital, além de também ter a função normativa (54). Ressalta-se que a educação permanente promove transformações nas práticas profissionais, acarretando reflexão crítica sobre o processo de trabalho (52).

Contudo, apesar dos vários aspectos positivos descritos sobre esses comitês, Rego et al. (49) apresentam uma preocupação relevante: eles alertam para a possibilidade de o médico se eximir da responsabilidade pela tomada de decisão, delegando-a ao comitê. Portanto, enfatizam que a função dos comitês de ética clínica é recomendar cursos de ação com os objetivos de melhorar o cuidado ao paciente, além de contribuir para reflexão das pessoas envolvidas no caso em discussão. Dessa forma, essas recomendações devem ser ponderadas, e sua aceitação não deve se limitar ao medo de ações judiciais (49,53). Apesar dessa ressalva, destaca-se que os comitês de ética clínica são ferramentas úteis para auxiliar nas tomadas de decisão em ambientes institucionais de saúde (49),

Entretanto, a literatura aponta que para implementação efetiva da deliberação ética como parte do processo de trabalho, é essencial o apoio da gestão, que além de conceder espaço físico para realização das reuniões, também deveria conceder tempo, condições de trabalho que propiciem os encontros da equipe para discussão de casos, e incentivo à participação dos profissionais na construção de processos dialógicos. Esses processos devem ser guiados pela compreensão, cooperação, e colaboração nas tomadas de decisão no cotidiano dos serviços de saúde, de forma que ocorra argumentação e abertura para modificar ou ampliar visões e opiniões (52). Dessa maneira, este estudo indica que, além da ausência de comitês de ética

clínica nos hospitais da SES-DF (a metade dos participantes referiu não ter comitê de ética no hospital onde atuam), também é possível inferir que não há incentivo da gestão para que os profissionais participem de um comitê como esse, uma vez que 80% dos participantes informaram não ser membro de comitê de ética clínica, e 62,5% alegaram que isso seria uma deficiência do serviço.

Nos resultados deste estudo, percebe-se ausência de protocolos institucionais nas UTIs da SES-DF para a resolução de problemas psicossociais, espirituais e para cuidados de fim de vida. A ausência desses protocolos pode demonstrar a dificuldade dos médicos em reconhecer esses problemas, uma vez que, se não há o reconhecimento da existência de um problema, logo não há resolução adequada. A existência de protocolo implica treinamento da equipe em sua execução, o que favorece, portanto, o reconhecimento do problema existente. Neste trabalho, 60% dos participantes referiram que nunca houve um POP na UTI para resolução de problemas psicossociais, 75% referiram não ter um POP para resolução de problemas espirituais e 80% informaram não ter POP para orientar os cuidados em fim de vida.

A dificuldade em reconhecer um paciente com conflitos espirituais foi detectada em questão do primeiro subgrupo do questionário, pois 15% dos participantes referiram não reconhecer esses pacientes, e 45% referiram reconhecê-los às vezes. Logo, é possível inferir que a ausência do respectivo POP pode contribuir para o não reconhecimento do paciente em conflito espiritual. Esse dado pode ser a razão pela qual apenas pouco menos da metade dos participantes informaram solicitar frequentemente a presença de um líder espiritual, conforme a espiritualidade/religiosidade do paciente com essa necessidade.

Ressalta-se que o envolvimento religioso e a espiritualidade estão associados a um melhor enfrentamento do adoecimento e maior adaptação a doenças graves, favorecendo a adesão ao tratamento e o sentimento de eficiência. Dessa forma, observa-se menor frequência de sintomas de depressão, melhora da percepção da qualidade de vida e redução do estresse do paciente. Ademais, a prática da espiritualidade tem sido relacionada a recursos psicológicos importantes para o enfrentamento de doenças graves, como autoaceitação. Entretanto, no âmbito da saúde, ainda há dificuldades na abordagem da espiritualidade como parte integrante do cuidado oferecido. Observam-se falta de conhecimento sobre o conceito e

atribuição de pouca importância para a espiritualidade e seu potencial efeito no bem-estar físico e psicossocial daqueles em situação de adoecimento (55-57).

Além disso, foi possível detectar dificuldades dos participantes deste estudo quanto aos cuidados em fim de vida. Apesar de quase dois terços afirmarem realizar tratamento e cuidados adequados no fim de vida, houve divergências em questões quanto às condutas a serem realizadas em paciente grave e com finitude próxima, as quais ainda serão discutidas na presente seção. Os participantes referiram permitir a despedida de familiares e pacientes em fim de vida, porém 75% informaram que não há na UTI um espaço adequado para essa despedida. Logo, além de não haver um POP para orientar os cuidados de fim de vida, há itens que poderiam fazer parte desse POP, mas que também não são implementados como parte dos cuidados no fim de vida. Por exemplo, o cuidado psicossocial pós óbito a familiares de paciente (menos da metade dos participantes referiram que esse cuidado é realizado), colaboração em diários de UTI (65% dos participantes nunca colaboraram na confecção e registro desses diários), maior maleabilidade de horários para visita de familiares (45% dos participantes referiram ser possível ter essa maleabilidade).

Dessa maneira, considerando os princípios dos cuidados paliativos, detalhados na seção revisão de literatura, o cuidado de familiares no pós óbito do paciente, e a maleabilidade de horários para visita dos familiares, são elementos que se encaixam nesses princípios, pois essa abordagem trabalha com o binômio paciente-família.

Os diários de UTI são elaborados por todos os profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar do ambiente intensivo. Esse registro inclui não só as atualizações diárias quanto ao quadro clínico do paciente por todos da equipe de saúde, como também é composto por fotografias do doente, e pequenos textos escritos pelos familiares e amigos nas visitas, muitas vezes afetuosos e com votos de melhoras. Esse diário, geralmente, é entregue ao paciente no momento de sua alta da UTI. Logo, a colaboração nos diários pelos profissionais de saúde, incluindo equipe médica, pode contribuir para o bem-estar do paciente após a alta, reduzindo eventuais quadros de ansiedade e depressão decorrentes da síndrome pós cuidados intensivos. Isso porque eles atuam como registros de memória para pacientes que ficaram sedados por longo tempo na UTI. No caso de óbito do paciente, podem ser registros de memória dos cuidados realizados, sendo ofertados

à família, uma vez que esse diário pode conter fotos, comunicações que demonstram a afetividade dos laços familiares, atuando como recordação e auxiliando no processo de enfrentamento do luto dos familiares (58,59).

Ressalta-se que quanto aos cuidados em fase de terminalidade, houve correlação positiva deste tema com quatro outros temas do questionário. Apesar de não haver relação de causalidade, o dado demonstra a importância dos cuidados em fim de vida nesse estudo.

O estudo de Weiss et al. (26) também identificou problemas quanto a esses POPs, que foram categorizados como insatisfatórios: a maioria daqueles participantes informou não ter esses POPs nas UTIs. Segundo aquele estudo (26), há trabalhos na Alemanha que abordam aspectos do cuidado psicossocial e espiritual nas UTIs, assim como a autonomia dos pacientes, aspectos éticos e legais dos cuidados paliativos, mudanças nos objetivos de cuidados, diretrizes sobre limitação e suspensão de tratamentos. E, também, enfatizam que há ferramentas nacionais e internacionais disponíveis para construção de POPs, alterando assim o *status* dessas categorias de insatisfatória para satisfatória.

É importante destacar que, considerando as situações de fim de vida, não foi possível descrever a conduta médica mais provável nestes cenários, pois houve divergência importante nas respostas dos itens a esse respeito. Reitera-se que um pequeno caso clínico foi apresentado para que as questões 7, e 34 a 39 fossem respondidas. Esse caso foi traduzido do questionário original do trabalho de Weiss et al. (26) e orientava que o participante da pesquisa considerasse um paciente portador de doença crônica grave ou com funcionalidade prévia prejudicada e baixa, admitido há mais de 72h na UTI para tratamento de doença aguda potencialmente reversível, como a pneumonia, por exemplo. Contudo, esse paciente evoluía com piora clínica, apresentando deterioração de múltiplos órgãos. Conforme a Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto Admitido em UTI da SES-DF (16), o paciente desse caso apresenta alguns aspectos que preenchem os critérios para definição de terminalidade, tais como: doença crônica grave, ou capacidade funcional prévia baixa, presença de fator de mau prognóstico (piora clínica, apesar da otimização terapêutica) e de duas ou mais falências orgânicas irreversíveis.

Logo, o referido caso apresenta quatro dos seis critérios para definição de terminalidade, conseqüentemente, seria possível avaliar mudança nas prioridades de cuidado. Assim, considerando a mencionada diretriz, após essa constatação,

deve-se prosseguir com o estabelecimento da fase de assistência intensiva, e nesse caso, seria possível definí-la como fase II, na qual a morte é prevista para dias, semanas ou meses (16). Deve-se também estabelecer o nível de suporte, que corresponderia ao nível C para esse caso. Ressalta-se que no nível C, as adequações de medidas sugeridas no Quadro 2 apresentam-se como um guia, e não como conduta obrigatória, haja vista que as condutas e tratamentos devem ser individualizados. Ainda assim, percebe-se que neste nível, devem ocorrer avaliações quanto a limitação e/ou suspensão de tratamentos e do uso do suporte avançado para manutenção da vida, uma vez que tais terapêuticas podem não acarretar eficácia, e muito provavelmente, em nenhum benefício ao paciente, conforme as melhores evidências científicas.

Ainda quanto à eficácia e benefício, convém conceituar estes termos para melhor compreensão (16, 24):

- Eficácia do tratamento proposto: conhecimento médico técnico sobre a diferença que o tratamento faria em termos de prognóstico, incluindo morbidade, mortalidade ou funcionalidade, segundo as melhores evidências disponíveis.

- Benefício: determinação subjetiva do que o paciente ou seu representante legal percebem como sendo de valor para seu próprio bem, segundo seus objetivos ligados ao tratamento proposto.

- Onerosidade da intervenção: custos físicos, emocionais, econômicos ou sociais impostos ao paciente pelo tratamento. No âmbito médico é factual, no âmbito do paciente é subjetiva.

Infelizmente, foi possível perceber que diante de um paciente grave, com baixa funcionalidade prévia, apresentando disfunções orgânicas múltiplas, sem resposta às medidas empreendidas há mais de 72 horas, e com alta probabilidade de falecimento em semanas ou dias, 80% dos participantes da pesquisa manteriam o tratamento realizado, incluindo todo o suporte avançado para manutenção da vida. Entretanto, ao serem questionados se fariam mudança no plano de cuidados, com limitações do uso do suporte avançado de vida, 60% referiram que fariam a mudança. Além disso, no item sobre cuidados de fim de vida, quando questionados se seria adequado iniciar esses cuidados, 95% dos participantes concordaram. Curiosamente, 50% dos participantes não concordaram em descalonar tratamentos, enquanto 10% referiram ser inadequado avaliar a suspensão de medidas de suporte avançado de vida, e 50% afirmaram que às vezes essa conduta pode ser adequada.

Ressalta-se que quanto a não realização de manobra de reanimação cardiopulmonar (RCP), 50% referiram ser adequado não a iniciar, e 25% referiram que frequentemente seria adequada essa conduta.

Tais resultados demonstram que não há uma conduta mais provável a ser realizada em situações de fim de vida, pois os resultados são extremamente divergentes, e mesmo contraditórios. Enquanto uma grande maioria informou ser adequado manter todo o tratamento terapêutico e suporte avançado de vida, uma maioria em menor percentagem (60%) concordou em modificar o plano de cuidados, incluindo limitações do suporte avançado de vida. Todavia, as mesmas pessoas que referiram ser adequado modificar o plano de cuidados, limitando o suporte avançado de vida, também discordaram da realização dessas limitações, representadas pelas questões sobre descalonamento de tratamentos e avaliação da respectiva suspensão. Assim, ocorreu consenso apenas quanto à questão sobre a não realização da manobra de RCP. Nessa perspectiva, é possível inferir presença de obstinação terapêutica e distanásia nas UTIs da SES-DF, uma vez que a única modificação no plano de cuidados foi representada no questionário pela não realização de RCP.

Como já mencionado, a obstinação terapêutica ocorre quando há prolongamento do tempo de vida por meios artificiais, o que não incorre em eficácia do tratamento, nem favorece o bem do paciente em fase de terminalidade da vida. Nessas situações, talvez por falta de familiaridade com todos os aspectos envolvendo a morte, o profissional de saúde pode experimentar a sensação de impotência e frustração perante a limitação ou falência do processo de restabelecimento da saúde de seu paciente. Dessa forma, a obstinação terapêutica tem a distanásia como consequência, a qual consiste num tratamento inútil, que abarca sofrimentos em várias dimensões (física, social, emocional e espiritual) para paciente e familiares. Logo, nesse cenário, qualquer intervenção com objetivo curativo pode se tornar uma agressão à dignidade da pessoa humana (60).

Deste modo, questiona-se a possível persistência de obstinação terapêutica nos ambientes intensivos da SES-DF. Uma possibilidade recorrentemente relatada na literatura é a dificuldade do profissional de saúde em lidar com a morte e perda de pacientes, a qual se deve, em grande parte, à sensação de “derrota” para a morte. Esse fato se associa tanto com o aumento do poder de intervenção do médico, realidade vivenciada nos últimos anos, quanto com o ensino tecnicista,

voltado às doenças e compartimentalizado em partes do corpo e não no ser humano como um todo (61, 62). Assim, Fonseca e Geovanini (63) referem que a medicina está entre as profissões com maiores chances de atrair pessoas com alto grau de dificuldade para lidar com a morte. Portanto, o confronto com estas dificuldades pode acarretar sérias consequências emocionais para a vida do profissional e para a qualidade e o desempenho de seu trabalho (63).

Outra possibilidade poderia ser a prática de uma “medicina defensiva”, que consiste na adoção de todos os recursos e procedimentos disponíveis, mesmo que sabidamente inúteis, com o objetivo de provar uma boa atuação profissional em caso de judicializações (40,43,64).

Todavia, as evidências científicas mais recentes reconhecem e utilizam o conceito de “futilidade terapêutica”, no qual intervenções fúteis em senso estrito não devem ser implementadas. Assim, desde 2015, que o termo intervenção fútil tem sido restrito a situações, no âmbito da saúde, em que não há possibilidade alguma de que seu objetivo fisiológico seja alcançado (47). Exemplos de intervenções fúteis são: condutas que não possuem qualquer base racional fisiopatológica, como o uso de antibioticoterapia para infecções cujo agente seja multiresistente ao tratamento proposto; parada cardíaca decorrente de hipotensão ou hipoxemia refratárias; e intervenções que já falharam previamente (como manutenção de procedimentos de reanimação cardiopulmonar por mais de 30 minutos e sem êxito) (47,65).

Ressalta-se ainda que a adequação de medidas nos casos mencionados também possui respaldo, tanto na Resolução nº 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina (66), como no Código de Ética Médica (67), que têm a função de normatizar condutas profissionais. Dessa maneira, apesar da inexistência de tratamento normativo acerca da distanásia no ordenamento jurídico brasileiro, no que diz respeito ao paciente acometido de doença incurável, diante da impossibilidade terapêutica da cura, segundo Torres (64), não há dever de curar, nem de salvar, mas, sim, apenas e tão somente, “dever de cuidar” (43, 64,68).

Destaca-se que a inferência de que pode haver obstinação terapêutica e distanásia nas UTIs da SES-DF coincide com o resultado da primeira questão do questionário. Nela, pouco mais da metade dos participantes respondeu que “às vezes” os cuidados recebidos pelos pacientes durante a internação são condizentes com a preservação de sua dignidade humana, ou seja, a maioria não acredita que ocorra preservação da dignidade humana com os cuidados recebidos em uma

internação de forma frequente e cotidiana. Portanto, isso é preocupante. Em que níveis uma internação pode prejudicar um paciente, a ponto de ferir sua dignidade? Quantos problemas éticos são recorrentes nesses hospitais? A distanásia e obstinação terapêutica se fazem tão marcadamente presentes a esse nível? Infelizmente, neste estudo não foi possível avançar ao ponto de identificar esses dilemas éticos. Todavia, esse dado é alarmante, pois é possível que a segurança do paciente esteja em risco, assim como seus direitos humanos e constitucionais, que podem ser violados.

Por outro lado, essas respostas à primeira questão também podem estar associadas à insatisfação e sofrimento moral dos médicos de UTIs da SES-DF, o que também é preocupante. Segundo Zoboli (69), que estuda a proposta deliberativa do bioeticista espanhol Diego Gracia, os juízos morais constroem-se pelo encadeamento de fatos, valores e deveres. A ética é construída a partir de três momentos: cognitivo (dos fatos, que se orienta pela lógica cognitiva); o da valoração ou preferências (dos valores); e o da realização, que é o mais propriamente moral, é o momento do dever. Logo, a experiência moral é a experiência do dever de realizar valores, que instituímos como obrigação. Todavia, a esfera do dever tem dois níveis: o “dever ideal” e o “dever realizável”. Assim, tudo que se reconhece como valioso, projeta-se para uma idealização de mundo com o “dever ideal”, que se estabelece como o objetivo que se almeja realizar no cotidiano, apesar de ainda não ser possível. Portanto, deliberações éticas podem ser necessárias para sair dessa idealização e chegar ao que é possível na realidade (o dever realizável). Isto posto, quando o profissional de saúde não reconhece que o “dever ideal” não é possível, e não consegue visualizar curso de ações realizáveis, vivencia esta lacuna constitutiva da vida moral como falha pessoal no cumprimento dos deveres. Tal fato pode redundar em sofrimento moral, por se considerar inadimplente com suas obrigações morais (69). Ressalta-se, portanto, que o sofrimento moral pode desencadear síndrome de *burnout* no profissional de saúde (70).

Dessa maneira, as respostas da primeira questão servem de alerta, tanto para uma possível mácula à dignidade do paciente, quanto para o esgotamento do profissional. Além disso, considerando ainda as respostas discrepantes e contraditórias sobre condutas no fim de vida, já mencionadas, elas podem demonstrar que há grande necessidade de capacitação da equipe médica lotada em UTIs da SES-DF, quanto à adequação de medidas e proporcionalidade de cuidados

no fim de vida, de maneira que as indicações de tratamento apresentem eficácia, maior benefício e menor onerosidade ao paciente, considerando seu quadro clínico. A não realização de RCP é apenas um aspecto da adequação de medidas, quando se percebe a irreversibilidade do quadro clínico, com refratariedade às medidas empreendidas e alta probabilidade de óbito em breve, conforme Moritz et al. (15) e a citada diretriz da SES-DF (16). Do mesmo modo, outros estudos (20,26) apresentaram resultados semelhantes em relação à necessidade de capacitação de profissionais de saúde quanto a cuidados paliativos e adequação de condutas em ambientes intensivos. O desconhecimento sobre cuidados na terminalidade, sobre como adequar condutas, e como realizar comunicações adequadas com pacientes e familiares também podem ser fatores que geram ansiedade, frustração e sofrimento moral (70).

Também é notória a grande disparidade entre as respostas do subgrupo “condutas quanto ao objetivo de cuidados”, descritas na Tabela 6, e aquelas do subgrupo “objetivos de cuidados curativos e paliativos”. Neste último subgrupo (Tabela 3), a maioria dos participantes referiu não só aplicar os princípios dos cuidados paliativos em suas práticas médicas, e estabelecer metas de cuidados para as primeiras 72 horas do paciente após admissão em UTI, como também discutir se as metas de cuidados propostas seriam alcançáveis; ademais, todos afirmaram que estabeleciam objetivos de tratamentos possíveis e realistas, considerando a condição clínica do paciente. Entretanto, como já discutido, a descrição de conduta, quanto ao caso apresentado foi bem diferente dessas respostas, uma vez que não houve estabelecimento de objetivo de cuidado realista, conforme a condição clínica exposta. Além disso, como esperado, uma vez que o teor das questões entre esses subgrupos são semelhantes, houve associação positiva e estatisticamente significativa entre eles.

Não obstante, é interessante notar que em estudo anterior de Ramos et al. (71), realizado com intensivistas, oncologistas e promotores de justiça para avaliar diferenças nos posicionamentos quanto aos cuidados de fim de vida, a maioria dos primeiros referiu não concordar com a manutenção de suporte avançado de vida em situações de terminalidade. Esse dado também se contrapõe aos resultados obtidos nesse estudo. Todavia, ainda na pesquisa de Ramos et al. (71), foram avaliadas respostas quanto a dois casos clínicos semelhantes, em um deles prosseguia-se com suspensão da ventilação mecânica com o consentimento de um familiar, ao

passo que, no outro caso, não havia familiares para consentir. Dessa maneira, houve alta concordância com o primeiro caso, o que demonstra grande respeito à autonomia do paciente (por meio de manifestação prévia de seus desejos a familiares). Todavia, o mesmo não ocorreu no segundo caso. Porém, os autores referiram que a objeção da conduta sem o consentimento de um familiar refletiu apenas a opinião pública, pois a participação de familiares em tomadas de decisão quanto ao fim de vida, apesar do desejo desses entes em participar, e das recomendações de diretrizes, raramente ocorre. Na Europa, mais de 30% dos pacientes que falecem em UTIs não tiveram a participação de familiares na tomada de decisão sobre o fim de vida. No Brasil, essa taxa pode ser maior (71). Logo, há diferença entre o posicionamento médico e a prática clínica, dado que corrobora os resultados díspares entre os subgrupos mencionados no presente estudo.

Ressalta-se que na questão 57, quando questionados se já tiveram treinamento em cuidados paliativos, um quarto dos participantes afirmaram não terem feito esse treinamento. Dessa maneira, uma vez que há disparidade entre essas respostas, e a possível descrição de condutas conforme já discutido, questiona-se a qualidade dessas capacitações e reforça-se a necessidade de capacitação e educação permanentes dessas equipes em cuidados paliativos e de fim de vida.

Também foi percebido que 70% das equipes multiprofissionais das UTIs nunca ou às vezes receberam treinamento / capacitação em cuidados paliativos. Para que os cuidados centrados no paciente, cuidados paliativos e de fim vida sejam, de fato, implementados, não basta o conhecimento e capacitação da equipe médica. É primordial o conhecimento e capacitação de toda a equipe de saúde envolvida nos cuidados ao paciente no ambiente intensivo. Por exemplo, não basta o médico prescrever opioide com seus respectivos resgates para controle álgico do paciente. A equipe multidisciplinar deve reconhecer a dor nesses pacientes, que nem sempre podem se comunicar, compreendendo assim a importância dos resgates de opioides para o controle álgico, solicitando e/ou administrando esses medicamentos, quando necessário.

No trabalho de Weiss et al. (26), os resultados dessas questões, sobre conduta mais provável a ser tomada, foram semelhantes aos deste estudo. Os anestesiólogistas que atuavam em UTI, em sua maioria, referiu manter todo o tratamento realizado e suporte avançado de vida, mas também informaram que seria

adequado modificar o plano de cuidados, incluindo limitações no suporte avançado de vida, assim como também referiram ser adequado iniciar os cuidados de fim de vida naquela situação. Porém, em contraste com o estudo do DF, no trabalho de Weiss et al. (26) os anestesiólogos referiram ser adequado tanto o descalonamento de tratamentos, como a não realização de RCP, diante da situação exposta no questionário.

Quanto ao subgrupo “objetivos de cuidados curativos e paliativos”, Weiss et al. (26) referiram que todas as questões foram incluídas na categoria 1, ou seja, como suficiente (semelhante a este estudo, excetuando-se apenas 2 questões). Entretanto, os autores relataram que os resultados dessas questões têm alto risco de serem respostas socialmente aceitáveis, não condizentes com a realidade, uma vez que o planejamento de cuidados é recomendado desde 2012 pelas diretrizes internacionais de sobrevivência à sepse (*Survival Sepsis Campaign*) (72), sendo reiterado nas diretrizes de 2016 (73) e de 2021 (45).

Dessa forma, iniciativas para melhorar o cuidado em ambientes de UTI destacam a importância de se incorporar o planejamento de cuidados conjuntamente com o prognóstico para delinear o plano terapêutico. Todavia, Weiss et al. (26) descreveram que houve relatos de que a maioria de médicos em UTI não se sentiam confortáveis em ter conversas sobre fim de vida com a família de pacientes. Logo, essa dificuldade pode acarretar a perda de oportunidades para esclarecer familiares de pacientes quanto às possíveis dúvidas, informações incertas e preocupações relacionadas ao objetivo de cuidados no fim de vida. Assim, esses pesquisadores (26) enfatizaram que as habilidades para realizar planejamento de cuidados — e adequar o planejamento aos objetivos de cuidados — devem ser consideradas como essenciais no ambiente intensivo, e a equipe deve receber treinamento contínuo, visando se qualificar para essa prática.

Considerando os resultados desse estudo, a hipótese de Weiss et al. (26) também pode ser aplicada à realidade das UTIs da SES-DF, pois assim como naquele trabalho, no subgrupo “objetivos de cuidados curativos e paliativos”, as respostas foram positivas quanto ao planejamento de cuidados e adequação de medidas. Portanto, é possível considerar também um alto risco de que essas sejam respostas socialmente aceitáveis, já que divergem daquelas do subgrupo “condutas quanto ao objetivo de cuidados”, como já foi discutido.

Segundo Weiss et al. (26), detectou-se também grande necessidade de se reformular os cuidados em fim de vida na Alemanha, de forma que não se priorizasse a simples extensão da vida em detrimento de uma morte digna. Para isso, há diversos estudos nacionais e internacionais (13,15, 74-76), amplamente aceitos na comunidade internacional, sobre limitação de suporte avançado de vida. Porém, as tomadas de decisão quanto aos cuidados de fim de vida variam muito entre regiões, países, UTIs e, até mesmo entre médicos dentro de uma mesma UTI. Dessa maneira, é imprescindível que na implementação da limitação de suporte avançado de vida, seja realizada comunicação empática, educativa e acolhedora com o paciente, familiares, e com a própria equipe multidisciplinar, esclarecendo que essa mudança no plano de cuidados não significa ausência de cuidados em saúde (26).

Com os resultados mencionados acima, Weiss et al. (26) também referiram ampla necessidade de educação da equipe de enfermagem das UTIs, pois foi detectado que a enfermagem não possuía capacitação em cuidados paliativos. Assim, considerando que entre 10 e 20% da população falece em UTIs, o treinamento em cuidados paliativos e fim de vida é essencial para o cuidado contínuo desses pacientes e suporte a familiares no pós-óbito. Além disso, é importante promover a educação de equipe de saúde e familiares quanto a esse tema, desmistificando que a limitação de suporte avançado de vida seja equivalente a desistir do paciente ou abandoná-lo. Ao contrário, um planejamento de cuidados para o fim da vida é uma forma ativa de promoção aos melhores cuidados, conforme as necessidades do paciente. Portanto, a partir de medidas educativas para esse público, será possível o ajuste na experiência do cuidado, associando a melhor condução prática e interprofissional às prioridades e valores de pacientes e familiares, considerando a realidade clínica, que requer adequação de medidas (26, 77).

Ressalta-se que em relação aos princípios bioéticos, foi possível identificar que a dignidade humana, autonomia do paciente e familiares, assim como seus respectivos consentimentos, foram relatados em tomadas de decisões no fim de vida nas UTIs pela maioria dos participantes da pesquisa. Apesar da diferença nas respostas dos itens 2 e 3 do questionário (ver Tabela 1) — que pode demonstrar desconhecimento quanto ao conceito de autonomia —, ainda assim a maioria referiu respeitar a autonomia dos pacientes e familiares. Contudo, na questão 2, 20% dos

participantes referiram que “às vezes” permitiam que paciente e familiar exercessem sua autonomia. E na questão 3, sobre tomada de decisão compartilhada com pacientes e/ou familiares, de forma que exercessem suas autonomias, 35% dos participantes responderam “às vezes” e 5% “não, nunca”. Ou seja, infere-se que há um número de médicos que, muitas vezes, não respeitam a autonomia de pacientes e familiares, e isso pode sugerir a presença de condutas paternalistas, inclusive ferindo direitos humanos dos pacientes, além do claro desrespeito ao indivíduo em vulnerabilidade, por se encontrar em uma situação tida como passiva, em relação de poder assimétrica, o que redundam em dilemas éticos.

O desrespeito à autonomia do paciente pode acarretar obstinação terapêutica e diagnóstica, o que gera sofrimentos ao paciente em sua multidimensionalidade, e fere o princípio da dignidade humana. Considerando o conceito de dignidade humana, conforme Albuquerque (32), o referido desrespeito à autonomia do paciente pode ferir tanto o princípio do respeito à pessoa humana, como o da vedação do tratamento humilhante, desumano e degradante, ou seja, dessa maneira não se preserva a dignidade do paciente.

Destaca-se que o paternalismo ocorre por meio da substituição da tomada de decisão, impedindo, portanto, a tomada de decisão do indivíduo sobre sua própria vida. Sendo assim, também foi possível perceber pela pesquisa que 15% dos participantes referiram “às vezes” registrar em prontuário o consentimento de pacientes. Tal fato é preocupante pois, como já mencionado, pode indicar uma prática paternalista e ausência de respeito à vontade e autonomia do paciente por parte desses profissionais. Por outro lado, considerando que a maioria dos pacientes internados em UTI encontram-se sedados, incapazes de exercer sua autonomia e fornecer consentimento, por esse motivo, haveria plausibilidade nessa resposta dos participantes.

É interessante destacar que na correlação de Spearman entre os subgrupos do questionário, houve associação positiva entre autonomia do paciente e seis dos oito subgrupos, são eles: prognóstico e resultados, objetivos de cuidados, protocolos e gerenciamento de qualidade, condutas quanto ao objetivo de cuidados, aspectos das equipes e cuidados na fase de terminalidade. Apesar de não ser possível inferir efeito de causalidade nessa correlação, é perceptível que o princípio da autonomia do paciente associa-se moderadamente a vários quesitos do questionário, o que enfatiza a importância deste princípio no trabalho.

De todo modo, é importante frisar que ainda há amplo espaço para que o tratamento durante as internações seja mais centrado no paciente, com maior respeito à sua autonomia, preservando sua dignidade. Haja vista que itens sobre registro de conversas sobre prioridades, estilo de vida, qualidade de vida, planos para o futuro com pacientes e sobre preparo adequado de diretivas antecipadas de vontade foram respondidos de forma negativa, como já foi abordado.

Destaca-se que a Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto admitido em UTI da SES-DF pode ser uma ferramenta educacional e prática para guiar profissionais médicos nas situações clínicas desafiadoras, promovendo um tratamento de alta qualidade e centrado no indivíduo, sendo, portanto, ético e baseado em evidências. Apesar de a amostra desta pesquisa corresponder a apenas 14% do total de médicos lotados em UTIs na SES-DF (segundo levantamento de dados obtidos pela pesquisadora após contato com as respectivas UTIs, via SEI, em que se estimou 141 médicos para a amostra total, conforme foi detalhado na seção método), foi possível perceber o desconhecimento do corpo médico quanto a essa diretriz da própria SES-DF, que seria norteadora de condutas. Dos 40% de participantes que afirmaram conhecer a diretriz, apenas 20% referiram utilizá-la na prática diária. Além disso, o desconhecimento dessa diretriz e sua aplicabilidade pode ser identificada na questão 7, com 70% das respostas “não sei”.

Um ponto importante a ser observado quanto ao registro de informações de pacientes e sobre seu quadro clínico em prontuário está relacionado à questão 23, na qual os participantes responderam se registravam a decisão de permitir que o paciente falecesse naturalmente. Enquanto a metade dos participantes afirmou realizar esse registro, 15% responderam que frequentemente o realizava, 30% responderam que às vezes realizavam o registro e 5% disseram que não o fazem. Portanto, consideravelmente, pelo menos 35% dos participantes parecem não registrar com frequência essa tomada de decisão técnica, que pode acarretar em obstinação terapêutica e distanásia por parte da equipe da UTI, que não teria essa informação para o cuidado do paciente. Dessa maneira, um questionamento importante aborda o motivo pelo qual esse registro não é feito cotidianamente? Seria por medo de processo civil? Desconhecimento sobre cuidados paliativos e cuidados de fim de vida, incluindo seus aspectos ético-legais? Em caso afirmativo para essas perguntas, demonstra-se, então, novamente a necessidade de educação, capacitação, treinamento de médicos da SES-DF em cuidados paliativos e de fim de

vida na UTI, incluindo aí a capacitação para conhecimento e utilização da Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto Admitido em UTI da SES-DF.

Conforme mencionado anteriormente, muitos pacientes internados em UTIs encontram-se sedados, ou seja, estão em uma situação que os deixam incapazes de consentir. Nesse contexto, é primordial o respeito ao artigo 7, item "a" da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), sobre indivíduos sem capacidade de consentir (7):

Em conformidade com a legislação, proteção especial deve ser dada a indivíduos sem a capacidade para fornecer consentimento: a) a autorização para pesquisa e prática médica deve ser obtida no melhor interesse do indivíduo envolvido e de acordo com a legislação nacional. Não obstante, o indivíduo afetado deve ser envolvido, na medida do possível, tanto no processo de decisão sobre consentimento assim como sua retirada (p. 6).

Dessa maneira, as decisões tomadas por familiares consentindo ou não quanto a determinados tratamentos devem ser realizadas tendo em consideração as vontades e preferências do paciente, e não o que esse substituto acreditar ser melhor, de modo que a decisão ocorra tendo em vista o interesse do paciente (78). Segundo Albuquerque (48), as sociedades democráticas fundamentadas no referencial dos Direitos Humanos têm como tarefa essencial, ao preservar a autonomia pessoal, limitar órgãos e Estados, evitando adoção de posturas paternalistas em relação às pessoas com vulnerabilidade acrescida. Logo, a proteção a essas pessoas consiste em promover meios para que elas exerçam sua autonomia pessoal, tomando decisões e definindo seus planos de vida (48).

Ainda conforme Albuquerque (46), o paciente encerra em si um duplo aspecto: um passivo e um ativo. Por um lado, a doença que o acomete, o faz clamar por ajuda, tornando-o dependente do profissional de saúde. Ao passo que, esse profissional depende da instrução do paciente sobre o que ocorre em seu corpo, ao enunciar seus sintomas, ato eminentemente ativo. Todavia, pacientes em situação de inconsciência detêm apenas o aspecto passivo da dupla condição assinalada, sendo, conseqüentemente, mais vulneráveis (46).

Considerando, portanto, que o paciente sedado em UTI possui uma vulnerabilidade acrescida, a existência de uma diretiva antecipada anterior a esse estado deve ser reconhecida e respeitada como vontade e preferência desse paciente (78). Caso não existam diretivas antecipadas, o uso de uma abordagem de cuidados em saúde centrada no paciente é necessário.

Destaca-se, então, que a alternativa ao modelo paternalista na relação profissional – paciente, é o mutualista ou modelo de tomada de decisão compartilhada, o qual é centrado no paciente. Como já mencionado na presente seção, o modelo paternalista é pautado na visão biomédica, com foco na doença e que pressupõe relações verticalizadas. Dessa maneira, o conhecimento e saber médico seria superior ao do paciente, sendo revestidos de tanta certeza que impediriam a escuta ativa destes últimos. Nessas circunstâncias, qualquer discordância por parte dos pacientes ou de seus familiares é bloqueada e entendida pelos profissionais de saúde como negação ou falta de compreensão sobre o que estes julgam como mais adequado para o paciente (47).

Em contraposição ao modelo paternalista, na relação profissional de saúde-paciente há o modelo consumista ou informativo, no qual esses profissionais apenas informam o paciente sobre as opções de abordagens existentes para seu problema de saúde. Dentre as informações apresentadas, constam seus riscos, custos, benefícios e incertezas. Assim, o paciente escolhe a opção que mais lhe agrada. Dessa forma, segundo Vidal et al. (47), o papel dos profissionais de saúde dentro desse modelo seria comparável ao de um garçom que oferece um cardápio de opções a seus clientes e se restringe a esclarecer suas dúvidas e lhes trazer o que foi solicitado. Portanto, há apenas uma relação de consumo, que pode aumentar o sofrimento de pacientes, tanto pelo fato de essas pessoas não terem total clareza acerca do que desejam, como pela sensação de desamparo devido ao peso dessa tomada de decisão solitária.

Ressalta-se que o modelo informativo não é o baluarte da autonomia do paciente. Ao contrário, é essencial reconhecer a existência de limites à autonomia, tanto dos profissionais de saúde como de pacientes e de seus entes queridos. Esses limites variam de acordo com o contexto clínico específico de cada situação e com o grau de certeza acerca do prognóstico, da efetividade e dos riscos associados a cada intervenção. Dessa maneira, um paciente ou seus familiares não podem impor a um profissional de saúde a prescrição de um tratamento, cujas evidências demonstram ineficácia para atingir o objetivo acordado, além de elevar o risco de complicações graves, uma vez que haja alternativas eficazes e adequadas. Similarmente, nenhum profissional de saúde pode impor a suspensão de um tratamento amplamente disponível, cujas evidências apresentam alta efetividade para atingir o referido objetivo, e baixa probabilidade de eventos adversos graves.

Além disso, reitera-se que a futilidade terapêutica já mencionada, constitui-se como um limite claro à autonomia de todos envolvidos, haja vista que intervenções fúteis não devem ser implementadas (47).

Nessa perspectiva, a tomada de decisão compartilhada entre profissional de saúde e familiares é um instrumento que utiliza a escuta compassiva, permitindo a construção de um relacionamento alicerçado pelo diálogo, que conduz à maior clareza sobre decisões a serem tomadas. Assim, são realizadas comunicações sobre as opções terapêuticas existentes com detalhamento sobre cada uma delas, incluindo os riscos e benefícios que as envolvem. Deste modo, é possível realizar uma decisão com foco nas vontades e preferências do paciente, considerando as possibilidades terapêuticas eficazes e benéficas de forma individualizada, de acordo com seu quadro clínico (47,79). Esse processo para tomada de decisão compartilhada foi detalhado na revisão bibliográfica, seção em que o trabalho de Forte et al. (13) é comparado à Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Admitido em UTI (16). Ressalta-se que esse diálogo é amplamente dependente da qualidade da comunicação realizada. Dessa maneira, estudos demonstram redução de tratamentos não benéficos após uso de técnica de comunicação adequada, atrelada à maior frequência de reuniões familiares com tópicos pré-definidos para a tomada de decisão compartilhada (80).

Reforça-se, portanto, que as decisões compartilhadas são planejadas, construídas e executadas a partir da relação clínica que considera que nenhuma decisão complexa pode ser tomada sem considerar os fatos, os valores e os deveres. Nessa perspectiva, para o bioeticista espanhol Diego Gracia, os fatos (clínica) suportam os valores. Se não houver clareza nos fatos, não haverá como identificar claramente os valores que precisam ser protegidos. E o principal dever do profissional da saúde é promover e proteger valores (47,81).

Entretanto, segundo Kon et al. (82), o processo de tomada de decisão compartilhada em UTI apresenta alguns pontos que a dificultam como ausência de relacionamento prévio entre clínicos, pacientes e familiares e necessidade de tomada de decisão urgente; a maioria dos pacientes estão em processo de terminalidade, ao passo que outros são pacientes críticos, incapazes de consentir, logo necessitam de um substituto para tomar decisões sobre suas vidas. Além disso, o envolvimento de substitutos no processo de decisão acarreta desafios psicológicos, éticos e de comunicação distintos em comparação ao processo de

tomada de decisão com o paciente. Ainda assim, o Colégio Americano de Cuidados Médicos Críticos (*American College of Critical Care Medicine*) e a Sociedade Americana de Cirurgia Torácica (*American Thoracic Society*) defendem o uso da tomada de decisão compartilhada em UTI, garantindo um cuidado centrado no paciente e com foco em suas vontades e preferências.

Destaca-se que o envolvimento de um substituto no processo decisional permite ao médico aprender sobre os valores do paciente a quem se discute, além de conhecer manifestações de vontade prévias como diretivas antecipadas. Soma-se a isso o fato de que a inclusão de um membro familiar nesse processo não só demonstra respeito pela família, como também pelo paciente, uma vez que a maioria deseja que seus familiares estejam envolvidos nesse processo, além de a própria família também assim o desejar (78, 82).

Com relação às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), essas são entendidas como um gênero de documentos de manifestação de vontade prévia, que apenas terão efeito quando o paciente não conseguir manifestar livre e autonomamente sua vontade. Dessa forma, esse gênero se divide em diferentes espécies, com aplicações específicas para estados clínicos diversos. Sendo assim, a autonomia, respeito às pessoas e lealdade são princípios que as fundamentam. Alguns benefícios relacionados às DAV são redução do medo do paciente de situações inaceitáveis, assim como o aumento de sua autoestima, aumento da comunicação entre médico e paciente, orientação para o médico em situações difíceis e conflituosas, e alívio moral para familiares diante de situações duvidosas ou “potencialmente culpabilizantes” (83,84).

Considerando a inexistência de tratamento normativo sobre as DAV no ordenamento jurídico brasileiro, o Conselho Federal de Medicina (CFM) promulgou a Resolução nº 1.995/2012, que dispõe sobre a possibilidade de aplicação das DAV (85). Trata-se de manifestação prévia do paciente, quanto a tratamentos e procedimentos que aceita ou recusa ser submetido, quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. Esclarece-se que essa resolução é válida para situações de fim de vida (83,85). Entretanto, segundo Bevilaqua et al. (86) há desafios quanto à elaboração de DAV no cenário nacional, o que torna sua aplicabilidade limitante, a saber: inexistência de um arcabouço legal específico, que pode gerar insegurança profissional na operacionalização das diretivas; o receio de judicialização, diante de conflitos decisórios com familiares; desinformação, falhas

de comunicação, o paternalismo médico, o receio de abandono profissional e a diversidade cultural e religiosa do país.

Já no cenário internacional, os motivos identificados para não elaboração de DAV foram: dificuldades de antecipar suas vontades, de não desejar escrever desejos e o aparecimento rápido de um delírio ou a piora da condição de saúde. Além disso, conforme, Cogo e cols. (87), outros motivos detectados na literatura foram as dificuldades em organizar uma DAV, tendo de especificar preferências e/ou limitações para o tratamento de suporte de vida, além da linguagem que pode se apresentar vaga e inconsistente para sua implementação.

Portanto, em geral os provedores de saúde utilizam uma escala hierárquica padrão com relação ao processo decisional: primeiro, avaliam se o paciente possui capacidade mental ou decisional naquele momento, e/ou procuram pela existência de diretivas antecipadas. Em caso negativo, a equipe de saúde procura envolver família e amigos, buscando uma pessoa que seja a referência para tomada de decisão substituta, a qual deve ser bem similar à decisão que o paciente tomaria. Caso não haja uma pessoa para essa tomada de decisão substituta, os profissionais de saúde realizam o tratamento do paciente conforme o que acreditam ser o melhor interesse desse indivíduo (88).

Todavia, considerando os resultados deste trabalho, em que é possível inferir provável presença de paternalismo e obstinação terapêutica em UTIs da SES-DF, é importante que essa escala hierárquica realmente seja seguida, de modo que não se reforce o suposto paternalismo já existente. Isto posto, alguns trabalhos sugerem uma abordagem padrão para o processo de Tomada de Decisão Compartilhada em UTI, de modo que o provedor de saúde possa se guiar no processo decisional, sempre visando um cuidado centrado no paciente com opções terapêuticas baseadas em evidências cientificamente reconhecidas (13,82).

Com relação à satisfação dos familiares quanto à Tomada de Decisão Compartilhada, um estudo norueguês demonstrou que familiares de pacientes falecidos estavam mais satisfeitos com sua inclusão e apoio nesse processo de tomada de decisão do que os familiares de pacientes vivos. E, segundo esse estudo (89), a diferença nessa experiência de inclusão pode ter ocorrido, devido ao paciente ser capaz de participar desse processo, ocorrendo conflito de opinião entre paciente, familiares e equipe de saúde. Além disso, aparentemente, há um foco maior na

inclusão de familiares no processo de tomada de decisão, quando os pacientes estão graves e em fim de vida na UTI.

Ainda neste estudo norueguês, detectou-se que a necessidade de seguimento e suporte de familiares pela equipe da UTI estava associada ao recebimento insuficiente de informações e cuidados do paciente durante a internação, ou mesmo com ocorrência de novos desafios após alta. Dessa forma, os familiares sentiram a necessidade de conversar com alguém sobre o que estava acontecendo, ou mesmo necessitando de auxílio para lidar com suas reações emocionais. Assim, alguns familiares necessitaram de mais informações a respeito do tratamento do paciente entre 1 e 2 anos após a alta deste para a casa, entretanto não tiveram esse suporte (89). Contudo, o estudo concluiu que os familiares relataram satisfação com as habilidades e competências das equipes das UTIs. Entretanto, há potencial para melhorias nas habilidades de comunicação da equipe com os membros das famílias, principalmente de pacientes graves, internados, e que não estejam em fim de vida (89).

O presente estudo não apresentou questões relativas à satisfação dos pacientes quanto aos cuidados prestados. Entretanto, conforme mencionado anteriormente, apenas 40% dos participantes referiram que a UTI possui suporte psicossocial pós óbito para familiares. Portanto, considerando a necessidade de capacitação da equipe médica e multidisciplinar das UTIs da SES-DF em cuidados paliativos e de fim de vida, e a ausência do suporte psicossocial no pós óbito do paciente, é possível e esperado um resultado semelhante, haja vista essas equipes também devem necessitar de treinamento quanto às habilidades de comunicação. Todavia, sugere-se realização de estudo neste sentido para verificar a satisfação dos familiares de pacientes internados em UTIs da SES-DF quanto à tomada de decisão compartilhada.

Este estudo apresenta limitações, uma vez que a amostra foi pequena ($n=20$), pois 14% do contingente total de médicos lotados em UTIs da SES-DF participaram da pesquisa. Quanto ao mérito do estudo, o questionário pode proporcionar como benefícios ao participante uma reflexão sobre a prática profissional realizada em UTI, permitindo identificação de pontos a serem melhorados na atuação médica em termos pessoais, assim como na rotina do serviço.

6 CONCLUSÃO

Vários são os desafios enfrentados pelos intensivistas para realização de cuidados paliativos e de fim de vida nas UTIs da SES-DF. Entretanto, elenca-se como primordiais a educação e treinamento precários da equipe médica e multidisciplinar nos temas em tela. Pois, sem treinamento adequado da equipe, os pacientes internados têm seu tratamento prejudicado, podendo ser submetidos a procedimentos e terapêuticas incongruentes com sua condição clínica, que não apresentam eficácia, nem benefício, podendo até produzir danos e prejuízos não só físicos, como nas várias esferas de suas vidas. Portanto, o planejamento de cuidados que considera prognóstico, eficácia do tratamento, valores e preferências do paciente, que é continuamente revisto, podendo ser modificado quando o objetivo de cuidados do paciente também se modifica, é fundamental para que se possa realizar adequada tomada de decisão compartilhada.

Dessa forma, a criação de comitês de ética clínica com incentivo à participação de médicos intensivistas nos mesmos é um ponto a ser melhorado na SES-DF. Uma vez que as reuniões desses comitês abrem espaço para um processo de educação permanente em bioética, com o objetivo de desenvolver habilidades práticas, competência e sensibilidade éticas para conduzir processos de reflexão, discussão e resolução de conflitos éticos, permitindo transformações nas práticas profissionais. Assim, também será possível reduzir a síndrome de *burnout*, já que pela educação continuada, o profissional poderá ser mais capacitado, sofrendo menos ansiedade e angústia moral, que podem desencadear esse esgotamento.

Os princípios bioéticos da dignidade humana, autonomia do paciente e consentimento são respeitados pela maioria dos participantes da pesquisa, contudo ainda há preocupação com a possibilidade de persistência de posturas paternalistas nas UTIs da SES-DF, além de possíveis problemas éticos que persistem com desrespeito à preservação da dignidade humana e segurança do paciente. São possibilidades alarmantes que precisam ser verificadas. Dessa maneira, notou-se que há amplo espaço para que o tratamento durante as internações seja mais centrado no paciente, com maior respeito à sua autonomia, preservando sua dignidade. Isso pode ser melhorado a partir de iniciativas da gestão com treinamento da equipe da UTI em habilidades de comunicação. Haja vista, que a partir do

momento em que os profissionais se sentem confortáveis em conversar tanto com familiares como, e principalmente, se possível, com pacientes sobre suas prioridades, desejos, e preferências, essa comunicação abrirá portas para que o planejamento de cuidados seja delineado a partir da tomada de decisão compartilhada, com o cuidado centrado no paciente, promovendo e protegendo seus valores.

A Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto Admitido em UTI da SES-DF, apesar de ser um protocolo institucional, ético, baseado em evidências e com orientações de condutas centradas no paciente é pouco conhecido e pouco utilizado na prática. Logo, a educação necessária em cuidados paliativos e de fim de vida, já mencionada, se realizada de forma institucional pela SES-DF, deve considerar a inclusão desse protocolo no programa de treinamento das equipes para que possam utilizá-lo em suas rotinas.

Cabe destacar que no questionário aplicado neste estudo há algumas questões referentes aos serviços das UTIs da SES-DF, tais como existência de POPs, de comitês de ética clínica nos hospitais, de espaços nas UTIs destinados às despedidas entre familiares e pacientes em fim de vida, que se referem a eventuais falhas institucionais. Assim, este estudo sugere que a gestão local e da SES-DF reavaliem a possibilidade de melhorias, que podem ocorrer com a implementação dos comitês de ética clínica, como já foi exposto, ou de reformas estruturais para criação de um local adequado para despedidas entre pacientes em fim de vida e seus entes queridos, além do incentivo para elaboração e aplicação de protocolos institucionais, que orientem condutas nas diversas situações que possam ocorrer na UTIs, considerando as peculiaridades de cada serviço.

REFERÊNCIAS

- 1 - Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 23-30.
- 2 - Azevedo D, Tommaso ABG, Burlá C, Santos G, Dias LM, Py L, et al. Vamos falar de Cuidados Paliativos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2015. 24 p.
- 3 - Zoccoli, TLV. Introdução aos Cuidados Paliativos. In: Zoccoli TLV, Ribeiro MG, Fonseca FN, Ferrer VC, organizadores. Desmistificando Cuidados Paliativos - Um olhar multidisciplinar. Brasília: Editora Oxigênio; 2019. p. 18-32.
- 4 - Niemeyer-Guimarães M, Schramm FR. The Exercise of Autonomy by Older Cancer Patients in Palliative Care: The Biotechnoscientific and Biopolitical Paradigms and the Bioethics of Protection. Palliat Care. 2017; 9. doi: 10.1177/1178224216684831
- 5 - Zoccoli TLV, Ribeiro MG. Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. In: Zoccoli TLV, Ribeiro MG, Fonseca FN, Ferrer VC, organizadores. Desmistificando Cuidados Paliativos - Um olhar multidisciplinar. Brasília: Editora Oxigênio; 2019. p.308-326.
- 6 – Siqueira JE. Definindo e aceitando a terminalidade da vida. In: Moritz RD, organizadora. Conflitos bioéticos do viver e do morrer. CFM; 2011.p.15-24
- 7- Conferência Geral da UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. Paris: UNESCO; 2005. 10p.
- 8- The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. Economist intell Unit; 2015. 71 p.

9 - Moritz RD, Rossini JP, Deicas A. Cuidados Paliativos na UTI: definições e aspectos éticos e legais. In: Moritz RD, organizador. Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Editora Atheneu; 2012. p. 19-32.

10 - Siqueira JE, Pessini L. Aspectos éticos sobre a terminalidade da vida no Brasil. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizador. Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 411-414.

11 - Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. BMC Anesthesiol. 2018;18(1):106. doi:10.1186/s12871-018-0574-9.

12 - Cherny NI, Einav S, Dahan D. Palliative medicine in the intensive care unit. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5 ed. Oxford University Press; 2015. p. 1013-1021.

13 - Forte DN, Kawai F, Cohen C. A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. BMC Medical Ethics. 2018;19(1). doi:10.1186/s12910-018-0317-y

14 - World Health Organization (WHO). Definition of Palliative Care. [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [acesso em outubro 2019]. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

15 - Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Lago P, et al. 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.

16 - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria no 418, de 04 de maio de 2018. Dispõe sobre protocolo de Atenção à Saúde: Diretrizes para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI [internet]. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 17 mai 2018 (acesso em outubro de 2019).

Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Diretrizes+para+Cuidados+Paliativos+em+Pacientes+Cr%C3%ADticos+Adultos+Admitidos+em+UTI.pdf/b0db4a00-199e-66f7-4242-29c4b962fd0b?t=1648645556436>

17 - Cook D, Rocker G. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *New England Journal of Medicine*. 2014 Jun 26;370(26):2506–2514.

18 - Australian and New Zealand Intensive Care Society. ANZICS Statement on Care and Decision-Making at the End of Life for the Critically Ill. 1 Ed. Melbourne: ANZICS; 2014. 148 p.

19- Myburgh J, Abillama F, Chiumello D, Dobb G, Jacobe S, Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*. 2016; 34:125-130.

20 - Price DM, Strodtman LK, Montagnini M, Smith HM, Ghosh B. Health Professionals Perceived Concerns and Challenges in Providing Palliative and End-of-Life Care: A Qualitative Analysis. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019; 36(4):308-315. doi: 10.1177/1049909118812193.

21 - Forte DN. Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida na UTI [Dissertação de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2011.134 p.

22 - Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassell J, Cox P, Hill N, Hinds C, Pimentel JM, Reinhart K, Thompson BT. 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):770-784.

23 – Kovács MJ. A morte no contexto dos cuidados paliativos. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidado Paliativo*. São Paulo: CREMESP; 2008. p.547-557.

24 - Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? 2a ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2007. 432p.

25 - Xavier Gómez-Batiste et al. Recommendations for the comprehensive and integrated care of persons with advanced chronic conditions and life-limited prognosis in health and social services: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.1. (2017). Disponível em: <http://mon.uvic.cat/catedra-atencion-cuidados-paliativos/>

26 - Weiss M, Michalsen A, Toenjes A, Porzsolt F, Bein T, Theisen M et al. End-of-life perceptions among physicians in intensive care units managed by anesthesiologists in Germany: a survey about structure, current implementation and deficits. *BMC Anesthesiology*. 2017;17 (1): 93. DOI: 10.1186/s12871-017-0384-5

27 - Forte DN, Carvalho RT. Processo de tomada de decisão: como diferenciar as fases de assistência paliativa na UTI. In: Moritz RD, organizador. *Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva*. São Paulo: Editora Atheneu; 2012. p. 33-40.

28 - Arantes ACLQ. Indicações de Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado*. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 56-74.

29 - Pereira, S. M. Questões éticas em cuidados paliativos e em fim de vida. In: Castro JC, Niemeier-Guimarães M, organizadores. *Caminhos da bioética*. Teresópolis. Editora Unifeso. 2018;1. p. 216-244.

30 - Radbruch L, de Lima L, Lohmann D, Gwyther E, Payne S. The Prague Charter: urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. *Palliat Med*. 2013; 27(2):101-102. doi: 10.1177/0269216312473058.

31 - Lucena M de A, Albuquerque A. Qualidade de vida em pacientes sob cuidados paliativos no prisma dos Direitos Humanos dos Pacientes. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit*. 2021; 10(1):165-168. Doi: /10.17566/ciads.v10i1.620

- 32 - Albuquerque, A. Dignidade humana: proposta de uma abordagem bioética baseada em princípios. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*. 2017; 18(3): 111-137.
- 33 - Pogge T. Montréal Statement on the Human Right to Essential Medicines. *Camb Q Healthc Ethics*. 2007;16(1):97-108. doi: 10.1017/s0963180107070107.
- 34 - Brennan F. Palliative care as an international human right. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 33(5):494-499. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.02.022.
- 35 - Albuquerque A, Mamed A, Bastos F, Carvalho K, Boeira L, Lima M, et al. Cuidados Paliativos e Direitos Humanos. Observatório de Direitos dos Pacientes. 2018. 41p. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329999924_Cuidados_Paliativos_e_Direitos_Humanos
- 36 - Garrafa V, Martorell L, Nascimento WF. Críticas ao princípalismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. *Saúde e Sociedade*. 2016; 25(2):442-451
- 37 - Albuquerque R, Garrafa V. Autonomia e indivíduos sem a capacidade para consentir: o caso dos menores de idade. *Revista Bioética*. 2016; 24 (3): 452-458.
- 38 - Wetternick EML. Alcances e limites do princípalismo em bioética clínica. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005. 241p. Disponível em: <http://bit.ly/2c79mHV>
- 39 - Alencar, M. Autonomia e Cuidados Paliativos. *Revista Científica Hospital Santa Izabel*. 2019; 3(4), 226-28.
- 40 - Minossi JG, Silva AL. Medicina defensiva: uma prática necessária? *Rev. Col. Bras. Cir*. 2013; 40(6): 494-501

- 41 - Mascarenhas IL, Matos ACH. O processo de consentimento informado e a desnecessidade de termo de consentimento no contexto dos Cuidados Paliativos. In: Cuidados paliativos: aspectos jurídicos. Dadalto L (coord). Ed. Foco. 2021. p. 91-103
- 42 - Nunes MI, Anjos MF. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. Rev. bioét. 2014; 22(2):241-51.
- 43 - Ribeiro MG, Zoccoli TLV, De Oliveira ERNC. Bioética e Cuidados Paliativos. In: Zoccoli TLV, Ribeiro MG, Fonseca FN, Ferrer VC, organizadores. Desmistificando Cuidados Paliativos - Um olhar multidisciplinar. Brasília: Editora Oxigênio; 2019. p. 33-51.
- 44 - Finkelstein EA, Bhadelia A, Goh C, Baid D, Singh R, Bhatnagar S, Connor SR. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. J Pain Symptom Manage. 2022; 63(4): 419-429. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015.
- 45 – Evans L et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Critical Care Medicine. 2021; 49(11):p 1063-1143. doi: 10.1097/CCM.0000000000005337
- 46 - Albuquerque, A. Direitos humanos dos pacientes. Curitiba: Juruá; 2016. 288p.
- 47 - Vidal EI de O, Kovacs MJ, Silva JJ da, Silva LM da, Sacardo DP, Bersani AL de F, et al. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. Cad Saúde Pública. 2022; 38(9): [10p.]. doi: 10.1590/0102-311XPT130022
- 48 - Albuquerque, A. Capacidade Jurídica e Direitos Humanos. 1ª ed. Rio de Janeiro: Lúmen Juris; 2018. 336p.
- 49 - Marinho S, Costa A, Palácios M, Rego S. Implementação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades. Rev Bioét. 2014;

22 (1): 105-115. Available from:
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/DrBy5mYqdv4Vj3SBbsCQrgC/>

50 - Sayago M, Amoretti R. Comitês de bioética hospitalar: importância, funcionamento e dificuldades de implementação. *Rev Bioét.* 2021; 29(4):832-843. doi: 10.1590/1983-80422021294517

51 - Sociedade Brasileira de Bioética. Recomendação SBB nº 1/2020. Recomenda aspectos éticos no enfrentamento da covid-19, em defesa dos mais vulneráveis e do acesso igualitário aos leitos de UTI. Brasília: SBB; 2020. Disponível: <https://bit.ly/3maT18Q>

52 - Nora CRD, Zoboli ELCP, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Bioét.* 2015; 23(1):114-123. doi: 10.1590/1983-80422015231052

53 - Rego, S., Palácios, M., and Siqueira-batista, R. Comitês e Comissões Hospitalares: de ética e de bioética. In: *Bioética para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009. p.119-141. doi: 10.7476/9788575413906.0006.

54 - Vidal, S. "Proyecto de Constitución de Comités Hospitalarios de Bioética en las Instituciones de Salud de la pcia. de Córdoba". *Cuadernos de Bioética.* 1998; 3(2): 69-92.

55 - Culliford L: Spirituality and clinical care. *BMJ: British Medical Journal* 2002; 325(7378):1434-5.

56 - Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J: Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186(9): 513-21.

57 – Fonseca FN, Ferrer VC. Espiritualidade e cuidados paliativos. In: Zoccoli TLV, Ribeiro MG, Fonseca FN, Ferrer VC, organizadores. *Desmistificando Cuidados Paliativos - Um olhar multidisciplinar*. Brasília: Editora Oxigênio; 2019. p. 80-93.

58 – Tavares T et al. Avaliação da satisfação e das preferências do doente com o diário em cuidados intensivos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019; 31 (2): 164-170. doi: 10.5935/0103-507X.20190028

59 – Tripathy S et al. Intensive Care Unit (ICU) diaries and the experiences of patients' families: a grounded theory approach in lower Middle-income country (LMIC). *Journal of patient reported outcomes*. 2020; 4:63. doi: 10.1186/s41687-020-00229-2

60 - Silva LA da, Pacheco EIH, Dadalto L. Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana. *Rev Bioét*. 2021; 29(4): 798-805. doi: 10.1590/1983-80422021294513

61- Batista KT, Barreto FSC, Miranda A, Garrafa V. Reflexões bioéticas nos dilemas do fim da vida. *Brasília Médica* 2009; 46(1):54-62.

62 - Moritz RD, Lago PM do, Souza RP de, Silva NB da, Meneses FA de, Othero JCB, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev bras ter intensiva*. 2008; 20 (4):422–428. doi: 10.1590/S0103-507X2008000400016

63 - Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Rev bras educ med*. 2013; 37(1): 120-125. doi: 10.1590/S0100-55022013000100017

64 – Torres JH. Ortotanásia não é homicídio, nem eutanásia. Quando deixar morrer não é matar. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado*. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 415-438.

65 - Lo B. *Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians*. 4th Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. 369p.

66 - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº1805/2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou

suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Diário Oficial da União. 28 nov. 2006; Seção I, p. 169. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>

67 - Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº. 1931 de 17 set. 2009. Brasília: CFM; 2010. 98 p.

68 – Dadalto L, Savoi C. Distanásia: entre o real e o ideal. In: Godinho, AM; Leite, GS. Tratado Brasileiro sobre direito fundamental à morte digna. Sao Paulo: Almedina; 2017. p. 151-165

69- Zoboli ELCP. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. Bioethikos. 2012; 6(1): 49-57. Available from: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a05.pdf>

70 - Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. Nurs Ethics. 2011; 18(3):317-326. doi: 10.1177/0969733011398092.

71- Ramos JGR, Vieira RD, Tourinho FC, Ismael A, Ribeiro DC, de Medeiros HJ, Forte DN. Withholding and Withdrawal of Treatments: Differences in Perceptions between Intensivists, Oncologists, and Prosecutors in Brazil. J Palliat Med. 2019; 22(9):1099-1105. doi: 10.1089/jpm.2018.0554.

72 - Dellinger RP et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. Crit Care Med. 2013; 41(2):580-637. doi: 10.1097/CCM.0b013e31827e83af.

73 – Rhodes A et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Med. 2017; 43(3):304-377. doi: 10.1007/s00134-017-4683-6.

74 - Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive Care Med.* 2016; 42(6):1003-1017. doi: 10.1007/s00134-016-4330-7.

75 - Sprung CL, Truog RD, Curtis JR, Joynt GM, Baras M, Michalsen A et al. Seeking worldwide professional consensus on the principles of end-of-life care for the critically ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014; 190(8):855-866. doi: 10.1164/rccm.201403-0593CC.

76 - Connolly C, Miskolci O, Phelan D, Buggy DJ. End-of-life in the ICU: moving from 'withdrawal of care' to a palliative care, patient-centred approach. *Br J Anaesth.* 2016; 117(2):143-145. doi: 10.1093/bja/aew109.

77 - Ho A, Tsai DF. Making good death more accessible: end-of-life care in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2016; 42(8):1258–1260.

78 - Arnold RM, Kellum J. Moral justifications for surrogate decision making in the intensive care unit: implications and limitations. *Crit Care Med.* 2003; 31(5 Suppl): S347-353. doi: 10.1097/01.CCM.0000065123.23736.12.

79 - Albuquerque A, Antunes CMTB. Tomada de decisão compartilhada na saúde: aproximações e distanciamentos entre a ajuda decisional e os apoios de tomada de decisão. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* 2021; 10(1):203-223. doi: 10.17566/ciads.v10i1.621

80 - Kerckhoffs MC, Kant M, van Delden JJM, Hooft L, Kesecioglu J, van Dijk D. Selecting and evaluating decision-making strategies in the intensive care unit: A systematic review. *J Crit Care.* 2019; 51: 39-45. doi: 10.1016/j.jcrc.2019.01.029.

81 - Gracia D. *Bioética mínima: 37.* Madrid: Editorial Triacastela; 2019. 188p.

82 - Kon, A. A., Davidson, J. E., Morrison, W., Danis, M., White, D. B., American College of Critical Care Medicine, & American Thoracic Society (2016). Shared

Decision Making in ICUs: An American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement. *Critical care medicine*, 44(1), 188–201. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001396>

83 – Dadalto L. Diretivas Antecipadas de Vontade / Testamento Vital. In: Castilho RK, Da Silva VCS, Pinto CS, editores. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 298-301.

84 – Gonzáles MAS. O novo testamento: testamentos vitais e diretivas antecipadas. In: Bastos EF, Sousa AH. *Família e jurisdição*. Belo Horizonte: Del Rey; 2006. p. 91-137.

85- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº. 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União* 31 agosto de 2012; Seção 1:269-70. Available from http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf

86 – Bevilaqua TF, Cogo SB, Venturini L, Sehnem GD, Sari V, Cardoso AL. Diretivas Antecipadas de Vontade: análise das tendências das produções científicas brasileiras na área da saúde. *Research, Society and Development*. 2022; 11(6): [11p.].

87 - Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NMO, Silveira RS da. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(6): 969-976. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0085

88 - Wasserman JA, Navin MC. Capacity for Preferences: Respecting Patients with Compromised Decision-Making. *Hastings Center Report*. 2018; 48(3): 31-39.

89 - Frivold G, Slettebø Å, Heyland DK, Dale B. Family members' satisfaction with care and decision-making in intensive care units and post-stay follow-up needs-a cross-sectional survey study. *Nurs Open*. 2017; 5(1):6-14. doi: 10.1002/nop2.97.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS PARTICIPANTES NO GOOGLE FORMS

Para as próximas perguntas, utilize a escala de respostas “sim, sempre”; “frequentemente”, “às vezes”, “não, nunca” para responder o questionário.

- 1) Você acredita que os cuidados recebidos pelos pacientes durante a internação são condizentes com a preservação de sua dignidade humana?
 sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca
- 2) Você permite que paciente/ familiares exerçam sua autonomia?
 sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca
- 3) Um paciente/familiar possui autonomia para aceitar ou negar tratamentos e intervenções quando é informado sobre riscos e consequências durante e após procedimentos, e ao ser submetido a ele ou não. Assim, poderá consentir livremente. A tomada de decisão não deve ser influenciada pela equipe de saúde, mas compartilhada. *(decisão compartilhada: informação de forma que paciente entenda, associada às melhores evidências clínicas para o caso.) Na UTI em que você trabalha, a autonomia do paciente é respeitada por ocorrer desta maneira?
 sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca
- 4) Você sabe identificar um paciente em conflito espiritual / religioso?
 sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca
- 5) Você conhece a Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto Admitido em UTI da SESDF?
 sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca
- 6) Você utiliza essa diretriz rotineiramente?
 sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca
- 7) Considere um paciente portador de doença crônica grave ou com funcionalidade prévia prejudicada e baixa, admitido há mais de 72h na UTI para tratamento de doença aguda potencialmente reversível, como a pneumonia, por exemplo. Esse paciente evolui com piora clínica, apresentando deterioração de múltiplos órgãos. Nesse caso, conforme a Diretriz para Cuidados Paliativos em Paciente Crítico Adulto Admitido em UTI, qual a fase de assistência e o nível de suporte que poderiam ser definidos para esse paciente? (Caso não saiba, escrever “Não sei”? _____)
- 8) Você promove adequado tratamento e cuidados no fim de vida dos pacientes?
 sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca

Para as próximas perguntas, utilize a escala de respostas “sim, sempre”; “frequentemente”, “às vezes”, “não, nunca” para responder o questionário. Caso as questões sejam marcadas com “às vezes” ou “não, nunca”, favor avaliar se isso é uma deficiência no serviço. Em seguida, avalie a importância de cada item do questionário para rotina da UTI.

Você utiliza ferramentas como SAPSII ou SOFA para estimar prognóstico do paciente?

- 9) Com menos de 24h de permanência na UTI?
 sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca. Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

- não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

- 10) Com mais de 24h de permanência na UTI?

- sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

- não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

- 11) Você recebe atualizações sobre a sobrevida dos pacientes após alta hospitalar?

- sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

12) Você recebe atualizações sobre pacientes transferidos para outros hospitais ou centros de reabilitação?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

13) Você aplica os princípios dos cuidados paliativos na sua prática médica?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

14) Você estabelece metas de cuidados para as primeiras 72h do paciente após admissão na UTI?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

15) Você discute sobre metas de cuidados e prognóstico com paciente e familiares?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

16) Você documenta em prontuário os itens discutidos e resultados dessa conversa com pacientes?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

17) Você documenta em prontuário os itens discutidos e resultados dessa conversa com familiares?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

18) Você discute indicações de tratamentos de forma interdisciplinar?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

19) Você discute se as metas de cuidados propostos são alcançáveis?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

20) Você discute sobre tratamentos ineficazes e sem respostas?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

21) Você estabelece objetivos de tratamentos possíveis e realistas considerando a condição clínica do paciente?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

22) Você discute se a qualidade de vida desejável do paciente é alcançável?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

23) Ao permitir que o paciente faleça naturalmente, você documenta em prontuário essa decisão?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

24) Você documenta em prontuário os consentimentos do paciente quanto a tratamentos e procedimentos?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

25) Você documenta em prontuário as conversas sobre os consentimentos de familiares quanto a tratamentos e procedimentos de pacientes?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

26) Você documenta em prontuário conversas com pacientes sobre suas prioridades quanto ao seu estilo de vida, percepções quanto à qualidade de vida, seus desejos e planos para o futuro?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

27) Você prepara diretivas antecipadas com o paciente de forma adequada, aplicáveis ao contexto da UTI, e que sejam aceitas por todos os profissionais envolvidos na assistência do paciente?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

28) Existe um comitê de ética no seu local de trabalho?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

29) Você participa de algum conselho de ética?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

30) Você realiza revisão ética de casos clínicos de forma interdisciplinar?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

31) Em caso de paciente com problemas psicossociais, existe um protocolo operacional padrão (POP) para auxiliar na resolução dessas questões do paciente?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

32) Em caso de paciente com conflitos espirituais, existe um protocolo operacional padrão (POP) para auxiliar na resolução desse conflito do paciente?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

33) Existe na UTI um local reservado para que familiares e pacientes em fim de vida se despeçam?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

Com relação aos objetivos de cuidados, quais mudanças você faria nessas circunstâncias:

Considere um paciente portador de doença crônica grave ou com funcionalidade prévia prejudicada e baixa, admitido há mais de 72h na UTI para tratamento de doença aguda potencialmente reversível, como a pneumonia, por exemplo. Esse paciente evolui com piora clínica, apresentando deterioração de múltiplos órgãos. Como você atuaria:

34) Continuaría escalonando antibióticos, e manteria tratamentos terapêuticos, inclusive todo o suporte tecnológico e avançado para manutenção da vida?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

35) Faria mudança no plano de cuidados, com ajuste do tratamento aos novos objetivos, geralmente com limitações do uso do suporte avançado para manutenção da vida?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

36) Dentre as limitações de uso do suporte avançado, seria adequado não realizar RCP (reanimação cardiopulmonar) nesse caso?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca. Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

37) Dentre as limitações de uso do suporte avançado, seria adequado descalonar tratamentos (drogas vasoativas, por exemplo)?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca. Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

38) Dentre as limitações de uso do suporte avançado, seria adequado avaliar retirada de tratamentos (Drogas vasoativas, antibióticos)?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

39) Dentre as limitações de uso do suporte avançado, seria adequado iniciar cuidados de fim de vida?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

40) A decisão médica sobre adequação de medidas quanto ao tratamento do paciente é comunicada a todos da equipe durante o plantão, checada diariamente e documentada em prontuário?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

41) Você utiliza um checklist com itens sobre tratamentos na medicina intensiva, abordando as alterações individuais que ocorrem com a mudança dos objetivos de cuidados?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

42) Você considera as opiniões da equipe interdisciplinar no cuidado ao paciente?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

43) Você implementa noções de Cuidados Paliativos como parte do tratamento ao paciente na UTI (incluindo orientações à equipe interdisciplinar quanto a cuidados com a boca, redução de barulho, e da luz noturna)?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

44) A equipe da UTI já foi capacitada quanto aos Cuidados Paliativos?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

45) Existe um protocolo operacional padrão para cuidados de fim de vida na UTI?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

46) Você faz uma avaliação da situação inicial até o quadro clínico atual do paciente, em casos de provável fim de vida?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

47) Há cuidado psicossocial a familiares após o óbito do paciente?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

48) Você realiza / colabora com a construção de diários de UTI para pacientes e familiares? (Diários de UTI são elaborados por toda equipe da UTI, incluindo atualização do quadro clínico por todos da equipe de saúde, fotografias do paciente, e passagens escritas pelos familiares e amigos nas visitas. Esse diário é entregue ao paciente na alta, e pode auxiliar a reduzir ansiedade e depressão provenientes da síndrome pós cuidados intensivos do paciente, pois funcionam como registro de memória de um período em que o paciente esteve sedado.)

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

49) Você permite que os familiares se despeçam do paciente em processo de fim de vida na UTI?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

50) Você aciona atendimento por psicólogo e/ou assistente social para pacientes ou familiares?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

51) Você aciona o respectivo profissional para pacientes e familiares com necessidades de cuidados espirituais / religiosos?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

52) Há maleabilidade dos horários de visitas na UTI para atender às necessidades dos familiares?

sim, sempre frequentemente às vezes não, nunca Deficiência do serviço? sim não

Você considera isso importante?

não é importante pouco importante moderadamente importante muito importante

53) Você possui residência em Medicina Intensiva? sim não

54) Você possui título de especialista nessa área? sim não

55) Você possui outra pós-graduação? sim. não Qual? _____

56) Há quanto tempo trabalha com medicina intensiva? menos de 5 anos entre 5-10 anos entre 11 – 15 anos mais de 16 anos

57) Você já teve treinamento em Cuidados Paliativos? sim não

58) Qual o seu local de trabalho? UTI do Hospital Regional _____

59) Qual a sua carga horária semanal na SES-DF? _____

60) Qual a sua idade? _____

61) Qual seu gênero? feminino masculino prefiro não dizer Outro. Qual? _____

62) Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada?

sim, tenho religião ou crença numa doutrina específica. Qual(is)? _____

sim, tenho crenças religiosas, mas não relativas a uma religião ou doutrina específica.

não tenho crenças religiosas nem doutrinas deste tipo.

outro. O quê? _____

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FS - UNB



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desafios percebidos por médicos em Unidades de Terapia Intensiva da Secretária de Saúde do DF quanto à realização de cuidados paliativos sob o prisma da bioética

Pesquisador: Melissa Gebrim Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60029422.7.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.555.203

Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1954646.pdf", postado em 19/07/2022:

Resumo:

"RESUMO Introdução: O surgimento de novas medicações, equipamentos tecnológicos, além de melhorias no saneamento básico permitiram que doenças antes fatais, pudessem se tornar crônicas. Dessa maneira, ocorreu o envelhecimento da população, concomitantemente ao aumento da prevalência de doenças crônicas. Isso desencadeou o desequilíbrio entre demanda e oferta de leitos hospitalares, principalmente leitos de terapia intensiva, destacando a necessidade de se reavaliar os cuidados a pacientes com baixa probabilidade de recuperação clínica. Portanto, os cuidados paliativos devem ser considerados e discutidos com pacientes e familiares, visando melhor qualidade de vida para o paciente. Entretanto, conflitos relacionados aos cuidados de fim de vida e ao limite de suporte intensivo a pacientes em terminalidade ainda existem, assim como a incompreensão sobre uso adequado e técnico dos recursos terapêuticos disponíveis. Além disso, há persistência de tomadas de decisão paternalistas, o que influencia na dificuldade de deliberação moral e ética de conflitos. Objetivo: Esse estudo visa avaliar os desafios percebidos por médicos intensivistas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES DF) quanto à realização dos cuidados

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
 SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
 BRASÍLIA - UNB**



Continuação do Parecer: 5.555.203

paliativos nas UTIs, a partir do prisma bioético dos princípios da dignidade humana, autonomia e consentimento. Além disso, busca-se descrever a conduta mais provável quanto ao uso do suporte artificial de vida em potenciais situações de fim de vida, segundo relatos de médicos intensivistas; identificar se a dignidade, autonomia do paciente e familiares, assim como seus consentimentos, são considerados em tomadas de decisões no fim de vida; e analisar o conhecimento e aplicação da Diretriz de Cuidados Paliativos para Paciente Crítico em UTI da SES – DF nessas respectivas UTIs. Metodologia: Estudo descritivo e observacional. Serão disponibilizados questionários por link do Google forms por meio de rede social (whatsapp) e por email aos participantes da pesquisa, os quais só poderão respondê-los, se aceitarem o TCLE. Esses questionários terão conteúdo sociodemográfico, ocupacional e sobre conhecimento e realização de cuidados paliativos nas UTIs da SES DF. Esse último, foi traduzido a partir do instrumento utilizado por Weiss et al. em "End-of-life perceptions among physicians in intensive care units managed by anesthesiologists in Germany: a survey about structure, current implementation and deficits", porém com adaptações à realidade das UTIs do serviço público do DF. Os dados obtidos serão analisados estatisticamente, utilizando-se os programas Excel e Statistical Package for Social Sciences – SPSS. Resultados e Discussão: Espera-se identificar os desafios enfrentados pelos médicos intensivistas na realização de cuidados paliativos nas UTIs do DF. Dessa maneira é possível analisar formas de facilitar a implantação desse cuidado nesses ambientes, que serão propostas à SES-DF. Palavras chave: Cuidados paliativos, terapia intensiva, UTI, decisão compartilhada, bioética, dignidade, autonomia, consentimento.

Hipótese:

"O desconhecimento sobre aplicação de princípios bioéticos prejudica a realização de Cuidados Paliativos e de fim de vida em UTI?"

Metodologia Proposta:

"O estudo será descritivo e observacional. Participantes e locais de realização da pesquisa Participarão do estudo médicos lotados em UTIs do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), do Hospital Regional Leste (HRL), do Hospital Regional de Sobradinho (HRS), do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Hospital Regional de Samambaia (HRSAM), do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e do Hospital Regional do Gama (HRG), ou seja, da rede SES-DF, de ambos os sexos, sem restrição de idade. O estudo será realizado com amostra de conveniência. Segundo levantamento de dados obtidos pela autora após contato com as respectivas UTIs via SEI (Sistema Eletrônico de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.555.203

Informações), estima-se 141 médicos para a amostra total. Esse número corresponde ao cálculo das cargas horárias semanais totais enviadas por cada UTI, divididas por 20 horas (carga horária semanal prevista para o cargo de médico intensivista). Entretanto, espera-se a participação de pelo menos 100 médicos para a realização deste estudo. Serão utilizados 3 questionários para esse estudo: • Será utilizado o questionário do estudo "End-of-life perceptions among physicians in intensive care units managed by anesthesiologists in Germany: a survey about structure, current implementation and deficits 26 o qual foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa pela autora, que possui fluência em língua inglesa, e por uma pessoa também fluente em língua inglesa, tendo morado 10 anos EUA e atuado profissionalmente como professora de inglês também há mais de 10 anos. As traduções serão comparadas, sendo escolhidos para o questionário final os itens com tradução mais objetiva. Ressalta-se que, visando adaptação à realidade das UTIs da rede pública do Distrito Federal, foram excluídos 6 dos 50 itens do questionário original. Dessa maneira, o questionário final em língua portuguesa possui 44 itens que versam sobre prognóstico, objetivos de cuidados, autonomia do paciente, qualidade do manejo clínico, limite de suporte artificial de vida, interdisciplinaridade na equipe da UTI. Para cada item, o participante deverá responder se aquele item corresponde à realidade de sua UTI (Anexo II). Para as respostas quanto à realidade vivenciada, o participante dará notas relativas a uma escala tipo Likert de quatro pontos ("sim, sempre"; "frequentemente", "às vezes", "não, nunca"). Caso as questões sejam marcadas com "às vezes" ou "não, nunca", será solicitado que o participante avalie o item considerando-o como uma deficiência do serviço ("sim, há deficiência" ou "não, não há deficiência"). Após essas respostas, o participante dará notas quanto à importância daquele item na sua prática médica ou rotina da UTI, a partir de outra escala tipo Likert de 4 pontos ("Não é importante", "pouco importante", "moderadamente importante" e "muito importante"). • Questionário, elaborado para o estudo, sobre conhecimento da "Diretriz de Cuidados Paliativos em Pacientes Críticos Adultos Admitidos em UTI", protocolo da SES-DF, contendo 8 itens sobre a utilização dessa diretriz na prática clínica diária na UTI; e sobre aplicação de princípios bioéticos. • Questionário sociodemográfico e sobre a formação e atuação profissional dos participantes com 10 itens como: idade, gênero, espiritualidade/religiosidade, local de trabalho, carga horária semanal, se o médico é especialista em medicina intensiva, tendo pós graduação ou residência na área; se possui outra pós-graduação, tempo de atuação na área de medicina intensiva; e, se já teve treinamento em cuidados paliativos."

Critérios de inclusão:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB**



Continuação do Parecer: 5.555.203

- Ser médico(a), servidor(a) da SES-DF, lotado(a) em UTI da rede da SES-DF (conforme descrição dos hospitais acima).

Critérios de exclusão:

Profissionais que não tenham concluído completamente o questionário proposto, respondendo apenas uma parcela das questões.

Destecho Primário:

Espera-se identificar quais são as dificuldades na realização dos cuidados paliativos em UTI: desconhecimento de quais aspectos para sua realização, desconhecimento de como aplicar os princípios bioéticos. Assim, será possível delinear soluções para os problemas identificados.

Tamanho da Amostra no Brasil: 141

Objetivo da Pesquisa:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1954646.pdf", postado em 19/07/2022:

Objetivo Primário:

O objetivo deste estudo é avaliar os desafios percebidos por médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) quanto à realização e priorização de cuidados paliativos e limitação de suporte artificial de vida a pacientes internados, sob o prisma da bioética a partir dos princípios da dignidade humana, autonomia e consentimento.

Objetivo Secundário:

- Descrever a conduta mais provável quanto ao uso do suporte artificial de vida em potenciais situações de fim de vida, segundo relatos de médicos intensivistas; - Identificar se a dignidade, autonomia do paciente e familiares, assim como seus consentimentos, são considerados em tomadas de decisões no fim de vida nas UTIs;- Analisar o conhecimento e aplicação da Diretriz de Cuidados Paliativos para paciente crítico em UTI da SES - DF, para tomada de decisão com adequação das condutas médicas proporcionalmente aos respectivos quadros clínicos.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.555.203

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1954646.pdf", postado em 19/07/2022:

Riscos:

"Os riscos ao participante envolvem o gasto de tempo para a leitura e resposta ao questionário, de aproximadamente 20 minutos, associado a cansaço ou algum desconforto. Esse risco será minimizado pelo envio do instrumento por meio eletrônico, eliminando assim a necessidade de encontros presenciais. Ademais, o participante poderá ficar à vontade para responder na hora e dia mais cômodos e de sua conveniência, com a finalidade de não atrapalhar a rotina de trabalho e tornar o processo mais prático, dinâmico e rápido. Diante de alguma percepção de risco mais relevante, o participante poderá interromper a participação na pesquisa em qualquer momento, se assim o desejar, e isso ficará explicitado no TCLE."

Benefícios:

"Esses questionários poderão proporcionar como benefícios ao participante a reflexão sobre a prática profissional realizada na UTI, permitindo identificação de pontos a serem melhorados na atuação médica pessoal, assim como na rotina do serviço."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado do programa de pós-graduação em bioética de Melissa Gebrim Ribeiro Nieto, sob a orientação da Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl.

Os participantes serão 141 médicos lotados em UTIs do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), do Hospital Regional Leste (HRL), do Hospital Regional de Sobradinho (HRS), do Hospital Regional de Cellândia (HRC), Hospital Regional de Samambaia (HRSAM), do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e do Hospital Regional do Gama (HRG), ou seja, da rede SES-DF, que responderão a um questionário eletrônico.

Os hospitais HRG, HRS, HRL, HRT, HRSAM, HRC e HRAN são instituições coparticipantes. O documento de TCLE foi anexado a Plataforma Brasil, conforme modelo do CEP/FS-UnB.

Trata-se de financiamento próprio, com previsão de gastos de R\$ 200,00, incluindo gastos com

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.555.203

Gasolina para assinaturas de termos de anuência, conforme documento em versão editável "orcamento_corrigido.doc", postado em 15/06/2022.

Pelo cronograma, o projeto será executado em 7 meses com início previsto para coleta de dados em agosto de 2022, conforme documento em versão editável "Cronograma_corrigido.docx", postado em 15/06/2022.

Os currículos atualizados da aluna e orientadora foram anexados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

- 1 - Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1954646.pdf", postado em 19/07/2022.
- 2 - Carta de Respostas às Pendências apontadas pelo CEP, informando as respostas do pesquisador às pendências apontadas pelo CEP. Versão não editável "CARTA_DE_RESPOSTAS_PENDENCIAS_APONTADAS_PELO_CEP.doc", postado em 19/07/2022.
- 3 - Projeto detalhado - Versão editável "Projeto_mestrado_4correcao.doc", postado em 19/07/2022.
- 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE). Versão editável "TCLE_corrigido_versaofinal.doc" e "TCLE_final.pdf", postados em 19/07/2022.
- 5 - CURRÍCULO - Currículo Lattes de Melissa Gebrim Ribeiro Nieto, Mestranda em Bioética pelo Programa de pós graduação em Bioética da Universidade de Brasília (UnB), ("Lattes_MEL_atual.pdf"), postado em 18/07/2022.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 5.525.491:

1. Solicita-se atualizar currículo lattes da pesquisadora responsável pelo projeto. A data da última

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.555.203

atualização é de 2019 e não consta que a mesma é mestranda.

RESPOSTA: "Currículo Lattes da pesquisadora responsável – Melissa Gebrim Ribeiro Nieto – atualizado: - última atualização em 18/07/2022, sendo acrescentado que a pesquisadora é mestranda do programa de pós-graduação em Bioética da UnB, e inserido registro da residência finalizada em medicina paliativa em 2017. Inserida cópia desse currículo Lattes atualizado na Plataforma Brasil."

ANÁLISE: O currículo atualizado da pesquisadora responsável foi anexado a Plataforma Brasil, conforme documento "Lattes_MEL_atual.pdf", postado em 18/07/2022.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Quantos aos riscos:

Solicita-se rever os riscos da pesquisa, bem como as formas para minimizá-los, principalmente no que se refere ao tempo gasto e cansaço e/ou desconforto ao responder às perguntas. Tal modificação deverá ser realizada no projeto detalhado, no Projeto Básico da Plataforma Brasil e no TCLE.

RESPOSTA: "- Parágrafo original: "Os riscos ao participante envolvem o gasto de tempo para a leitura e resposta ao questionário, de aproximadamente 20 minutos. Esse risco será minimizado por meio de envio do material a ser lido por meio eletrônico, eliminando assim a necessidade de encontros presenciais."

- Parágrafo atualizado: "Os riscos ao participante envolvem o gasto de tempo para a leitura e resposta ao questionário, de aproximadamente 20 minutos, associado a cansaço ou algum desconforto. Esse risco será minimizado pelo envio do instrumento por meio eletrônico, eliminando assim a necessidade de encontros presenciais. Ademais, o participante poderá ficar à vontade para responder na hora e dia mais cômodos e de sua conveniência, com a finalidade de não atrapalhar a rotina de trabalho e tornar o processo mais prático, dinâmico e rápido. Diante de alguma percepção de risco mais relevante, o participante poderá interromper a participação na pesquisa em qualquer momento, se assim o desejar, e isso ficará explicitado no TCLE."

- Alterações realizadas:

• No projeto básico da plataforma Brasil;

• No projeto detalhado, página 17, item "Riscos", sétimo parágrafo.

- Parágrafo original no TCLE: "Os riscos ao Senhor(a) envolvem o gasto de tempo para a leitura e resposta ao questionário, de aproximadamente 20 minutos. Esse risco será minimizado por meio de envio do material a ser lido por meio eletrônico, eliminando assim a necessidade de encontros

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.555.203

presenciais. Isso permitirá com que o(a) senhor(a) fique à vontade para responder na hora e dia mais cômodos e de acordo com a sua conveniência, com a finalidade de não atrapalhar a sua rotina de trabalho e tornar o processo mais prático, dinâmico e rápido. O(a) senhor(a) utilizará o tempo que lhe for necessário para responder ao questionário.”

- Parágrafo atualizado no TCLE (no 4º parágrafo do TCLE): “Os riscos ao Senhor(a) envolvem o gasto de tempo para a leitura e resposta ao questionário, de aproximadamente 20 minutos, o que pode gerar algum cansaço ou desconforto. Esse risco será minimizado pelo envio do instrumento por meio eletrônico, eliminando assim a necessidade de encontros presenciais. Ademais, isso permitirá com que o(a) senhor(a) fique à vontade para responder na hora e dia mais cômodos e de acordo com a sua conveniência, com a finalidade de não atrapalhar a sua rotina de trabalho e tornar o processo mais prático, dinâmico e rápido. O(a) senhor(a) utilizará o tempo que lhe for necessário para responder ao questionário. Diante de alguma percepção de risco mais relevante, o (a) senhor (a) poderá interromper a participação na pesquisa em qualquer momento, se assim o desejar.”

ANÁLISE: Os riscos da pesquisa, bem como as formas para minimizá-los foram alterados no projeto detalhado (página 17, item “Riscos”, sétimo parágrafo), no Projeto Básico da Plataforma Brasil e no TCLE (no 4º parágrafo do TCLE), conforme documentos “Projeto_mestrado_4acorrecao.doc”, “TCLE_corrigeo_versaofinal.doc” e “TCLE_final.pdf”, postados em 19/07/2022.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Quanto aos critérios de inclusão:

Nos critérios de inclusão tem-se que “... com concordância e aceitação do TCLE”. Solicita-se remover esta expressão uma vez que o consentimento do participante na pesquisa é um direito do mesmo e não um critério de inclusão. Tal modificação deverá ser realizada no projeto detalhado e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: “- Parágrafo original: “Ser médico(a), servidor(a) da SES-DF, lotado(a) em UTI da rede da SES-DF (conforme descrição dos hospitais acima), com concordância e aceitação do TCLE.”

- Parágrafo atualizado: “Ser médico(a), servidor(a) da SES-DF, lotado(a) em UTI da rede da SES-DF (conforme descrição dos hospitais acima).”

- Atualização realizada no projeto básico da plataforma Brasil e no projeto detalhado, página 17, item “Critério de inclusão”, 2º parágrafo.”

ANÁLISE: Os critérios de inclusão foram alterados no Projeto Básico da Plataforma Brasil e no projeto detalhado (página 17, item “Critério de inclusão”, 2º parágrafo), conforme documento

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.555.203

"Projeto_mestrado_4acorrecao.doc", postado em 19/07/2022.

PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Quanto ao TCLE:

4.1 O Comunicado de 05/06/2020 SEI/MS - 0015188696, destaca que quando houver previsão, no desenho metodológico, de coleta de dados em ambiente virtual e apresentação do TCLE, a modalidade de Registro de Consentimento deve apresentar, de maneira destacada, a importância de que o participante de pesquisa guarde em seus arquivos uma cópia do documento e/ou garantindo o envio da via assinada pelos pesquisadores ao participante de pesquisa. Solicita-se acrescentar esta informação no TCLE.

RESPOSTA: "Informação acrescentada no TCLE, está no 10º parágrafo e destacada em negrito."

ANÁLISE: A informação no TCLE foi acrescentada no 10º parágrafo do TCLE, conforme documentos "TCLE_corrigo_versaofinal.doc" e "TCLE_final.pdf", postados em 19/07/2022.

PENDÊNCIA ATENDIDA

4.2 Solicita-se substituir a expressão "continuar" por "Concordo em participar".

RESPOSTA: "Realizada substituição solicitada: "Concordo em participar" ao invés de "continuar" no 3º parágrafo do TCLE."

ANÁLISE: A expressão foi substituída no 3º parágrafo do TCLE, conforme documentos "TCLE_corrigo_versaofinal.doc" e "TCLE_final.pdf", postados em 19/07/2022.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as Pendências foram atendidas. Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.555.203

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1954646.pdf	19/07/2022 21:14:28		Acelto
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_DE_RESPOSTAS_PENDENCIAS_APONTADAS_PELo CEP.doc	19/07/2022 21:13:33	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_4acorrecao.doc	19/07/2022 21:13:00	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	TCLE_corrigido_versaofinal.doc	19/07/2022 21:12:41	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.pdf	19/07/2022 21:12:19	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	Lattes_MEL_atual.pdf	18/07/2022 13:31:04	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	Questionario_para_Google_forms.docx	23/06/2022 21:08:41	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE.doc	23/06/2022 21:07:57	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA.doc	23/06/2022 21:06:10	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	cartaencaminhprojeto.docx	23/06/2022 21:04:21	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Declaração de concordância	termoconcordancia.pdf	23/06/2022 20:57:57	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_MELISSA.pdf	23/06/2022 20:54:05	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	Encaminhamento_projeto.pdf	15/06/2022 14:41:48	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Termorespons.pdf	15/06/2022 13:28:03	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Cronograma	Cronograma_corrigido.docx	15/06/2022 13:27:10	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	Curriculo_Lattes_Eilane_Seidl.pdf	15/06/2022 13:25:59	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Orçamento	orcamento_corrigido.doc	15/06/2022 13:07:16	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	termo_coparticipante_HRG.doc	15/06/2022 12:38:20	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	termo_coparticipante_HRS.doc	15/06/2022 12:38:01	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	termo_coparticipante_HRL.doc	15/06/2022 12:37:42	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	termo_coparticipante_HRT.doc	15/06/2022	Melissa Gebrim	Acelto

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.555.203

Outros	termo_coparticipante_HRT.doc	12:37:25	Ribeiro	Aceito
Outros	termo_coparticipante_HRSAM.doc	15/06/2022 12:37:05	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	termo_coparticipante_HRC.doc	15/06/2022 12:36:42	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	termo_coparticipante_HRAN.doc	15/06/2022 12:36:10	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	HRL.pdf	08/06/2022 15:54:24	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	HRSAM.pdf	06/06/2022 22:14:46	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	HRT.pdf	06/06/2022 22:14:17	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	HRG.pdf	06/06/2022 22:13:53	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	HRC.pdf	06/06/2022 22:13:23	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	Termo_coparticihran.pdf	31/05/2022 16:41:15	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	termo_copHRS.pdf	31/05/2022 16:40:41	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 01 de Agosto de 2022

Assinado por:
Cristiane Tomaz Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: capfsunb@gmail.com

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FEPECS



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

**FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desafios percebidos por médicos em Unidades de Terapia Intensiva da Secretária de Saúde do DF quanto à realização de cuidados paliativos sob o prisma da bioética

Pesquisador: Melissa Gebrim Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60029422.7.3001.5553

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO DE ENSINO PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.665.669

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas à lista de pendências apontadas no parecer consubstanciado nº 5.618.418 emitido em 31/09/2022.

1. Tipo de Projeto: O estudo será descritivo e observacional com amostra de conveniência.
2. Instituição Proponente: Fundação Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde – FUB/FS/UnB
3. Trata-se de um Estudo Multicêntrico?
 Sim Não
4. Se Multicêntrico, qual a origem?
 Nacional Internacional
5. Se Internacional, qual o país de origem da Pesquisa?
6. A pesquisa é patrocinada ou de financiamento próprio?
 Patrocinada Financiamento Próprio
7. Se for pesquisa patrocinada, citar o(s) patrocinador (es):
8. Qual o tamanho da amostra a ser estudada na SES-DF?
 141 médicos lotados em UTIs da SES-DF
9. Citar TODOS os locais da SES-DF onde a pesquisa será realizada:
 Unidade de Terapia Intensiva – UTI dos hospitais públicos da SES/DF: HRT, HRS, HRC, HRAN, HRL,

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.665.669

IRG E HRSAM.

10. Qual a População que será estudada:

- RNs
- Lactentes
- Crianças
- Adolescentes
- Adultos
- Idosos

11. Envolve População em situação de vulnerabilidade? Não

12. Hipótese(s):

O desconhecimento sobre aplicação de princípios bioéticos prejudica a realização de Cuidados Palliativos e de fim de vida em UTI?.

13. Critério de Inclusão:

Ser médico(a), servidor(a) da SES-DF, lotado(a) em UTI da rede da SES-DF (conforme descrição dos hospitais acima).

14. Critério de Exclusão:

Profissionais que não tenham concluído completamente o questionário proposto, respondendo apenas uma parcela das questões.

15. Breve consideração sobre a metodologia (metodologia utilizada e descrição das etapas):

Trata-se de projeto de mestrado do programa de pós-graduação em bioética da Universidade de Brasília a ser realizado com médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) sob o prisma da bioética quanto a cuidados paliativos a pacientes internados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo deste estudo é avaliar os desafios percebidos por médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) quanto à realização e priorização de cuidados paliativos e limitação de suporte artificial de vida a pacientes internados, sob o prisma da bioética a partir dos princípios da dignidade humana, autonomia e consentimento.

Objetivos Secundários:

Descrever a conduta mais provável quanto ao uso do suporte artificial de vida em potenciais situações de fim de vida, segundo relatos de médicos intensivistas;

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.665.669

- Identificar se a dignidade, autonomia do paciente e familiares, assim como seus consentimentos, são considerados em tomadas de decisões no fim de vida nas UTIs;
- Analisar o conhecimento e aplicação da Diretriz de Cuidados Paliativos para paciente crítico em UTI da SES - DF, para tomada de decisão com adequação das condutas médicas proporcionalmente aos respectivos quadros clínicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos ao participante envolvem o gasto de tempo para a leitura e resposta ao questionário, de aproximadamente 20 minutos, associado a cansaço ou algum desconforto. Esse risco será minimizado pelo envio do instrumento por meio eletrônico, eliminando assim a necessidade de encontros presenciais. Ademais, o participante poderá ficar à vontade para responder na hora e dia mais cômodos e de sua conveniência, com a finalidade de não atrapalhar a rotina de trabalho e tornar o processo mais prático, dinâmico e rápido. Diante de alguma percepção de risco mais relevante, o participante poderá interromper a participação na pesquisa em qualquer momento, se assim o desejar, e isso ficará explicitado no TCLE.

Além disso, conforme a Carta Circular no 1/2021-CONEP/SECNS/MS, é necessário ressaltar que, por tratar-se de meio eletrônico, podem ocorrer erros no envio do formulário pelo participante, dificuldade de acesso ao formulário e realização das respostas por problemas de conexão com a internet. Adicionalmente, há limitações da pesquisadora para assegurar total confidencialidade e potencial risco de violação dos dados, uma vez que o questionário encontra-se em formulário em plataforma virtual.

Como forma de reduzir os riscos ao participante, a pesquisadora seguirá as recomendações da citada carta do CONEP, como, por exemplo:

- O convite para participação na pesquisa não será realizado com a utilização de listas que permitam a identificação dos convidados, nem a visualização dos seus dados de contato por terceiros.
- A pesquisadora enfatiza a importância de o participante da pesquisa guardar em seus arquivos uma cópia do termo de consentimento (tal como consta no TCLE). Assim como também será garantido ao participante o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento.
- A realização de armazenamento adequado dos dados coletados, bem como de procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa. Além

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

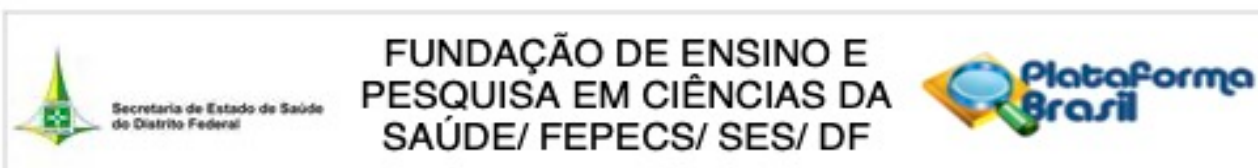
CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.665.669

disso, a pesquisadora também fará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual ou ambiente compartilhado.”

Benefícios:

“Esses questionários poderão proporcionar como benefícios ao participante a reflexão sobre a prática profissional realizada na UTI, permitindo identificação de pontos a serem melhorados na atuação médica pessoal, assim como na rotina do serviço”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1. Ponderação entre os riscos e benefícios da pesquisa:

Os benefícios apresentados justificam os possíveis riscos observados pela pesquisadora.

2. Relevância social:

Diante da dificuldade apresentada pelos profissionais de saúde em promover cuidados paliativos, uma vez que ainda há conflitos quanto aos cuidados de fim de vida e o limite de suporte intensivo⁴, faz-se necessária a abordagem desses profissionais para entender quais são os desafios que formam uma barreira à implementação e promoção destes cuidados, visando a compreensão e resolução dessas barreiras considerando os valores do paciente e de seus familiares, promovendo maior qualidade de vida e, conseqüentemente, dignidade no fim de vida com maior qualidade de morte.

3. Processo de recrutamento:

“Será realizado um estudo piloto para identificar a adequação das questões quanto à linguagem, clareza das instruções, tempo de preenchimento, além da opinião dos participantes sobre o questionário, no intuito de se detectar possíveis dificuldades. Nessa fase, serão necessários 4 participantes, os quais serão convidados pela pesquisadora. Esses participantes devem ter mais experiência em cuidados paliativos na UTI, e por esse motivo, serão convidados intensivistas que trabalham em hospital regional que conta com o suporte de uma equipe consultora de cuidados paliativos para avaliação de pacientes e discussão de casos. Ressalta-se que profissionais que discutem casos de pacientes críticos com tal equipe regularmente, apresentam maior experiência na abordagem dos cuidados paliativos.

Destaca-se que essa fase piloto será realizada de forma virtual por meio de ligação de áudio ou vídeo com esses 4 participantes.”

4. Critérios para inclusão e exclusão de participantes na pesquisa:

Definidos

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

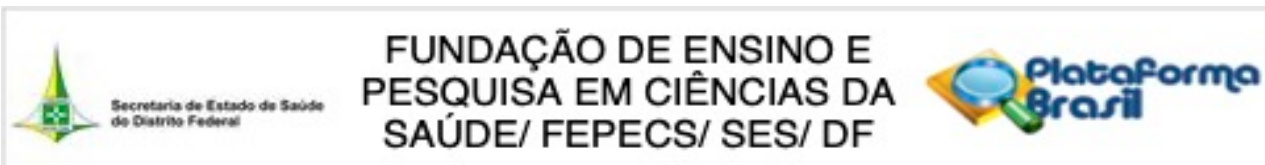
CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: csp@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.665.669

5. Processo de obtenção do TCLE:

Ao acessar o link da pesquisa por meio do clique no endereço eletrônico na página principal, o participante encontrará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com destaque para a segurança dos dados e os cuidados quanto ao anonimato e sigilo. Ao aceitar participar, a pessoa clicará em "continuar", expressando o seu consentimento e tendo acesso ao questionário.

A pesquisadora destaca no TCLE que: "É importante que o (a) senhor guarde uma cópia desse registro de consentimento em seus documentos, portanto a pesquisadora lhe enviará uma via assinada por email, caso concorde em participar da pesquisa.

6. Justificativa de Dispensa do TCLE: Não se aplica

7. Procedimentos efetivos para garantia do sigilo e confidencialidade:

Definidos nos riscos

8. Proteção de participantes de pesquisa em situação de vulnerabilidade:

Não se aplica

9. Orçamento para realização da pesquisa:

Apresentado

10. Cronograma de Execução da pesquisa:

O cronograma apresentado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Carta resposta às pendências
2. TCLE corrigido
3. Projeto Brochura

Recomendações:

-

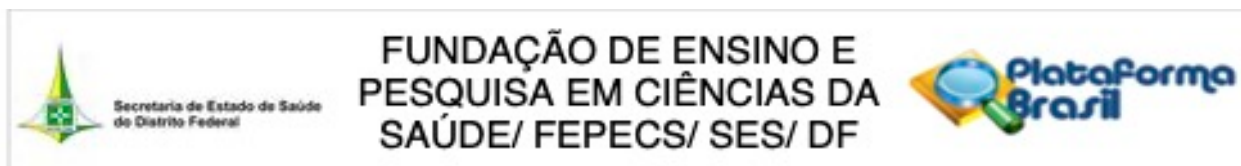
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Situação do Parecer: APROVADO

*** A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.665.669

privacidade dos participantes da pesquisa e de que os dados obtidos na mesma deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Cabe, ainda, ao pesquisador:

- desenvolver o projeto conforme delineado;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

*** Reiteramos os cuidados referentes a Pandemia (COVID-19), para que sejam obedecidas as orientações legais vigentes quanto a proteção do pesquisador e dos participantes de pesquisas).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1992203.pdf	07/09/2022 17:32:12		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_versaofepecs.pdf	07/09/2022 17:30:28	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	Carta_de_resposta_fepecs.docx	07/09/2022 17:26:47	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_versaofepecs.doc	07/09/2022 17:24:37	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_brochura_corrigidoFEPECS.doc	07/09/2022 17:23:38	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	Lattes_orientadora.pdf	15/08/2022 11:25:06	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 5.665.669

Outros	Cartafepecs.pdf	15/08/2022 11:21:13	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromfepecs.pdf	15/08/2022 11:20:15	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_4correcao.doc	19/07/2022 21:13:00	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	TCLE_corrigeado_versaofinal.doc	19/07/2022 21:12:41	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.pdf	19/07/2022 21:12:19	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	Lattes_MEL_atual.pdf	18/07/2022 13:31:04	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	Questionario_para_Google_forms.docx	23/06/2022 21:08:41	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE.doc	23/06/2022 21:07:57	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA.doc	23/06/2022 21:06:10	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	cartaencaminhprojeto.docx	23/06/2022 21:04:21	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	Encaminhamento_projeto.pdf	15/06/2022 14:41:48	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Eilane_Seidl.pdf	15/06/2022 13:25:59	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	termo_coparticipante_HRG.doc	15/06/2022 12:38:20	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	termo_coparticipante_HRS.doc	15/06/2022 12:38:01	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	termo_coparticipante_HRL.doc	15/06/2022 12:37:42	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	termo_coparticipante_HRT.doc	15/06/2022 12:37:25	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	termo_coparticipante_HRSAM.doc	15/06/2022 12:37:05	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	termo_coparticipante_HRC.doc	15/06/2022 12:36:42	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	termo_coparticipante_HRAN.doc	15/06/2022 12:36:10	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	HRL.pdf	08/06/2022 15:54:24	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	HRSAM.pdf	06/06/2022 22:14:46	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito
Outros	HRT.pdf	06/06/2022 22:14:17	Melissa Gebrim Ribeiro	Aceito

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

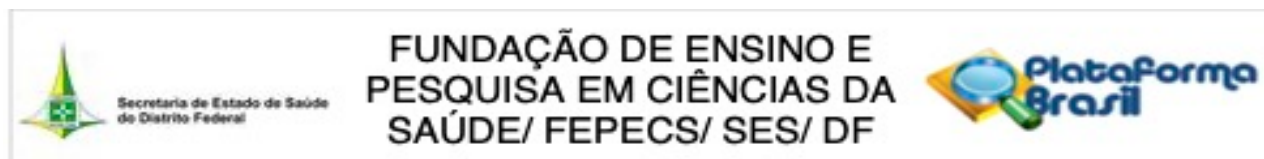
CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.665.669

Outros	HRG.pdf	06/06/2022 22:13:53	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	HRC.pdf	06/06/2022 22:13:23	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	Termo_coparticihran.pdf	31/05/2022 16:41:15	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto
Outros	termo_copHRS.pdf	31/05/2022 16:40:41	Melissa Gebrim Ribeiro	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 27 de Setembro de 2022

Assinado por:
Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br