

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM BIOÉTICA**

ALEXSANDRO FONSECA GAVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS NO ATENDIMENTO ÀS
SITUAÇÕES EMERGENCIAIS DE PACIENTES EM TERMINALIDADE DA
VIDA: Reflexões bioéticas**

Pouso Alegre - MG

2019

Alexsandro Fonseca Gava

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS NO ATENDIMENTO ÀS
SITUAÇÕES EMERGENCIAIS DE PACIENTES EM TERMINALIDADE DA
VIDA: Reflexões bioéticas**

Dissertação apresentada para o Mestrado em
Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí,
para obtenção do título de mestre em
Bioética.

Área de Concentração: Bioética, os ciclos da Vida e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Antônio Marcos Codibelli Francisco

Pouso Alegre - MG

2019

Gava, Alexsandro Fonseca.

Representações sociais de médicos no atendimento as situações emergenciais de pacientes em terminalidade da vida: reflexões bioéticas / Alexsandro Fonseca Gava. – Pouso Alegre: Univás, 2019.

102 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Bioética), Universidade do Vale do Sapucaí, 2019.


Orientador: Prof. Dr. Antônio Marcos Coldibelli Francisco

1. Terminalidade. 2. Paciente. 3. Bioética. 4. Relações médico-paciente. I. Título.

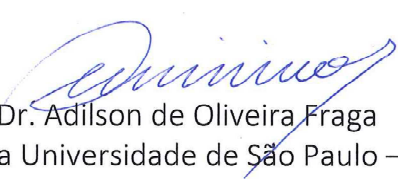
CDD – 174.2

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

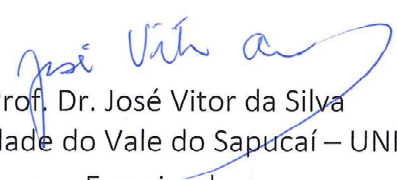
Certificamos que a dissertação intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS NO ATENDIMENTO ÀS SITUAÇÕES EMERGENCIAIS DE PACIENTES EM TERMINALIDADE DA VIDA: REFLEXÕES BIOÉTICAS” foi defendida, em 29 de novembro de 2019, por **ALEXSANDRO FONSECA GAVA**, aluno regularmente matriculado no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 98013102, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:



Prof. Dr. Antônio Marcos Coldibelli Francisco
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS
Orientador



Prof. Dr. Adilson de Oliveira Fraga
Doutor pela Universidade de São Paulo – USP
Examinador



Prof. Dr. José Vitor da Silva
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS
Examinador

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE SE NO ORIGINAL

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - PROPES

DEDICATÓRIA

A Deus;

“Soberano Deus criador de tudo e de todos, por me dar o Dom da Vida, pelo seu fôlego de vida em mim, foi meu sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades concedendo-me mais esta graça na minha vida, minha eterna gratidão meu Deus”.

Dedico a vocês que sempre estão presentes na minha vida e que significam tudo para mim:

Minha mãe, Aloizia Maria da Fonseca Gava

Meu pai, Jacinto Gava

Meu irmão, Tarcisio da Fonseca Gava

Meu filho Pedro Marcilio Gava

Minha noiva Rafaella Ferreira de Oliveira

Minhas avós (in memoriam), Noemi Pressoti e Nivalda de Paula da Fonseca Manso

AMO MUITO VOCÊS!

AGRADECIMENTO

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração de muitas pessoas que ao longo desses anos estiveram comigo de uma forma direta ou indiretamente. Hoje concluo esta etapa na minha vida, mas não o consegui sozinho. Por isso, quero expressar o meu agradecimento a todos os que tiveram comigo:

Ao professor, e amigo, DR. JOSÉ VITOR DA SILVA, que esteve presente no início me incentivando a dar mais um passo na formação profissional, e em todos os momentos de dificuldade me fornecendo o ombro amigo e os conselhos que me ajudaram a chegar até este momento de conclusão do mestrado. Peço a Deus que o abençoe lhe dando forças para continuar iluminando e servindo de apoio para os muitos alunos que terão a valiosa oportunidade que conviver e aprender com seu exemplo de pessoa e professor.

Ao professor, orientador e amigo DR. ANTÔNIO MARCOS CODIBELI FRANCISCO pela amizade, disponibilidade, dedicação e incentivo na elaboração da dissertação e no decorrer de todo o mestrado, como também por me aceitar como orientando.

Ao meu amigo ROGERIO DONIZETTI REIS, que de uma forma enriquecedora esteve junto comigo nessa reta final, me incentivando e apoiando nos últimos passos desta longa jornada.

Aos FAMILIARES que torceram por mim.

A todos os FUNCIONÁRIOS do curso de pós-graduação pelo apoio e pela disponibilidade em nos atender.

A todos os PROFESSORES em geral pelos seus ensinamentos ao longo dos dois anos de percurso acadêmico - Gratidão.

Aos meus AMIGOS (AS) por isso mesmo, por serem meus amigos (as), compreendendo as minhas ausências com vocês.

Meu agradecimento mais profundo só poderia ser dedicado a: MEUS PAIS, MEU FILHO e MINHA NOIVA. O Tempo todo ao meu lado, nos momentos mais difíceis, que não foram raros neste último ano, sempre me fazendo acreditar que chegaria ao final desta difícil, porém gratificante etapa. Sou grato por cada gesto, cada sorriso, pelo amor, apoio e motivação incondicional, que me impulsionaram em direção às vitórias dos meus desafios.

Ninguém vence sozinho... OBRIGADO A TODOS!

RESUMO

A Terminalidade da Vida é um tema complexo e amplo para reflexões bioéticas, trazendo conflitos sobre a vida e morte, a sacralidade da vida e qualidade de vida e a compreensão dos aspectos que envolvem sua condição. Os objetivos deste estudo foram: conhecer a caracterização pessoal, familiar e profissional dos médicos participantes da pesquisa; identificar as pretensões médicas ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida; e identificar as considerações médicas utilizadas para a adoção ou não de medidas relacionadas ao prolongamento da vida. A pesquisa de abordagem qualitativa e do tipo exploratório-descritivo, foi constituída por uma amostra de 20 médicos da cidade de Pouso Alegre, MG. Amostragem foi intencional. Utilizaram-se quatro instrumentos: 1) caracterização pessoal e profissional, 2) roteiro de entrevista semiestruturada formado por duas perguntas, 3) instrumento de análise do discurso 1 e 4) instrumento de análise do discurso 2. Foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Encontrou-se nas características pessoais e familiares dos participantes da pesquisa que o sexo masculino prevaleceu com 65%; a idade média foi de 38 anos (DP=12,31); dentre as religiões destaca-se a católica com 85%; 45% eram casados, 45% tinham filhos e todos os participantes possuíam uma família do tipo nuclear. Os dados profissionais dos participantes constataram que 40% haviam concluído o curso de medicina há menos de 4 anos; 55% afirmaram que realizaram residência médica, sobressaindo com 35% residência em clínica médica e 55% tinham especialização. Concluiu-se que as representações sociais que emergiram em relação ao tema pretensões ao realizar o atendimento em situações emergenciais de pacientes em terminalidade da vida foram: “proporcionar conforto”, “aliviar a dor e sofrimento” e “expectativa da família”. As representações sociais procedentes do tema, considerações médicas utilizadas para a adoção ou não de medidas relacionadas com o prolongamento da vida foram: “condições clínicas do paciente”, “autonomia da família”, “autonomia do paciente”, e “conversa com médico responsável pelo paciente”. Evidenciou-se por meio das reflexões Bioéticas das representações sociais dos participantes do estudo que a beneficência, a autonomia e os preceitos preconizados pelos cuidados paliativos estão presentes nas pretensões e considerações utilizadas pelos médicos na abordagem de pacientes em terminalidade da vida.

Palavras-chave: Terminal; Paciente; Bioética; Relações médico-paciente.

ABSTRACT

The Terminality of Life is a complex and broad theme for bioethical reflections, bringing conflicts about life and death, the sacredness of life and quality of life and the understanding of the aspects that surround its condition. The objectives of this study were: to know the personal, family and professional characterization of the physicians participating in the research; identify medical claims when dealing with emergency situations of terminally ill patients; and identify the medical considerations used for the adoption or not of measures related to prolongation of life. The research of qualitative approach and exploratory-descriptive type, consisted of a sample of 20 doctors from the city of Pouso Alegre, MG. Sampling was intentional. Four instruments were used: 1) personal and professional characterization, 2) semi-structured interview script consisting of two questions, 3) speech analysis instrument 1 and 4) speech analysis instrument 2. Subject Discourse method was used Collective. It was found in the personal and family characteristics of the research participants that males prevailed with 65%; the mean age was 38 years (SD = 12.31); Among the religions, the Catholic stands out with 85%; 45% were married, 45% had children and all participants had a nuclear type family. Professional data from participants found that 40% had completed medical school less than 4 years ago; 55% said they had a medical residency, with 35% residing in a medical clinic and 55% had specialization. It was concluded that the social representations that emerged in relation to the theme pretensions when performing care in emergency situations of terminally ill patients were: “providing comfort”, “relieving pain and suffering” and “family expectation”. The social representations coming from the theme, medical considerations used for the adoption or not of measures related to the prolongation of the life were: “clinical condition of the patient”, “autonomy of the family”, “autonomy of the patient”, and “conversation with responsible physician by the patient”. It was evidenced through the Bioethical reflections of the social representations of the study participants that the beneficence, autonomy and precepts advocated by palliative care are present in the pretensions and considerations used by physicians to approach terminally ill patients.

Keywords: Terminal; Patient; Bioethics; Doctor-patient relations.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|--|
| ACLS | Suporte de Vida Avançado em Cardiologia |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CP | Cuidados Paliativos |
| DSC | Discurso do Sujeito Coletivo |
| HCSL | Hospital das Clínicas Samuel Libânio |
| IAD 1 | Instrumento de Análise do Discurso 1 |
| IAD 2 | Instrumento de Análise do Discurso 2 |
| IC | Ideias Central |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PHTLS | Suporte de Vida Pré Hospitalar |
| TCLE | Terma de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UNIVAS | Universidade do Vale do Sapucaí |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva Adulto |

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Referente ao tema “percepções de pretensões ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida”.....36
- Figura 2** - Referente ao tema “considerações sobre adoção ou não de medidas que prolonguem a vida do paciente terminal”.....41

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Ideias centrais, participantes e frequência do tema “percepções de pretensões ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida”..... | 32 |
| Quadro 2 - Agrupamento das ideias centrais iguais, semelhantes e complementares referentes ao tema “percepções de pretensões ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida” | 33 |
| Quadro 3 - Ideias centrais agrupadas referentes ao tema “percepções de pretensões ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida” .. | 34 |
| Quadro 4 - Ideias centrais, participantes e frequência do tema “considerações médicas utilizadas para a adoção ou não de medidas relacionadas ao prolongamento da vida”...37 | |
| Quadro 5 - Agrupamento das ideias centrais iguais, semelhantes e complementares referentes ao tema “considerações médicas utilizadas para a adoção ou não de medidas relacionadas ao prolongamento da vida” | 38 |
| Quadro 6 - Ideias centrais agrupadas referentes ao tema “considerações sobre adoção ou não de medidas que prolonguem a vida do paciente terminal” | 39 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Características pessoais e familiares dos participantes do estudo. Pouso Alegre, MG, 2019 (n=20) | 30 |
| Tabela 2 - Características profissionais dos participantes do estudo. Pouso Alegre, MG, 2019 (n=20)..... | 31 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 OBJETIVOS | 19 |
| 3 TRAJETÓRIA METODOLOGICA | 20 |
| 3.1 Local do Estudo..... | 20 |
| 3.2 Delineamento do Estudo | 21 |
| 3.3 Método do Discurso do Sujeito Coletivo..... | 22 |
| 3.4 Participantes do Estudo, Amostra, Amostragem, Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão | 23 |
| 3.5 Coleta de Dados | 24 |
| 3.5.1 Instrumentos de Coletas de Dados | 24 |
| 3.5.2 Procedimentos de Coleta de Dados..... | 25 |
| 3.6 Pré-Teste | 26 |
| 3.7 Análise de Dados..... | 26 |
| 3.8 Apresentação dos Dados | 27 |
| 3.9 Aspectos Éticos da Pesquisa | 28 |
| 4 RESULTADOS..... | 29 |
| 4.1 Características pessoais, familiares e profissionais dos participantes da pesquisa ... | 29 |
| 4.2 Representações sociais das percepções dos entrevistados sobre suas pretensões ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida..... | 32 |
| 4.3 Representações sociais das percepções dos entrevistados sobre suas pretensões ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida..... | 36 |
| 5 DISCUSSÃO | 42 |
| 5.1 Beneficência..... | 51 |
| 5.2 Autonomia..... | 53 |
| 5.3 Cuidados Paliativos..... | 55 |
| 6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS | 58 |
| 6.1 Conclusões | 58 |
| 6.2 Considerações Finais..... | 58 |
| REFERÊNCIAS | 61 |
| APÊNDICES | 69 |
| ANEXOS | 73 |

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa busca discutir questões Bioéticas e sua relação com a Terminalidade da Vida. A questão central deste estudo gira em torno da tentativa de compreender as decisões dos profissionais médicos emergencistas que influenciam nas condutas frente ao paciente na condição de terminal.

O tema é complexo e amplo para reflexões bioéticas, trazendo conflitos sobre a vida e morte, a sacralidade da vida e qualidade de vida e a compreensão da condição de terminalidade. Neste contexto, o surgimento da vida é afirmado por alguns a partir da fecundação; outros acreditam que a nidação (fixação do ovo no útero) e a cerebralização (formação do córtex cerebral) são o momento em que a vida se inicia; já alguns se firmam na tese de que não há um momento exato, seria uma construção, ou seja, um processo; ainda há aqueles que compreendem a aceitação do indivíduo na sociedade como o ponto inicial da vida.¹

O momento de estabelecer a presença da morte é discutível por várias correntes. Assim como a vida, não possui definitivas conclusões a respeito. Anteriormente, a morte era definida quando ocorria a parada cardíaca, mas com os transplantes cardíacos, houve uma mudança na norma de estabelecimento da morte, e essa passou a ser a partir da cessação da atividade cerebral.¹

Neste contexto, também não é simples conceituar a condição de terminalidade, mas o paciente terminal é definido como aquele que não há o resgate das suas condições de saúde, apresentando uma probabilidade elevada de morrer em um tempo relativamente curto, de maneira inevitável e previsível. É aquele cujo destino, a partir de seu diagnóstico e prognóstico, apresenta a falta de respostas positivas ao tratamento, e se encaminha para a morte.²

Um fator indiscutível que interfere no processo natural da terminalidade é a tecnologia. Neste aspecto, o progresso técnico-científico passou a interferir de forma decisiva nas fases finais da vida humana e tornou-se problema ético de primeira grandeza. A presença da ciência e da tecnologia começa a intervir decisivamente na vida humana, e essa novidade exige reflexão ética.³

Devido ao avanço tecnológico, a prática de profissionais de saúde ficou envolvida por procedimentos e condutas, que apresentam limites e indicações que necessitam ser guiadas por uma abordagem bioética. Portanto os termos eutanásia,

distanásia e ortotanásia frequentemente geram dúvidas na sua compreensão e na interpretação de práticas que as caracterizam. É necessário a distinção destes termos que aparentemente são semelhantes, mas expressão significados diferentes.

Num debate bioético sobre eutanásia, autores descrevem-na como uma prática utilizada desde a antiguidade, no sentido de promover uma boa morte, ou seja, uma passagem sem dor e sofrimento. Atualmente, o conceito que prevalece é antecipação da morte de paciente incurável, geralmente terminal e em grande sofrimento físico e psíquico⁴.

A eutanásia é ilegal na maioria dos países. No Brasil é crime constante de homicídio doloso, conforme caracterizado no Código Penal no artigo 121⁵. Foi liberada na Holanda (desde 2002), na Austrália (1996-1997), na Suíça e na Bélgica (desde 2002) e no México (2008), nos Estados Unidos da América, o estado de Oregon, legalizou o suicídio assistido, confundido como eutanásia, é caracterizado pela oferta dos meios (geralmente medicamento) e o próprio indivíduo faz o uso do recurso para finalizar seus sofrimentos³.

O termo distanásia é pouco conhecido e utilizado na área da saúde. Ao contrário do que ocorre com seu antônimo eutanásia, frequentemente discutido e estampado nas manchetes de noticiários, mas é a prática mais comum em nossas instituições de saúde. Trata-se, de um neologismo, uma palavra nova, de origem grega. O prefixo grego *dis* tem o significado de "afastamento", portanto a distanásia significa prolongamento exagerado da morte de um paciente. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. No mundo europeu fala-se de "obstinação terapêutica", nos Estados Unidos de "futilidade médica"⁶.

Em oposição a distanásia, a ortotánasia significa o não prolongamento artificial do processo natural da morte, deixando-a seguir seu curso natural, com o consentimento do paciente ou da família. A ortotánasia é uma conduta atípica no Código Penal, pois não é causa de morte da pessoa, pois o processo já está instalado, embora consequências legais sejam possíveis.⁷

Na prática médica em hospitais e pronto socorros, condutas diante alguns pacientes podem ser confundidas como ortotánasia ou eutanásia passiva. Na retirada ou omissão de recursos terapêuticos ainda indicados para o benefício do paciente, há caracterização de ações da eutanásia passiva. A ação de não adoção de medidas que não

exercam finalidade e somente serviriam para prolongar artificialmente a vida, somado a condutas que limitam o sofrimento são definidas como ortotanásia⁸.

Uma reflexão sobre as ações que são realizadas por profissionais de saúde pode ser feita no sentido de identificar as motivações que direcionam as escolhas de condutas terapêuticas para o paciente na condição de terminalidade. O paradigma da cura, contextualiza as práticas da distanásia, pois com o domínio tecnológico da medicina moderna, se algo pode ser feito, logo deve ser feito, o que alimenta a tendência de usar o poder da medicina para prolongar a vida em condições inaceitáveis. A ortotanásia, tem como influência o cuidar, pois aceita o declínio da vida e a morte como parte do ser humano, uma vez que todos sofremos de uma condição que não pode ser "curada", isto é, somos criaturas mortais. O paradigma do cuidar nos permite realisticamente enfrentar os limites de nossa mortalidade. A medicina orientada para o alívio do sofrimento está mais preocupada com a pessoa doente do que com a doença da pessoa³.

Para direcionar e regulamentar a conduta dos profissionais diante de práticas com pacientes terminais, o Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2006 elaborou a Resolução 1805⁹ e em 2009 atualizou o Código de Ética Médica, vedando ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida e exercer sua autoridade de maneira a não limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar¹⁰.

A resolução gerou interpretações distintas de segmentos da sociedade, religiosos e médicos. Uma das questões é sua falta de especificidade das definições sobre situações e critérios clínicos para o diagnóstico da morte, o que daria margem a outras interpretações e atuações conforme a experiência e o conhecimento técnico de médicos em situações de limitação de suporte vital de pacientes no final da vida⁶. Neste contexto o Ministério Público Federal, em documento de 20 de novembro de 2006 recomendou a revogação do CFM sobre a Terminalidade da vida.¹¹

Em dezembro de 2010, após mais de três anos de disputas jurídicas, um juiz da 14ª Vara da Justiça Federal, sediada em Brasília, coloca ponto final, emitindo uma sentença que considera improcedente o pedido do Ministério Público que solicitava a nulidade da Resolução 1.805/2006 que trata de critérios para a prática da ortotánasia¹².

Após os conflitos jurídicos sobre a prática da ortotánasia, há iniciativas visando dar para a regulamentação supracitada força de lei. Um projeto que regulamenta a ortotánasia já tramita no Congresso Nacional, sob o número 6.715/09, pretendendo

remover do Código Penal, a proibição quanto à limitação de tratamento para pacientes sem possibilidades de cura¹³.

Considerando a importância da eutanásia, distanásia e ortotanásia no campo da bioética, é necessário realizar um aprofundamento do tema em relação ao paciente terminal, com a finalidade de proporcionar melhor compreensão dos dilemas éticos presentes na terminalidade, que envolvem a manutenção ou retirada de medidas de suporte ao paciente na condição terminal.

Na literatura bioética, há uma tendência marcante de contraposição às práticas da distanásia em pacientes terminais, pois são práticas que aumentam o processo de morrer e diminuem a dignidade no momento da morte¹⁴.

Os cuidadores devem cuidadosamente medir os benefícios do ônus do tratamento (beneficência) e avaliar os riscos e benefícios de cada decisão clínica (não-maleficência), para evitar o tratamento fútil e inútil, a distanásia que não se coaduna com os objetivos de prevenção, cura, cuidado, reabilitação e alívio da dor¹⁵.

As ciências da saúde incorporam com grande rapidez o avanço científico, de tal forma que a aferição e controle das variáveis vitais oferecem aos profissionais a possibilidade de adiar o momento da morte. Se no início do século XX o tempo estimado para o óbito após a ocorrência de uma grave enfermidade terminal era de cinco dias, no seu final era de 10 vezes maior¹⁶.

Os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, são os princípios que fundamentam a reflexão bioética, direcionando as decisões, procedimentos e condutas na esfera assistencial e fornece esclarecimento dos dilemas éticos na área da saúde.

Neste contexto, a bioética principialista propõe esclarecer questões difíceis e polêmicas trazidas pelo avanço da tecnologia, possibilitando meios para guiar escolhas no processo de tomada de decisões¹⁵.

Em geral os profissionais que trabalham em pronto socorros lidam diariamente com situações de adoção e retirada de suporte vital, lidando com a morte e terminalidade como a grande adversária, resultando em condutas extraordinárias para manutenção da vida a qualquer preço, muitas vezes desconsiderando a vontade do paciente ou de seus familiares. Tais condutas, podem trazer como consequências o aumento da dor e da agonia prolongada para o paciente e seus familiares¹⁶.

O médico que atua em serviços de urgência e emergência defronta com pacientes terminais, que lhe exigem um raciocínio clínico e ético direcionados para

escolher a conduta mais adequada para atender o paciente e também seus familiares. Neste contexto, durante minha trajetória profissional como enfermeiro, tive experiências que me sensibilizaram quanto as condutas realizadas diante de uma paciente sem condições terapêuticas que chega buscando atendimento num serviço de urgência e emergência.

O tema proposto tem alta relevância entre os tópicos da Bioética. Não é um assunto novo, porém trouxe sempre discussões e dificuldades. Podemos destacar que, com os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, surgiram dilemas que merecem reflexão, pois estão associados aos aspectos éticos relacionados entre pacientes e seus familiares com os profissionais de saúde.

O domínio tecnológico atual levou ao prolongamento artificial da morte, levantando reflexões que envolvem conflitos dos paradigmas de curar ou cuidar. Pois em pacientes sem perspectivas terapêuticas, a cura como objetivo primário torna se distante, e as condutas dos profissionais de saúde devem ser direcionadas para o cuidar. Estas questões são de direto interesse da Bioética, e propõe reflexões e ações que podem nortear as condutas dos profissionais emergencistas.

A relevância científica deste trabalho se refere ao preenchimento de lacunas de conhecimento, frente a este tema que ainda não integra explicitamente a formação médica brasileira. Sobre a relevância profissional, justificasse por tratar de conteúdo com repercussões atuais das práticas e condutas de profissionais de saúde ao paciente em condição de terminalidade. Já a relevância social se refere ao conhecimento que a sociedade precisa ter em relação a temática da vida, da morte, do processo de doença e da condição de terminalidade.

Diante do que foi exposto anteriormente, emergiram as seguintes questões de pesquisa:

- Quais são as percepções do médico sobre o que espera atingir ao prestar assistência ao paciente na condição de terminalidade?
- Quais aspectos são considerados para decidir sobre adoção ou não de medidas que prolonguem a vida do paciente terminal?

2 OBJETIVOS

- Conhecer a caracterização pessoal, familiar e profissional dos médicos participantes da pesquisa.
- Identificar as pretensões médicas ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida.
- Identificar as considerações médicas utilizadas para a adoção ou não de medidas relacionadas ao prolongamento da vida.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Local do Estudo

A proposta do estudo foi abranger profissionais médicos que atuam nos serviços de Pronto Atendimento de Pouso Alegre e o Pronto Socorro do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL).

Diante disto apresenta-se a seguir uma descrição geral desta cidade. Com posição estratégica privilegiada, Pouso Alegre localiza-se às margens da Rodovia Fernão Dias, a 180 km do município de São Paulo, a 373 km da capital de Minas Gerais e a 391 km do Rio de Janeiro. Pouso Alegre é a segunda maior cidade do sul de Minas Gerais (atrás apenas de Poços de Caldas) e a 18ª maior do estado. Alguns bairros da cidade são mais populosos do que várias cidades da região, com destaque para o Bairro São Geraldo, sendo o maior bairro do município. Outro grande bairro é o Cidade Jardim, que, por se localizar bem mais distante do centro, pode ser confundido como um município pequeno¹⁷.

Quanto à saúde, Pouso Alegre conta com 26 (vinte e seis) Unidades Básicas de Saúde. Elas desempenham o papel de promover políticas direcionadas tanto à prevenção de doenças como à preservação do bem-estar nas comunidades. No nível secundário de atenção à saúde estão as Unidades de pronto Atendimento (UPAS) as quais fazem parte da Rede de Atenção às Urgências. Seu objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar. Desta forma, a população terá melhor atendimento à saúde, com menor fila nos prontos-socorros de hospitais, além de aumentar a capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesses estabelecimentos podem ser realizados procedimentos de intervenção, tratamento de situações crônicas e de doenças agudas.⁸ No nível terciário, Pouso Alegre conta com o Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL) que é um hospital universitário, privado, filantrópico sem fins lucrativos, cuja mantenedora é a Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí (FUVS). Ele é reconhecido nacionalmente como hospital de referência para Minas Gerais e está inserido na rede de resposta de urgência e emergência, como polivalente, por prover

atenção integral com equidade e eficiência de gestão e acolhimento. Atualmente, atendem-se 153 municípios com uma população estimada em 3 (três) milhões habitantes¹⁸.

Os serviços do HCSL são referências para a educação voltada à área da saúde. Como hospital escola, é campo de estágio e pesquisa para diversos cursos técnicos do Colégio João Paulo II, de graduação, especialização e mestrado da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS)¹⁸.

O HCSL conta com ampla infraestrutura para um atendimento diferenciado aos usuários em Pronto Atendimento e Pronto Socorro, atende cerca de 480 (quatrocentos e oitenta) pessoas diariamente; pacientes da rede pública, em sua maioria e da rede privada (convênios e particulares). Os clientes têm à disposição uma diversificada oferta de serviços assistenciais. Além disso, possui um dos mais avançados e completos Centros de Diagnósticos da região. É o único pronto socorro geral da região integrante do Sistema de Referência aos atendimentos de Urgência e Emergência e atendimentos eletivos, Gestante de Alto Risco nível III, Alta Complexidade em Neurocirurgia nível II, Traumatologia/Ortopedia, Complexidade em Transplante de Córnea e Rim, UTI Adulto, Neonatal e Pediátrico tipo II (Atenção Terciária)¹⁸.

Ele se destaca por constituir um centro de excelência em formação profissional, mantendo programas de residência médica, credenciadas pelo Ministério da Educação (MEC) e estágios em diversas especialidades médicas, além de ser campo de ensino prático e de pesquisa para os acadêmicos de graduação e pós-graduação da UNIVAS¹⁸.

3.2 Delineamento do Estudo

O presente estudo foi de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório. A abordagem qualitativa foi utilizada para o conhecimento dos significados e percepções dos profissionais envolvidos na pesquisa em relação.

Na abordagem qualitativa, o pesquisador procura se aprofundar na compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social – interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação enfocada, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito.¹⁹

Ao contemplarmos o aspecto qualitativo do objeto estamos considerando como sujeito de estudo pessoas de determinado grupo social ou classe, com crenças, valores e significados comuns, sendo que este objeto construído encontra-se em constante processo de transformação.²⁰

O estudo descritivo é usado quando o pesquisador tem a intenção de conhecer determinada população, comunidade, suas características, seus valores e problemas relacionados às culturas, onde este descreve os fatos de uma determinada realidade.²¹

Os estudos exploratórios são realizados quando o objetivo é examinar um tema ou um problema de pesquisa pouco estudado, sobre o qual temos muitas dúvidas ou que não foi abordado antes. Ou seja, quando a revisão da literatura revelou que existem apenas orientações não pesquisadas e ideias vagamente relacionadas com o problema de estudo ou, ainda, se queremos pesquisar sobre temas e áreas a partir de novas perspectivas.^{22,23}

3.3 Método do Discurso do Sujeito Coletivo

Para conhecer e descrever as atitudes e condutas dos médicos na tomada de condutas diante de um paciente na condição de terminalidade sob o referencial das Representações Sociais, a opção pela abordagem qualitativa e o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foram os mais adequados para a construção desses significados e valores, permitindo, assim, a aproximação com o fenômeno em estudo.

As representações sociais são esquemas sócio cognitivos, ou seja, modos socialmente compartilhados de conhecer, ou representar e interagir com o mundo e a vida cotidiana, presentes nos atores sociais de uma dada formação social e que revelam consciência possível de tais atores em determinado momento histórico. Assim, metodologicamente, as representações sociais podem ser entendidas como sínteses próximas da empiria, reconhecíveis, sem dificuldades maiores, pelo senso comum como, como conhecimentos familiares.²⁴

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma forma de resgatar e apresentar as Representações Sociais obtidas de pesquisas empíricas. Nessas, as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias

semânticas gerais, como normalmente se faz quando se trata de perguntas ou questões abertas.²⁴

O DSC é uma estratégia metodológica com a finalidade de tornar mais clara uma determinada representação social e o conjunto das representações que constituem um dado imaginário. Por meio desse modo discursivo, é possível visualizar a representação social, na medida em que ela aparece não sob a forma de quadros, tabelas ou categorias, mas sob a forma mais viva de um discurso, que é o modo como os indivíduos reais e concretos pensam. O DSC consiste na reunião, num só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a uma mesma questão de pesquisa por sujeito social e institucionalmente equivalente ou que fazem parte de uma mesma cultura organizacional e de um grupo social homogêneo, na medida em que os indivíduos que fazem parte desse grupo ocupam a mesma ou posições vizinhas num dado campo social. O DSC é então uma forma de expressar diretamente a representação social de um dado sujeito.²⁵

Os Discursos do Sujeito Coletivo são opiniões individuais que, ao passarem pelo crivo analítico do pesquisador – o que exige o uso de abstrações e conceituações – são transformadas em produtos cientificamente tratados, mantendo, porém, as características espontâneas e reconhecíveis como tais, da fala cotidiana.²⁶

A resultante final de uma pesquisa como o Discurso do Sujeito Coletivo é um artefato, uma descrição sistemática da realidade e uma reconstrução do pensamento coletivo como produto científico.²⁴

3.4 Participantes do Estudo, Amostra, Amostragem, Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão

Participaram do estudo 20 médicos de especialidades diversas, de ambos os gêneros, que atuavam profissionalmente no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas Samuel Libânio e nos serviços de Pronto Atendimento de Pouso Alegre.

A amostragem foi do tipo intencional. Neste contexto, o pesquisador selecionou a seu critério, intencionalmente as pessoas que apresentaram potenciais de falas adequadas, pois contribuiriam melhor não só com a entrevista, mas, sobretudo com

seu conteúdo. Em relação ao método qualitativo, este tipo de amostragem é o mais adequado para a proposta deste estudo.²³

Como critérios de inclusão, foram adotados os seguintes aspectos:

- Experiência prévia no atendimento de pacientes na condição de urgência ou emergência, com pelo menos um ano de experiência;
- Aceitar participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C);

Os critérios de exclusão consistiram sobre os seguintes aspectos:

- Profissional médico recém-formado;
- Experiência profissional inferior a 1 ano de atuação;
- Não aceitar participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados constitui-se por duas etapas: 1 – procedimentos de coleta de

3.5.1 Instrumentos de Coletas de Dados

1 – Instrumento de Caracterização Pessoal, familiar e Profissional (Apêndice A)

Elaborado pelo autor do presente estudo foi formada por questões abertas e fechadas relacionadas com sexo, idade, estado conjugal e outros. Assim como por perguntas referentes à formação profissional (tempo de formação do participante, participação em eventos, etc.).

2 - Roteiro de Entrevista Semiestruturada (Apêndice B)

Foi constituído por duas perguntas abertas, sendo a primeira sobre a percepção do entrevistado sobre o que espera atingir ao prestar assistência ao paciente na condição de terminalidade. A segunda questão questiona o médico sobre o que considera

para decidir sobre a adoção ou não de medidas que prolonguem a vida do paciente terminal.

3 - Instrumento de Análise do Discurso 1 (IAD1), que se encontra em Anexo A.

Este instrumento consiste na pergunta referente ao tema explorado e um quadro formado por três colunas, sendo a primeira referente ao número do participante; a segunda relacionada com a expressão chave de cada sujeito e finalmente, na terceira coluna a ideia central, extraída do conteúdo da expressão chave.²⁶

4 - Instrumento de Análise do Discurso 2 (IAD2), que se encontra em Anexo B.

Estrutura-se pela ideia central e também um quadro com duas colunas distintas, sendo a primeira destinada ao número do participante e a segunda a sua expressão chave referente à ideia central que se encontra no cabeçalho do instrumento.

3.5.2 Procedimentos de Coleta de Dados

- a) A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS);
- b) Foi obtida a anuência do entrevistado por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE C);
- c) A entrevista foi realizada após agendamento prévio, com cada um dos participantes, em local e data determinados pelos profissionais participantes;
- d) Antes da realização da entrevista, o pesquisador explicou os objetivos do estudo, assim como o desenvolvimento de todo o trabalho;
- e) Foram retiradas todas as dúvidas em relação ao trabalho;
- f) Os próprios entrevistados preencheram o Instrumento de Caracterização pessoal, familiar e profissional;
- g) Os dados foram colhidos pelo pesquisador deste estudo, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado contendo as duas questões da entrevista, sendo gravadas as respostas dos participantes.

3.6 Pré-Teste

O pré-teste tem a função de testar o instrumento de coleta de dados, permitindo verificar ambiguidade nas questões e o tempo utilizado durante a pesquisa ²⁷.

O pré-teste foi realizado com 10% da amostra, o que correspondeu a dois participantes, sendo realizado durante o plantão do entrevistado num momento que o mesmo estivesse disponível. O pré-teste teve três finalidades essenciais.

A primeira finalidade foi verificar o entendimento do instrumento de caracterização pessoal, familiar e profissional, assim como das perguntas do roteiro de entrevista semiestruturada cujas perguntas encontram-se no Apêndice B.

A segunda, foi direcionada para identificar o tempo utilizado para a realização da coleta de dados por meio da entrevista gravada aplicando a metodologia do estudo. E a última finalidade foi o aprimorar a experiência do pesquisador em relação às entrevistas gravadas.

Para a realização do pré-teste, 5% ou 10% do tamanho da amostra são suficientes para a sua realização²⁷.

Os participantes tiveram um bom entendimento dos instrumentos e não foi necessário fazer mudanças nos instrumentos e perguntas das entrevistas. Os participantes apresentaram critérios de inclusão no trabalho e suas representações sociais foram incluídas na amostragem do estudo.

3.7 Análise de Dados

O presente estudo apresentou dados quantitativos e qualitativos. Os dados de natureza quantitativa não se referiam ao objeto de estudo, porém foram utilizados com o objetivo de se conhecer as características do ponto de vista pessoal, familiar e profissional dos participantes. Para tanto, foi utilizada a estatística descritiva da qual a frequência e a percentagem foram usadas para variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas ou contínuas utilizaram-se média e desvio-padrão. Para obtenção dos resultados, construiu-se, inicialmente, um banco de dados no programa computacional Excel, versão 2007, que

foi “alimentado” com os dados do instrumento de caracterização sociodemográfica, descrito anteriormente.

Para abordagem qualitativa, foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), por ser o mais adequado ao objeto do estudo e para o cumprimento dos objetivos. O método do DSC foi cumprido de acordo com os seus diversos passos ou etapas e da seguinte maneira:

- A pesquisa foi respondida por meio de gravações das respostas dos entrevistados;
- Foram realizadas duas perguntas para cada participante;
- As questões foram analisadas de duas formas: a primeira consistiu em uma análise horizontal na qual foram lidas todas as questões de número 1 e depois aquelas de número 2. A segunda análise, que foi a vertical abarcou a leitura e análise da questão 1 e a seguir a 2 de cada participante. Para este procedimento utilizou-se o Instrumento de Análise do Discurso 1 (Anexo A);
- O segundo passo foi constituído da identificação do conteúdo de cada resposta, as Ideias Centrais (IC) e nomeá-las na 3ª coluna do IAD1;
- Terceiro passo, foi identificar e agrupar as IC de mesmo sentido ou de sentido equivalente ou complementar;
- Quarto passo, foi realizado extraíndo uma IC que expressasse, da melhor maneira possível todas as IC do mesmo sentido;
- Quinto passo, foi realizado com a utilização do Instrumento de Análise do Discurso 2 (IAD2), que está estruturado pela IC de cada um dos temas estudados e por duas colunas, sendo a primeira destinada ao número do participante e a segunda pelas expressões chaves próprias de cada IC; e
- Sexto passo, ocorreu com a construção do DSC.

3.8 Apresentação dos Dados

Os dados quantitativos foram apresentados por meio de tabelas e os qualitativos foram evidenciados por meio de quadros e figuras.

3.9 Aspectos Éticos da Pesquisa

O presente estudo obedeceu aos preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde²⁸, que trata da ética em pesquisa envolvendo seres humanos e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas. O projeto foi encaminhado para a Plataforma Brasil, e teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo como número de identificação e aprovação CAAE 03152518.5.0000.5102. O Parecer Consubstanciado que comprova a aprovação do estudo encontra-se no Anexo C. Foram respeitados os aspectos éticos relacionados com o anonimato total do entrevistado, privacidade e autonomia de aceitar ou não a participação no estudo.

Foram considerados também, do ponto de vista ético, os valores culturais, morais e religiosos de cada participante. O informante teve o direito de se retirar do estudo se assim o desejasse, independentemente da fase que ele se encontrasse sem sofrer nenhum dano a sua pessoa. Os dados foram coletados pelo pesquisador, gravados com a autorização dos participantes, serão guardados por cinco anos e posteriormente serão descartados de forma ecológica. Antes da entrevista, o participante teve ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) que foi assinado pelo mesmo.

4 RESULTADOS

Nesta etapa do trabalho, são apresentados e discutidos os dados obtidos das entrevistas. Os resultados deste estudo são apresentados em três partes distintas:

- Caracterização pessoal, familiar e profissional dos integrantes do estudo;
- Representações sociais das pretensões médicas ao atender situações emergências de pacientes em terminalidade de vida;
- Representações sociais das considerações médicas utilizadas para a adoção ou não de medidas que prolonguem a vida do paciente terminal.

4.1 Características pessoais, familiares e profissionais dos participantes da pesquisa

As características pessoais, familiares e profissionais dos participantes do estudo encontram-se nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Características pessoais e familiares dos participantes do estudo. Pouso Alegre, MG, 2019 (n=20)

| Variáveis | Frequência Absoluta (F.A.) | Frequência Relativa (F.R.) | Média (M) | Mediana (Med) | Desvio Padrão (D.P.) |
|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| Idade | | | 38,00 | 31,00 | 12,31% |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 13 | 65% | | | |
| Feminino | 7 | 35% | | | |
| Estado Civil | | | | | |
| Solteiro | 8 | 40% | | | |
| Divorciado | 2 | 10% | | | |
| Casado | 9 | 45% | | | |
| Viúvo | 1 | 5% | | | |
| Religião | | | | | |
| Católica | 17 | 85% | | | |
| Espírita | 2 | 10% | | | |
| Sem religião | 1 | 5% | | | |
| Filhos | | | | | |
| Sim | 9 | 45% | | | |
| Não | 11 | 55% | | | |
| Número de filhos | | | | | |
| Sem filhos | 11 | 55% | | | |
| 1 filho | 3 | 15% | | | |
| 2 filhos | 5 | 25% | | | |
| 3 filhos | 1 | 5% | | | |
| Tipo de família | | | | | |
| Nuclear | 20 | 100% | | | |

Fonte: Instrumento da Pesquisa.

Diante do levantamento das características pessoais e familiares dos participantes da pesquisa constatou que o sexo masculino prevaleceu com 65%; a idade média foi de 38 anos (DP=12,31); dentre as religiões destacam-se a fé católica com 85%; 45% eram casados, 45% tinham filhos e todos os participantes viviam numa família do tipo nuclear.

Tabela 2 - Características profissionais dos participantes do estudo. Pouso Alegre, MG, 2019 (n=20)

| Variáveis | Frequência Absoluta (F.A.) | Frequência Relativa (F.R.) |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Tempo de formação | | |
| 1 a 4 anos | 8 | 40% |
| 5 a 9 anos | 5 | 25% |
| Acima de 10 anos | 7 | 35% |
| Residência médica | | |
| Sim | 11 | 55% |
| Não | 9 | 45% |
| Tipo de Residência Médica | | |
| Clínica Médica | 7 | 35% |
| Cirurgia Geral | 2 | 10% |
| Urgência | 1 | 5% |
| Ginecologia e Obstetrícia | 1 | 5% |
| Especialização | | |
| Sim | 11 | 55% |
| Não | 9 | 45% |
| Participação em eventos | | |
| Não | 20 | 100% |
| Reciclagem | | |
| Sim | 15 | 75% |
| Não | 5 | 25% |
| Tipo de Reciclagem | | |
| ACLS | 11 | 55% |
| Diagnóstico de Morte Encefálica | 3 | 15% |
| PHTLS | 1 | 5% |

Fonte: Instrumento da Pesquisa.

Ao analisar os dados profissionais dos participantes constatou que 40% haviam concluído o curso de medicina a menos de 4 anos; 55% afirmaram que realizaram residência médica, sobressaindo com 35% residência médica em clínica médica, 55% tem especialização, 100% dos médicos disseram que não participaram de eventos na área, 75% afirmam fazer reciclagem e 55% responderam que realizam a reciclagem em ACLS.

4.2 Representações sociais das percepções dos entrevistados sobre suas pretensões ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida.

As percepções dos profissionais ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida, encontram-se nos quadros 1, 2 e 3, a seguir.

Quadro 1 - Ideias centrais, participantes e frequência do tema “percepções de pretensões ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida”

| IDEIA CENTRAL | PARTICIPANTES | FREQUÊNCIA |
|--|---------------|------------|
| Dar conforto ao paciente e a família | 1 | 1 |
| Dar apoio aos envolvidos | 1 | 1 |
| Dar conforto ao paciente e a família | 2 | 1 |
| Dar apoio aos envolvidos | 2 | 1 |
| Dar condições de dignidade ao paciente | 3 | 1 |
| Confortar ao paciente e família | 3 | 1 |
| Dar conforto ao paciente e a família | 4 | 1 |
| Aliviar suas dores e angústias do paciente | 4 | 1 |
| Dar qualidade de vida ao paciente | 5 | 1 |
| Dar confortar ao paciente | 5 | 1 |
| Dar amplo conforto | 6 | 1 |
| Evitar maleficência | 6 | 1 |
| Bem-estar e conforto | 7 | 1 |
| Dar amplo conforto | 8 | 1 |
| Minimizar a dor e o sofrimento | 9 | 1 |
| Dar conforto | 10 | 1 |
| Atender a expectativa do familiar | 10 | 1 |
| Dar conforto | 11 | 1 |
| Aliviar a dor e o sofrimento do paciente | 12 | 1 |
| Dar conforto aos familiares | 12 | 1 |
| Garantir conforto para o paciente | 13 | 1 |
| Aliviar a dor e os sintomas | 13 | 1 |
| Dar conforto ao paciente e aos familiares | 14 | 1 |
| Aliviar a dor | 15 | 1 |
| Fornecer conforto | 15 | 1 |
| Diminuir o sofrimento do paciente | 16 | 1 |
| Melhorar a qualidade de vida | 17 | 1 |
| Dar conforto ao paciente | 18 | 1 |
| Aliviar o sofrimento do paciente | 18 | 1 |
| Diminuição da dor do paciente | 19 | 1 |
| Oferecer conforto ao paciente | 19 | 1 |
| Dar conforto ao paciente | 20 | 1 |
| TOTAL | | 32 |

É comum aparecer em temas, ainda pouco explorados, número excessivo de ideias centrais ou repetição das mesmas, por sua igualdade e semelhança. Quando isso ocorre, a estratégia metodológica a ser utilizada é a redução do número delas. A estratégia utilizada para isso, é o agrupamento das ideias centrais iguais, semelhantes e complementares, o que pode ser visto no quadro 1²⁵.

Partindo daquelas informações e considerando as três ideias centrais, conforme se expressa no Quadro 1, procedeu-se ao agrupamento das ideias centrais iguais, semelhantes e complementares conforme observa-se no Quadro 2.

Quadro 2 - Agrupamento das ideias centrais iguais, semelhantes e complementares referentes ao tema “percepções de pretensões ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida”

| Ideias centrais iguais, semelhantes e complementares | Ideias centrais agrupadas |
|---|----------------------------------|
| Dar conforto ao paciente e a família Dar apoio aos envolvidos Dar conforto ao paciente e a família Dar apoio aos envolvidos Dar condições de dignidade ao paciente Confortar ao paciente e família Dar conforto ao paciente e a família Dar confortar ao paciente Dar amplo conforto Bem-estar e conforto Dar amplo conforto Dar conforto Dar conforto Dar conforto aos familiares Garantir conforto para o paciente Dar conforto ao paciente e aos familiares Fornecer conforto Dar conforto ao paciente Oferecer conforto ao paciente Dar conforto ao paciente | Proporcionar conforto |
| Aliviar suas dores e angústias do paciente Dar qualidade de vida ao paciente Evitar maleficência Minimizar a dor e o sofrimento Aliviar a dor e o sofrimento do paciente Aliviar a dor e os sintomas Aliviar a dor Diminuir o sofrimento do paciente Melhorar a qualidade de vida Aliviar o sofrimento do paciente Diminuição da dor do paciente | Aliviar a dor e o sofrimento |
| Expectativa familiar | Atender a expectativa da família |

As ideias centrais agrupadas, das quais emergiram novas representações sociais, encontram-se no Quadro 3, de acordo com que se pode observar, a seguir:

Quadro 3 - Ideias centrais agrupadas referentes ao tema “percepções de pretensões ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida”

| Ideias centrais agrupadas | Participante do estudo | Frequência |
|----------------------------------|--|-------------------|
| Proporcionar conforto | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20 | 17 |
| Aliviar a dor e o sofrimento | 4, 6, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19 | 10 |
| Atender a expectativa da família | 10 | 1 |

Das ideias centrais, acima mencionadas, elaborou-se o DSC de cada uma delas. Isto pode ser identificado, logo a seguir:

| |
|---|
| <p>DSC da Primeira Ideia Central:</p> <p>Proporcionar conforto</p> |
|---|

Eu entendo que prestar a assistência na condição de terminalidade é poder dar o conforto em primeiro lugar para o paciente, sendo a chave dessa situação. Porque eu acho que o médico não está para salvar a vida, não está para curar nada, ele está para dar conforto. Em algumas vezes o conforto que deve ser oferecido é o conforto psicológico para o paciente, não somente à sua dor, mas também ao medo que possam vir a sentir. Não permitir que o paciente se sinta abandonado quando não há mais prognóstico ou tratamento convencional para a sua doença. O conforto para o paciente também deve ser estendido aos seus familiares. Porque é difícil para a família aceitar a perda de um ente querido. E os dois precisam de muito apoio para enfrentar essa situação da melhor forma possível. Devemos focar também no conforto para os familiares, pois também apresentam grande sofrimentos nestes momentos finais do paciente.

DSC da Segunda Ideia Central:

Aliviar a dor e o sofrimento

A condição de terminalidade já é uma situação complicada, porque ela exige um entendimento de todos os envolvidos. Vou evitar ações para possam trazer para ele malefícios. Preciso levar em consideração diversos fatores, mas o objetivo seria aliviar a dor e o sofrimento do paciente. Muitas vezes o quadro clínico é complicado, mas minha meta é sempre o alívio da dor, possibilitando ao paciente que continue vivendo de uma maneira mais confortável e sem sofrimento, melhorando assim sua qualidade de vida.

DSC da Terceira Ideia Central

Atender a expectativa da família

Na verdade, eu espero atender a expectativa do familiar, então eu tento ser o mais claro possível para o familiar sentir segurança com a conduta que será realizada.

Para facilitar a compreensão e a visualização das ideias centrais do tema: “percepção sobre o que espera atingir ao prestar assistência ao paciente na condição de terminalidade”, construiu-se a figura 1 contendo o mencionado tema e as suas respectivas representações sociais.

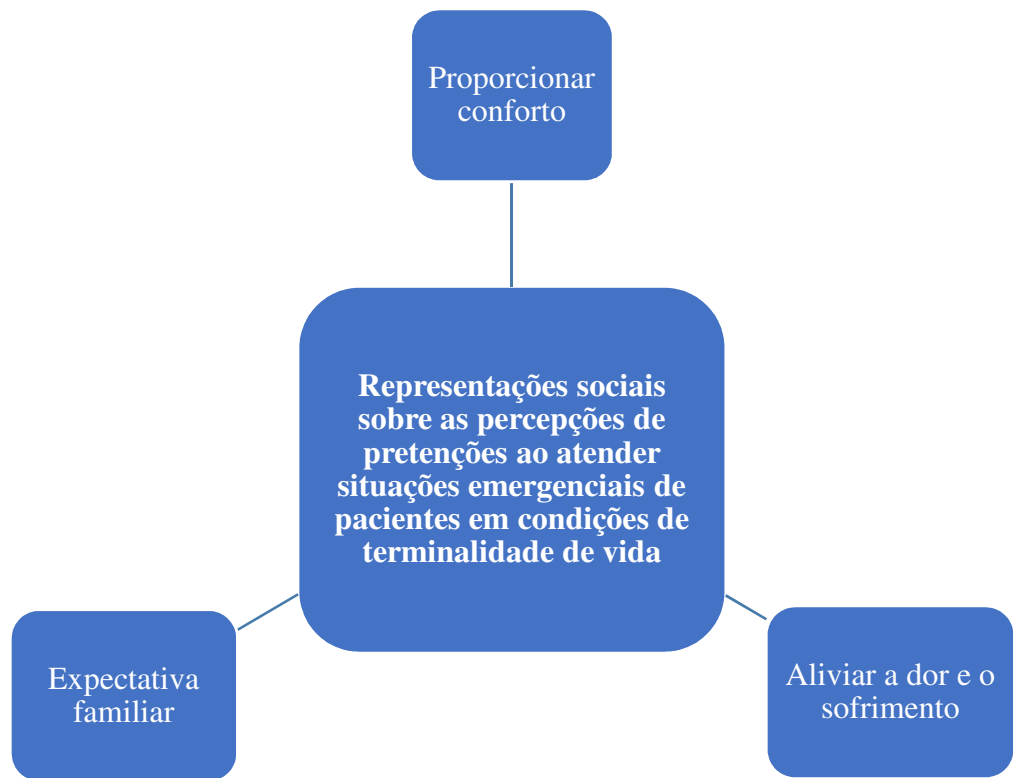


Figura 1 - Referente ao tema “percepções de pretensões ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida”

4.3 Representações sociais das considerações médicas utilizadas para a adoção ou não de medidas relacionadas ao prolongamento da vida

As considerações dos médicos entrevistados utilizadas para a adoção ou não de medidas relacionadas ao prolongamento da vida estão nos quadros 4, 5 e 6.

Quadro 4 - Ideias centrais, participantes e frequência do tema “considerações médicas utilizadas para a adoção ou não de medidas relacionadas ao prolongamento da vida”

| IDEIA CENTRAL | PARTICIPANTES | FREQUÊNCIA |
|---|----------------------|-------------------|
| Vontade do paciente | 1 | 1 |
| Não prolongar o sofrimento | 1 | 1 |
| Qualidade de vida e benefício para o paciente | 2 | 1 |
| Considerar a autonomia do paciente | 2 | 1 |
| Prognóstico de cura | 3 | 1 |
| Própria vontade do paciente | 4 | 1 |
| Não maleficência | 5 | 1 |
| Autonomia do paciente | 5 | 1 |
| Autonomia dos familiares | 5 | 1 |
| Conversar com paciente | 6 | 1 |
| Conversar com a família | 6 | 1 |
| Condições clínicas do paciente | 7 | 1 |
| Condições do paciente | 8 | 1 |
| Posicionamento da família | 8 | 1 |
| Opinião do médico assistente | 8 | 1 |
| Prognóstico do paciente | 9 | 1 |
| Posicionamento dos familiares | 9 | 1 |
| Posicionamento do médico assistente | 9 | 1 |
| Quadro básico do paciente | 10 | 1 |
| Vontade e desejo da família | 10 | 1 |
| Consentimento do paciente | 10 | 1 |
| Quadro clínico do paciente | 11 | 1 |
| Decisão da família | 11 | 1 |
| Conversar com os familiares | 12 | 1 |
| Colocações dos colegas médicos | 12 | 1 |
| Estado geral do paciente | 13 | 1 |
| Decisão com o médico plantonista e o médico responsável | 14 | 1 |
| Decisão dos familiares | 14 | 1 |
| Condições clínicas do paciente | 15 | 1 |
| Posicionamento dos familiares | 16 | 1 |
| Estado de consciência do paciente | 16 | 1 |
| Expectativa da família | 17 | 1 |
| Condições do paciente | 17 | 1 |
| Quadro clínico do paciente | 18 | 1 |
| Autonomia do Paciente | 19 | 1 |
| Prognóstico da doença | 19 | 1 |
| Posicionamento dos familiares | 19 | 1 |
| Posicionamento do paciente | 20 | 1 |
| TOTAL | | 38 |

Utilizando-se da estratégia metodológica acima mencionada e considerando as 38 ideias centrais apresentadas no Quadro 4, procedeu-se ao agrupamento das ideias centrais iguais, semelhantes e complementares conforme observa-se no Quadro 5²⁶.

Quadro 5 - Agrupamento das ideias centrais iguais, semelhantes e complementares referentes ao tema “considerações médicas utilizadas para a adoção ou não de medidas relacionadas ao prolongamento da vida”

| Ideias centrais iguais, semelhantes e complementares | Ideias centrais agrupadas |
|---|---|
| Vontade do paciente Considerar a autonomia do paciente Própria vontade do paciente Autonomia do paciente Conversar com paciente Consentimento do paciente Autonomia do Paciente Posicionamento do paciente | Autonomia do paciente |
| Não prolongar o sofrimento Qualidade de vida e benefício para o paciente. Prognóstico de cura Não maleficência Condições clínicas do paciente Condições do paciente Prognóstico do paciente Quadro básico do paciente Quadro clínico do paciente Estado geral do paciente Condições clínicas do paciente Estado de consciência do paciente Condições do paciente Quadro clínico do paciente Prognóstico da doença | Condições clínicas do paciente |
| Autonomia dos familiares Conversar com a família Posicionamento da família Posicionamento dos familiares Vontade e desejo da família Decisão da família Decisão dos familiares Posicionamento dos familiares Expectativa da família Posicionamento dos familiares Posicionamento dos familiares | Autonomia da família |
| Opinião do médico assistente Posicionamento do médico assistente Colocações dos colegas médicos Decisão com o médico plantonista e o médico responsável | Conversa com médico responsável pelo paciente |

As ideias centrais agrupadas, das quais emergiram novas representações sociais, encontram-se no Quadro 6, de acordo com que se pode observar, a seguir:

Quadro 6 - Ideias centrais agrupadas referentes ao tema “considerações sobre adoção ou não de medidas que prolonguem a vida do paciente terminal”

| Ideias centrais agrupadas | Participante do estudo | Frequência |
|---|------------------------------------|------------|
| Condições clínicas do paciente | 3,7,8,9,10,11,13,14,15,16,17,18,19 | 13 |
| Autonomia da família | 1,5,6,8,9,10,11,12,14,16,17,19,20 | 13 |
| Autonomia do paciente | 1,2,4,5,6, 8,10,19,20 | 9 |
| Conversa com médico responsável pelo paciente | 8,9,12,14 | 4 |

Das ideias centrais, acima mencionadas, elaborou-se o DSC de cada uma delas. Isto pode ser identificado, logo a seguir:

| DSC da Primeira Ideia Central |
|--------------------------------|
| Condições clínicas do paciente |

Eu considero o estado clínico do paciente, consciência, estado geral, desconforto do corpo e na respiração. Eu considero o estado clínico de chegada do paciente, se ele está realmente muito debilitado fisicamente. Eu avalio se realmente a condição clínica apresentada pelo paciente não apresenta mais respostas a intervenções que possam ser realizadas. Devemos avaliar a gravidade do quadro clínico do paciente, as comorbidades que ele apresenta. Se é um paciente oncológico com metástase e acamado, se é um paciente que já não interage mais. Portanto eu sempre me questiono sobre o estado clínico do paciente para direcionar minhas condutas. Pois precisamos identificar o momento de desgaste das energias do paciente. Temos que respeitar o momento de partir do paciente, que é o momento do fim. Temo que respeitar este momento. Temos que considerar se o paciente tem prognóstico de cura ou pelo menos de condições de vida com dignidade, para ver se estamos realmente te fazendo o bem.

DSC da Segunda Ideia Central:

Autonomia da família

Então, eu acho que o direito à vida é um direito de todos. Sou muito sensível ao que o paciente e os familiares passam e o que eles precisam. É uma situação delicada, envolvem muitos sentimentos de seus familiares. Eu sempre opto por conversar com os familiares para tomar as decisões necessárias. Sobre a adoção de medidas que prolongue a vida do paciente terminal, acredito que não temos o poder resolver o quanto o paciente pode ou não viver, mesmo que com sofrimento ainda, fica difícil para decidir. Portanto temos que levar em consideração vários fatores, como o posicionamento dos familiares. Eu considero conversar com os familiares para buscar um consenso sobre quais seriam as melhores opções para o paciente. Eu sempre discuto isso com a família para decidir, eu não tomo esta decisão sozinho para tomar minhas condutas. Mas é uma decisão compartilhada entre médico e familiar.

DSC da Terceira Ideia Central:

Autonomia do paciente

É uma situação delicada, envolvem muitos sentimentos dos pacientes. No que diz respeito a prolongar a vida do paciente terminal, eu levo muito em consideração a vontade do paciente. Porque só ele, em várias situações sabe o que está vivendo. Do ponto de vista de dor e sofrimento diário, algo que ele enfrenta no dia a dia. Temos que conversar com ele mostrando todas as possibilidades e ter transparência, falando tudo que pensamos em fazer e decidir em conjunto também. Eu se estivesse em fase terminal não gostaria de prolongar minha vida por meio de cuidados hospitalares somente para saberem que estou ali vivo. Depende das perspectivas desse paciente, do que ele espera que aconteça ainda na vida dele, dos motivos que levariam ele a querer considero as condutas que vou realizar. Investir ou não em um paciente terminal, precisa de ter o consentimento do próprio paciente, no caso de um paciente lucido, qual o desejo deles neste suporte que vai ser prestado.

DSC da Quarta Ideia Central

Conversa com médico responsável pelo paciente

Está é uma pergunta um pouco mais delicada. Está mais relacionada com a história clínica do paciente, se tem ou não algum prognóstico segundo a informação passadas pelo médico responsável pelo paciente. Eu considero que devemos ponderar sobre três fatores, um deles é a opinião do médico assistente. As colocações dos colegas médicos sobre o quadro do paciente eu busco sempre avaliar. Portanto considero sempre tomar minhas condutas após uma boa conversa com o médico responsável pelo paciente.

Para facilitar a compreensão e a visualização das ideias centrais do tema: “considerações sobre adoção ou não de medidas que prolonguem a vida do paciente terminal”, construiu-se a figura 2 contendo o mencionado tema e as suas respectivas representações sociais.

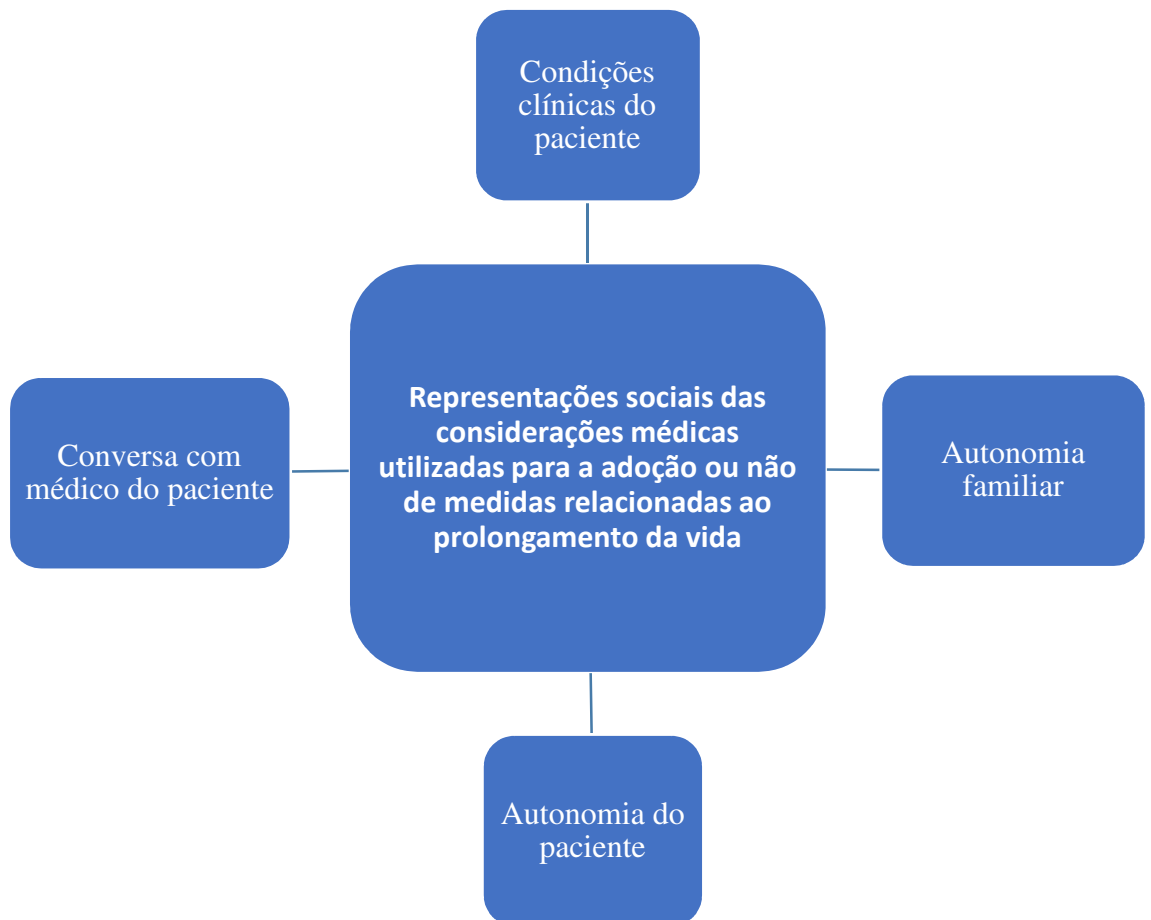


Figura 2 - Referente ao tema “considerações sobre adoção ou não de medidas que prolonguem a vida do paciente terminal”

5 DISCUSSÃO

A discussão está apresentada em três etapas distintas: na primeira, se realizam as interpretações das percepções médicas sobre o que esperam atingir ao prestar assistência ao paciente na condição de terminalidade; na segunda, discutem-se as considerações dos entrevistados para adotar ou não medidas que prolonguem a vida do paciente terminal e na terceira, são realizadas reflexões bioéticas sobre o que os médicos esperam e o que consideram para definir suas condutas diante de um paciente na condição de terminalidade.

A não discussão das características pessoais, familiares e profissionais é justificada por diversos autores quando afirmam que as mesmas são meramente identificação superficial dos seus integrantes^{29,30}.

O tema dessa pesquisa, está diretamente relacionado com o contexto das relações médico-paciente, uma vez que se propôs a identificar, no discurso médico, de que forma eles procedem diante um paciente na condição de terminalidade. A relação médico-paciente vem mudando com o tempo, passando por muitas transformações. Com o passar do tempo, essa perspectiva tornou-se defasada e a relação médico-paciente passou a ser próxima e cuidadosa. No passado recente, a especialização da medicina, que embora tenha dado um salto gigantesco no conhecimento e no tratamento de patologias, também gerou uma nova barreira na aproximação entre o médico e o paciente, deixando de tratá-lo como um todo, como indivíduo que tem problemas familiares, esperanças e crenças³¹.

A discussão do presente trabalho ocorrerá abordando um tema por vez, seguindo as ideias centrais resultantes de forma isolada. As três primeiras ideias centrais estão relacionadas ao tema que discursa sobre o que os profissionais entrevistados esperam atingir ao prestar assistência ao paciente terminal.

A primeira ideia central diz sobre “dar conforto” que assim foi expressa no seu coletivo: ... *prestar a assistência na condição de terminalidade é poder dar o conforto em primeiro lugar para o paciente, sendo a chave dessa situação. Porque eu acho que o médico não está para salvar a vida, não está para curar nada, ele está para dar conforto... O conforto para o paciente também deve ser estendido aos seus familiares. Porque é difícil para a família aceitar a perda de um ente querido. E os dois precisam de muito apoio para enfrentar essa situação da melhor forma possível ...*

Referente à primeira ideia central observa-se a identificação da preocupação dos entrevistados em proporcionar conforto ao paciente envolvido nesse processo de finitude. Com isso, mostram-se como é fundamental a importância no cuidado aos pacientes, sobretudo a fim de ofertar condições mínimas de qualidade de vida e uma morte digna³².

A literatura afirma que processo terminal é a condição em que o paciente se encontra sem condições de cura. Os cuidados ao doente em fase terminal representam um grande desafio para os profissionais de saúde que devem reconhecer que quando as metas do curar deixam de existir e as metas do cuidar devem ser reforçadas³³.

Com o intuito de promover o conforto à pessoa em processo de terminalidade, o profissional não deve ter como parâmetro o que deseja para si, mas respeitar o que a pessoa necessita e deseja o que julga melhor para si, ouvindo inclusive a família quando ela não puder se expressar. É preciso lembrar que uma pessoa nunca é igual à outra, ainda que a manifestação da doença possa ser. Compreender a singularidade de cada um é o que guia para a promoção do conforto da pessoa de quem se cuida. Não se pode perder de vista, que as práticas de cuidar devem ser desenvolvidas com vistas a assegurar a integralidade da pessoa, respeitando a sua autonomia e individualidade.

O conforto consiste numa experiência, positiva, subjetiva e multidimensional que é vivenciada na interação dos indivíduos com eles mesmos, com as práticas de saúde e a racionalidade que as fundamentam e com os objetos. Portanto, esses objetos sociais poderão ser fontes de conforto ou desconforto, podendo, este último, ser minimizado quando pessoas em processo de terminalidade e familiares tornam-se sujeitos da atenção à saúde que agrega competência técnico científica, ética e humanística³⁴

Da interação entre os indivíduos e práticas de saúde, espera-se que resulte um estado, ainda que temporário, de bem-estar, o qual pode ocorrer durante qualquer estágio do processo de saúde-doença. Em face da iminência da morte, espera-se que a promoção do conforto seja o objetivo primordial do cuidar em saúde. Na impossibilidade da experiência de conforto como um último estágio de paz e serenidade, espera-se o alívio, mesmo que temporário, da maioria do que se constitui em desconfortos³⁵

Estudos mostram que o conforto pode ser promovido pelas interações de familiares com profissionais não apenas competentes técnica e cientificamente, mas também, com a humanidade da equipe de saúde. Ser aceito e valorizado pelos profissionais, ser ouvido e compreendido, perceber preocupação com o sofrimento da família e com as possibilidades de minimizá-lo, ser tratado com tranquilidade,

cumprimentado com um sorriso ou abordado com uma conversa, receber informações de forma gentil e compreensível e perceber boa vontade e sinceridade nos profissionais representou também conforto para familiares com um membro da equipe assistencial.³⁶

A segunda ideia central refere-se a “aliviar a dor e o sofrimento”: *A condição de terminalidade já é uma situação complicada, porque ela exige um entendimento de todos os envolvidos. Vou evitar ações para possam trazer para ele malefícios. Preciso levar em consideração diversos fatores, mas o objetivo seria aliviar a dor e o sofrimento do paciente. Muitas vezes o quadro clínico é complicado, mas minha meta é sempre o alívio da dor, possibilitando ao paciente que continue vivendo de uma maneira mais confortável e sem sofrimento, melhorando assim sua qualidade de vida...*

A segunda ideia central identifica a preocupação dos médicos em buscar o alívio da dor e do sofrimento como um dos principais objetivos ao prestar assistência ao paciente terminal. Uma das grandes causas de sofrimento emocional para os pacientes e a proximidade com a morte.

A morte é um evento natural do ponto de vista biológico. Ela é um evento a qual não é possível encontrar precedentes, não havendo experiência anterior capaz de fornecer o conhecimento necessário ao seu enfrentamento. Esse pode ser um dos fatores que contribuem para despertar sentimentos de angústia frente à sua iminência. Além disso, o receio de que ela venha acompanhada de dor, sofrimento e solidão contribuem para o seu caráter aterrorizante³⁷.

Os relatos dos profissionais médicos abordados no estudo vão de encontro com os preceitos da linha terapêutica paliativa. O conceito de Cuidados Paliativos (CP) se estende ao longo do tempo, e nele o ato de cuidar refere-se à prática do escutar e compreender, e, efetiva um diagnóstico que propõe aos pacientes drogas que aliviem as dores em seu contexto de terminalidade. Na década de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou os CP como um cuidado focado em pacientes que tenham uma doença que não responde aos tratamentos cabíveis e assim, o foco passa a ser o controle da dor e de outros sintomas psicológicos, espirituais e sociais que são prioritários. O objetivo é, ao final, alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares³⁸.

Com avanço constante na área da saúde, e no tratamento de doenças crônicas e incuráveis, é cada vez maior o número de pacientes aptos a receber CP. Isso comprova a necessidade de aperfeiçoamento das práticas no cuidado dessa população, que ainda está muito voltada ao processo de cura. É imprescindível que os profissionais de saúde

busquem o aperfeiçoamento contínuo a fim de serem capazes de suprir as necessidades desse público³⁹.

Esse aumento do quantitativo de pacientes eleitos para serem tratados pela abordagem paliativa circunscreve um campo de experiência do cotidiano dos profissionais em todos os níveis de atenção à saúde. Todavia, não há preocupação nas Escolas Médicas do Brasil com o ensino e a formação de profissionais que atendam às necessidades emergentes do campo da Bioética, com ênfase em CP. Este aspecto é relevante se considerar que o Brasil está em processo de transição demográfica, e entra na fase das doenças crônico-degenerativas, em que impera a limitação para as atividades da vida diária e a qualidade de morte⁴⁰.

Sobre este aspecto, podemos realizar uma reflexão sobre como formação profissional oscila entre ideais e virtudes defendidos por educadores experientes, e os interesses de instituições universitárias regidas pelas regras de mercado. Essas escolas médicas preferem formar profissionais para atender o maior número possível de pacientes, em detrimento da qualidade do serviço prestado⁴⁰.

Nesse contexto de importantes mudanças sociais, com repercussões nas relações entre profissionais e pacientes, acredita-se que ao médico venha sendo imputado o desafio de adotar novas condutas, até então pouco exigidas pela sociedade. Exatamente por isso, tais compromissos devem ser ressaltados como uma reafirmação moderna e ampliada da ética hipocrática. A construção de uma nova ética médica, que, recentemente, tem sofrido uma influência mais acentuada da bioética, deixa ressaltado um marco divisor entre a velha e a nova moral médica. Isso contribui para uma necessária redefinição daquilo que se entende por saúde, medicina, qualidade de vida e bem-estar. Nenhuma sociedade, por mais evoluída que aparente ser, poderá abrir mão de princípios como o respeito à dignidade da pessoa humana⁴¹.

A terceira ideia central diz respeito a “atender a expectativa da família”: ... *eu espero atingir duas coisas. Uma delas é atender a expectativa do familiar, então eu tento ser o mais claro possível para o familiar sentir segurança com a conduta que será realizada...*

Os familiares estão muito próximos das consequências das condutas terapêuticas que serão realizadas. Não apresentam domínio técnico da doença e das condutas médicas, mas apresentam significativas expectativas em relação ao tratamento que será realizado com o seu familiar.

Apesar de leiga nos aspectos científicos da saúde, a população não é passiva e completamente receptiva às determinações médicas. Tem a população seus próprios valores e seus padrões, que inúmeras vezes, mesmo não atendendo o que, seria desejável em uma análise racional ditada pelos conhecimentos técnicos científicos da medicina, são para ela reconhecidas como corretos e válidos⁴². Neste contexto, foi identificada a necessidade de considerar os anseios dos familiares na assistência do paciente terminal como algo a ser alcançado.

As próximas quatro ideias centrais resultaram nos DSC gerados no segundo tema do estudo, que aborda as considerações dos participantes sobre a adoção ou não de medidas que prolonguem a vida do paciente na condição de terminalidade.

A primeira ideia central menciona as “condições clínicas do paciente”: *...Eu considero o estado clínico do paciente, consciência, estado geral, desconforto do corpo e na respiração... avalio se realmente a condição clínica apresentada pelo paciente não apresenta mais respostas a intervenções que possam ser realizadas. Portanto eu sempre me questiono sobre o estado clínico do paciente para direcionar minhas condutas...*

Podemos observar que há uma significativa tendência dos entrevistados posicionarem-se em relação a adoção de medidas de suporte de vida considerando o quadro clínico que o paciente apresenta no momento de chegada no serviço de saúde. Tendo como referências os sinais vitais, assim como outros sintomas, como desconforto respiratório e manifestações álgicas diversas.

A atitude clínica se refere à capacidade de ver, ouvir, captar, sintonizar e responder ao paciente a partir de sua perspectiva, de modo que as condições de vida, o meio em que se insere, as relações familiares, as crenças e convicções estão presentes nas duas pontas da relação. A partir dessa fundamentação é possível afirmar que o médico tem um jeito de olhar, conduzir e reagir às situações mais diversas que ocorrem no ambiente de trabalho. Ou seja, cada profissional tem uma atitude clínica e as reações em relação ao quadro que paciente apresenta para direcionar suas condutas⁴³.

Para todo ser vivo existe um fim desse ciclo biológico, muitas vezes determinado somente pela senilidade. Comumente, também, doenças de variável gravidade são determinantes dessa terminalidade da vida, mais acentuadamente quando incuráveis. Estados clínicos agudos, infecciosos ou traumáticos também concorrem para esse estágio terminal, particularmente quando associados às insuficiências ou disfunções de múltiplos órgãos⁴⁴.

Estudos futuros devem explorar as características clínicas e os sintomas que afligem os pacientes em condição de terminalidade, bem como investigar a inter-relação entre os quadros de multimorbidade, para definir formas de atuação eficazes e o suporte, medicamentoso ou não farmacológicos, mais adequado para minimizar o sofrimento dos indivíduos e a sobrecarga dos cuidadores⁴⁵.

A segunda ideia central narra a consideração da “autonomia da família” na adoção ou não de medidas que prolonguem a vida do paciente terminal: *... é uma situação delicada, envolvem muitos sentimentos de seus familiares. Eu sempre opto por conversar com os familiares para tomar as decisões necessárias. Sobre a adoção de medidas que prolongue a vida do paciente terminal, acredito que não temos o poder de resolver o quanto o paciente pode ou não viver... considero conversar com os familiares para buscar um consenso sobre quais seriam as melhores opções para o paciente. Eu sempre discuto isso com a família para decidir, eu não tomo esta decisão sozinho para tomar minhas condutas.*

A segunda ideia central deixa claro a necessidade dos entrevistados de compartilhar com os familiares dos pacientes as decisões das condutas terapêuticas que serão realizadas. Neste contexto é importante o médico compreender o quanto há de desgaste na família pelas experiências recém geradas pelo processo de doença que o paciente está.

O crescimento da população, o desenvolvimento tecnológico no processo diagnóstico-terapêutico, a grande disponibilidade e circulação de informações científicas são fatores desencadeantes de mudanças na prática médica, tanto no âmbito privado quanto institucional. Como consequência disto, observa-se, nas últimas décadas, notadamente a partir de 1970, uma significativa transformação cultural no padrão de atendimento à saúde. Passa-se de uma perspectiva paternalista da relação - em que o médico decide sozinho - para uma relação cujo objetivo é a chamada “parceria terapêutica”, em que o profissional compartilha decisões com aquele que é diretamente afetado por elas⁴⁶.

Compreender a dinâmica familiar no impacto do diagnóstico revela-se como uma tarefa complexa. O desgaste emocional e a preocupação com tomada de decisões de ordem prática, como manter funcionamento da casa e as questões financeiras, esgotam psicologicamente seus membros. Assim fica reconhecida a importância do acompanhamento psicológico para o paciente e grupo familiar neste momento de crise a partir de uma visão holística e não fragmentada⁴⁷.

A terceira ideia central discursa a "autonomia do paciente" sobre decidir sobre seu tratamento e apresentou o seguinte DSC: *...no que diz respeito a prolongar a vida do paciente terminal, eu levo muito em consideração a vontade do paciente. Porque só ele, em várias situações sabe o que está vivendo. Do ponto de vista de dor e sofrimento diário, algo que ele enfrenta no dia a dia. Temos que conversar com ele mostrando todas as possibilidades e ter transparência, falando tudo que pensamos em fazer e decidir em conjunto também... depende das perspectivas desse paciente, do que ele espera que aconteça ainda na vida dele, dos motivos que levariam ele a querer considero as condutas que vou realizar. Investir ou não em um paciente terminal, precisa de ter o consentimento do próprio paciente, no caso de um paciente lucido, qual o desejo deles neste suporte que vai ser prestado.*

No que diz respeito à autonomia do paciente, está remete-se à liberdade do indivíduo, ao domínio de si, refletido na capacidade da razão de conferir os próprios interesses às instâncias da natureza humana. Portanto, o respeito à autonomia implica que toda pessoa tem o direito de dispor de sua vida do modo que melhor lhe convenha, podendo optar pelo seu bem-estar e conforto no esgotar de suas forças, no momento em que sua própria existência se tornar subjetivamente inadmissível⁴⁸.

A segunda e a terceira ideias centrais abordam a necessidade de respeitar a autonomia do paciente e de seus familiares no processo de decisão sobre a adoção de medidas que prolonguem a vida. Para que esta autonomia seja exercida de forma integral é necessário que haja uma comunicação clara do médico fornecendo as devidas informações do quadro do paciente. Entende-se que o ato de informar está relacionado ao momento inicial de revelação da doença, do tratamento ou do prognóstico. Contudo, considera-se que todas as informações devem estar inseridas no processo relacional de comunicação entre o médico, o paciente e a família, perpassando os diversos estágios enfrentados pelo doente, do início ao desfecho final do tratamento e da doença⁴⁹.

A comunicação é um fator primordial para o cuidado com a saúde, essencialmente com o paciente sem possibilidade de cura. Portanto, é essencial que os profissionais da saúde estabeleçam um relacionamento interpessoal positivo com o paciente para que se compreendam suas vivências e, dessa forma, a assistência possa ser desenvolvida em toda sua plenitude⁵⁰.

Nesse relacionamento, os profissionais buscam promover o cuidado integral aos pacientes. Logo, a comunicação como modalidade terapêutica apresenta-se como um

dos instrumentos mais relevantes para promoção de uma assistência humanizada ao paciente e aos seus familiares.

A comunicação é de extrema importância na relação terapêutica que se estabelece entre a equipe e o paciente/ família, com o objetivo de firmar uma relação de ajuda efetiva, dentro de um ambiente adequado, onde paciente e família possam revelar seus medos, angústias, valores e significados. É muito importante que o profissional seja verdadeiro e sincero, fornecendo informações concretas e reais, possibilitando assim, uma relação de confiança⁵¹.

Felizmente, processos de sensibilização estão acontecendo no sentido de buscar uma abordagem terapêutica que se impregna pela humanização em suas condutas, o paciente agora volta a ser visto como indivíduo caracterizado por sua cultura e vontades⁵².

Finalizando, a última ideia central faz alusão a “conversa com médico responsável pelo paciente”: ... ***Eu considero que devemos ponderar sobre três fatores, um deles é a opinião do médico assistente. As colocações dos colegas médicos sobre o quadro do paciente eu busco sempre avaliar. Portanto considero sempre tomar minhas condutas após uma boa conversa com o médico responsável pelo paciente.***

A quarta ideia central diz respeito a necessidade de consulta do médico plantonista ao médico responsável pelo paciente. Tendo em vista a necessidade de compreender melhor o quadro clínico do paciente e seu histórico de saúde. Tal iniciativa é importante para a manutenção dos cuidados e condutas que já foram previamente acertadas para o quadro de saúde que o paciente apresenta.

O médico plantonista em nada difere de outro profissional da saúde com a mesma formação, a não ser pelo fato de que, como a própria nomenclatura leva a entender, trabalha em regime de plantão. Cabe explicar que não se deve denotar qualquer diferença entre o médico plantonista e o médico assistente no tocante ao aspecto do exercício da profissão. O que ocorre na realidade é que normalmente o assistente é contratado do hospital e o plantonista não raras vezes presta serviços em caráter cumulativo de horas, mas pode haver situações em o mesmo médico assistente realiza plantões na instituição de saúde onde trabalha⁵³.

Nesse sentido, autores alertam sobre o risco não compartilhamento de decisões e responsabilidades entre os membros da equipe, o que gera descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional e uma pobre interação entre eles frente às condutas que são realizadas diante de um paciente⁵⁴.

Estudos sobre bioética e terminalidade da vida humana contemplam temas como CP, equipe multidisciplinar de saúde e dilemas como eutanásia, distanásia e ortotanásia, além dos aspectos do avanço da tecnologia.

Destaca-se a Bioética, que denota a ética da vida. O vocábulo de raiz grega *bios* designa o desenvolvimento observado nas ciências da vida, como a ecologia, a biologia, medicina, dentre outras. *Ethos* busca trazer à consideração os valores implicados nos conflitos da vida⁵⁵. Logo, a definição de Bioética abraça este processo de confronto entre os fatos biológicos e os valores humanos na tomada de decisões que envolvem os problemas práticos em diferentes áreas da vida.

Observa-se que a Bioética está envolvida com o nascer, o viver e o morrer, sendo primordial, para a prática dos profissionais de saúde, estando demarcada com quatro princípios básicos: a beneficência, a autonomia, a justiça e a não maleficência, que lhe dão fundamentação para lidar com as novas descobertas e suas aplicações⁵⁶. Assim, é de fundamental importância que o médico utilize conhecimentos próprios da Bioética para nortear a sua prática profissional.

Mediante o exposto, acredita-se que a bioética, venha contribuir para a construção de novos paradigmas no campo da saúde, onde ganham destaque valores e regras morais, associados, para além da doença, à valorização do paciente, na realização de seus desejos e no exercício de seus direitos. Acredita-se que surjam conflitos éticos, exigindo do profissional um novo posicionamento, pautado na reflexão e na atribuição de juízos de valor.

A busca pela valorização do envolvimento entre o médico e o paciente trouxe à tona a importância do humanismo na prática médica. Acima de qualquer atitude, o médico precisa focar menos na doença, na tomografia, na ressonância magnética e mais no doente, que é a razão da sua existência profissional. Trata-se de uma relação humana que, como qualquer uma do gênero, não está livre das complicações⁵⁷.

Os princípios da Bioética estão intrinsecamente atrelados à prática dos Cuidados Paliativos, uma vez que essa filosofia tem como objetivo o resgate dos valores éticos e humanos, cenário onde a autonomia individual do paciente destaca-se como um dos valores centrais no âmbito de tal prática. Dessa forma, o médico, profissional que legal é responsável pela escolha da terapêutica do paciente, deve se colocar na posição de facilitador da promoção da qualidade de vida do paciente sem possibilidades terapêuticas tendo como base os princípios da Bioética⁵⁸.

A bioética é considerada uma prática que abrange o esclarecimento de questões éticas decorrentes de dilemas tecnocientíficos desenvolvidos no campo da saúde e da vida humana⁵⁹. Tal prática discute do ponto de vista da ética, as relações ente os avanços no campo do conhecimento científico e tecnológico e o cotidiano da vida em sociedade.⁶⁰

A bioética principialista surge diante dos profissionais de saúde para esclarecer questões difíceis e polêmicas, possibilitando meios para resolver os dilemas éticos no processo de compreensão das razões e da tomada de decisão⁶¹.

Os princípios bioéticos são fundamentais para definir os valores envolvidos na relação entre profissionais da saúde e pacientes. Estes princípios, que não possuem prioridade um sobre o outro, servem como regras gerais para orientar a tomada de decisão frente aos problemas éticos e para ordenar os argumentos nas discussões de casos que envolvem a bioética⁶².

Ao analisar os resultados do presente trabalho identificou-se que os aspectos bioéticos representados pela “beneficência”, e pela “autonomia” fundamentam as representações sociais imersas dos participantes do estudo, juntamente com os ideais presentes na proposta terapêutica dos Cuidados Paliativos. Frente a isso, com o propósito de ampliar o conteúdo de cada um dos aspectos já citados, descrevem-se cada um deles.

5.1 Beneficência

No que tange ao princípio da beneficência, este, etimologicamente, tem origem no latim, *bene-facere*, que significa fazer o bem. Como na ética não é suficiente fazer o bem, é preciso também se preocupar com o outro e compartilhar o seu sofrimento⁶³.

A beneficência pressupõe um conjunto de ações que buscam compatibilizar o melhor conhecimento científico e o zelo pela saúde do paciente. Tal princípio diz respeito à obrigação moral de agir em benefício dos outros, ou seja, fazer ou promover o bem, assim como impedir e eliminar males ou danos^{64,65}.

Esse princípio, quando utilizado no campo da saúde, abrange todas as profissões das ciências biomédicas, caracterizando a prática de fazer o que é melhor para o paciente, não só do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista ético. Nesse

princípio, é necessário usar todos os conhecimentos e habilidades profissionais a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios⁶².

É necessário reforçar que o princípio da beneficência busca ajudar os profissionais de saúde a compreender se seu comportamento é moralmente adequado no atendimento ao paciente. Esse entendimento possibilita ao profissional de saúde a agir ética e moralmente a favor dos outros, independentemente de quaisquer circunstâncias^{66,67}.

No que diz respeito a não maleficência, este se apresenta por complementar o princípio da beneficência, visto que pressupõe o compromisso de realizar todos os esforços para não ocasionar danos adicionais ao paciente, adotando medidas que contribuam para minimizá-los ou preveni-los. Vale ressaltar que esse preceito é originado do latim, *primum non nocere*. Sua utilização é tida como exigência moral e um dever ético da profissão que, se não cumprido, é caracterizado como uma prática negligente das profissões do campo da saúde⁶².

Para atender ao princípio da não maleficência, não basta apenas que se tenha boas intenções de não prejudicar o paciente. É preciso evitar qualquer situação que signifique riscos para o mesmo e verificar se o modo de agir não está prejudicando o cliente individual ou coletivamente, se determinada técnica não oferece riscos e ainda, se existe outro modo de executar um procedimento com menos riscos.⁶⁸

O princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. O profissional deve ter a maior convicção e informação técnica possível que assegurem ser o ato médico benéfico ao paciente (ação que faz o bem). Como o princípio da beneficência proíbe infringir dano deliberado, esse fato é destacado pelo princípio da não maleficência. Muitos autores propõem que o princípio da não maleficência é um elemento do princípio da beneficência; deixar de causar o mal intencional a uma pessoa já é fazer o bem a este indivíduo. Alguns denominam de beneficência positiva e negativa. A não maleficência estabelece que a ação do médico sempre deva causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente (ação que não faz o mal). É universalmente consagrado através do aforismo hipocrático “primeiro não prejudicar”, cuja finalidade é reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano⁶⁹

Uma contribuição importante da bioética se dá por meio da “eliminação, redução ou prevenção contra sofrimentos evitáveis”.⁷⁰ Deve-se ter em mente que na área

assistencial da saúde, o ser humano não é um elemento isolado; ele está inserido e faz parte de um sistema formado por vários elos, que interagem entre si e que, em última instância podem atingir o elo da ponta, o ser humano; é nele que a “corda se rompe”, ele pode ser a vítima principal e, na maioria das vezes, a única que sofre as consequências. E isso pode ocorrer não só pela vulnerabilidade deste elo final, mas pode ocorrer pela vulnerabilidade localizada em outro elo do sistema. Em outras palavras, o paciente é atingido não pela sua própria vulnerabilidade, mas pela vulnerabilidade em algum outro ponto do “sistema assistencial”. Assim, no sistema de saúde, a vulnerabilidade pode ser ou estar presente nos profissionais da saúde⁷¹.

No entanto, a vulnerabilidade tão refletida pela bioética, deve ser vista pelo princípio da beneficência para que todo tipo de prejuízo seja eliminado e todo benefício seja estabelecido em cada caso, o que diz respeito ao presente estudo. As abordagens parciais e mal elaboradas associadas ao atraso na comunicação seria o pivô para um mau prognóstico.

Tendo em vista a vastidão do assunto, pode se concluir com a seguinte narrativa: “toda e qualquer terapêutica médica tem por fundamento e por pressuposto o respeito à dignidade humana, na tutela de direitos privados da personalidade e na relação médico-paciente, em que sobreleva o direito ao respeito da vontade do paciente sobre o tratamento; o direito do doente ou enfermo à dignidade e à integridade (físico-psíquica); o direito à informação que se deve fundar no consentimento esclarecido; o direito à cura apropriada e adequada; o direito de não sofrer inutilmente, na proporcionalidade dos meios a serem empregados, na diferenciação que se impõe entre terapêutica ineficaz e terapêutica fútil, isto é, na utilização de uma terapia racional e vantajosa, que não conduza a uma terapia violenta e indigna”⁷².

5.2 Autonomia

A relação médico-paciente seguiu, durante séculos, sem grandes modificações, os pressupostos da deontologia hipocrática clássica, a partir dos quais o médico tinha o dever de beneficiar os pacientes, mas sem a sua participação⁷³. É surpreendente observar que mesmo a Revolução Liberal não tenha conseguido chegar à medicina, cujas decisões continuavam a ser tomadas pelos médicos de acordo com seus

valores à revelia dos valores dos pacientes. Esta forma paternalista se mantém até a metade do século XX, em um modelo vertical em que as relações entre médico e paciente são caracteristicamente relações de mando e obediência⁷⁴.

Mas relações em saúde mudaram, e os valores que embasam o relacionamento médico paciente evoluíram de forma significativa. Neste contexto emerge a reflexão presente neste trabalho que é a preservação da autonomia do paciente e de seus familiares no processo de decisão sobre as condutas que repercutiram sobre o tratamento médico.

O princípio da autonomia é derivado do grego *autos*, que significa “o mesmo”, “ele mesmo”, e “por sim mesmo”, e *nomus*, significando “compartilhamento”, “lei do compartilhar”. Nessa perspectiva, a expressão autonomia, significa propriamente a competência humana de dar-se as próprias leis. A autonomia caracteriza – se pela autodeterminação que a pessoa apresenta em relação a tomada de decisões que afetam sua vida, saúde, integridade e interações sociais. Portanto, autonomia refere-se à capacidade de ser humano e decidir o que é bom, aquilo que seu bem-estar⁷⁵.

Esse princípio diz respeito à liberdade do indivíduo, ao domínio de si mesmo, ou seja, a capacidade da razão de impor seus interesses às instancias da natureza humana. Assim, o respeito à autonomia pressupõe que cada pessoa tem o direito de dispor de sua vida da maneira que melhor lhe agrade, optando pelo seu conforto até o limite de suas forças, quando sua própria existência se tornar subjetivamente insuportável⁷⁶.

No âmbito da saúde, o princípio da autonomia esta pautando no compromisso de respeitar a decisão do paciente, uma vez que o indivíduo tem o direito de fazer suas próprias escolhas sobre os cuidados com a sua saúde. Tais escolhas devem ser eticamente respeitadas mesmo diante da incapacidade de se manifestar⁷⁷.

Cumprе assinalar que a autonomia do paciente é um direito pouco evidenciado na história da ética médica, visto que a vida que prevalecia na categoria médica no início do século XIX é a de que os médicos é que decidiam o que devia ser feito. Somente a partir do século XX é que os códigos de deontologia médica e de enfermagem passaram a indicar a obrigação do profissional de conseguir o consentimento da pessoa assistida e, portanto, de informá-la previamente sobre a assistência que lhe será atribuída⁷⁸.

Os trechos dos depoimentos expostos demonstram a valorização da autonomia no sentido de prestar uma assistência digna aos pacientes sem possibilidades terapêuticas. Dessa forma, constatou-se que os médicos consideram o princípio da autonomia como um instrumento fundamental no âmbito dos Cuidados Paliativos.

Uma pesquisa ressalta que a dignidade humana é o verdadeiro pilar através do qual emanam os princípios, principalmente o da autonomia, e que deve estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções⁷⁹.

Autores corroboram a assertiva acima mencionando que o paciente sob os Cuidados Paliativos se encontra vulnerável, porém, muitas vezes, consciente e orientado, o que lhe dá o direito de tomar decisões relacionadas ao seu tratamento e certifica-lhe o respeito pelo princípio da autonomia⁸⁰.

No processo de morrer, deve ser assegurado à autonomia daquele que busca ter um término de vida digno, ou seja, o direito de morrer dignamente. Esse direito encontra-se associado ao direito à verdade, à igualdade, a um tratamento paliativo para amenizar a dor, a decidir sobre o percurso de sua vida, dentre outros⁸¹.

5.3 Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos defendem o morrer com dignidade como um processo que envolve o direito e o respeito às opiniões do paciente consciente como um ser responsável por si mesmo. Também se deve ter como objetivo o alívio da dor e do sofrimento por de medidas terapêuticas e farmacológicas. Portanto, deve-se promover o bem-estar físico, emocional e espiritual, buscando, assim uma melhor qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. A partir dessa realidade é que surge os cuidados paliativos com o intuito de promover uma terapia inovadora no processo de cuidar e de valorização da dignidade humana⁸².

O termo paliativo origina-se do latim *pallium*, que significa manto ou casaco, usado à época pelos antigos gregos e romanos para enfrentar e se proteger do frio, associa-se à ideia de proteção e de cuidado. Tem origem também do latim *palliare*, significa acolher, aliviar, atenuar e confortar; confunde-se historicamente com o termo *hospice* (abrigo ou hospedaria destinada a receber e cuidar de peregrinos e viajantes) da era cristã, quando tais instituições fizeram parte da disseminação do cristianismo desde o século V pela Europa⁸³. 49

Em 1967, os CP surgiram oficialmente como área distinta da saúde no Reino Unido, com a fundação do primeiro *hospice St. Christopher*, cujo objetivo era oferecer atenção ao paciente com doenças terminais. Fundado por Dame Cicely Saunders

(enfermeira, assistente social e médica), pioneira do moderno movimento *hospice*, foi quem desenvolveu o conceito de dor total ao se dedicar ao cuidado compassivo, que incluía as dimensões física, social, emocional e espiritual da dor, além do controle de outros sintomas e dá o caráter reivindicatório de assistência global ou holística. Os CP surgiram da sua percepção de que os cuidados oferecidos aos pacientes que morriam nos hospitais eram inadequados e insuficientes, pelo simples fato de que são mais do que apenas pacientes com sintomas a serem controlados⁸⁴. A partir daí expandiram em programas de *hospice* em países de língua inglesa e no hemisfério norte, e, desde então, em diversos países os quais variam na sua estruturação e de acordo com suas políticas de saúde. Em 1987, o Reino Unido é o primeiro país a reconhecer os CP como especialidade médica, seguido de outros países na Europa, América do Norte e Austrália⁸⁵.

A necessidade de CP nunca foi tão grande no mundo e, no Brasil, também cresce em passos rápidos por conta do envelhecimento populacional, do aumento do câncer e de outras doenças não-comunicantes. Mas, apesar da necessidade, os CP continuam atrasados no seu desenvolvimento na maior parte do mundo, assim como o seu acesso com qualidade⁸⁵.

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde recomenda os CP como parte integrante do cuidado ao paciente com câncer e definem seus conceitos e princípios. Estes foram revistos e expandidos em 2002, incluem a necessidade de estender os CP para outras condições crônicas e doenças degenerativas, como as doenças associadas ao vírus da imunodeficiência humana adquirida, as insuficiências orgânicas como a doença pulmonar obstrutiva crônica, a insuficiência hepática, cardíaca, ou renal, as doenças neurodegenerativas, como as demências, Parkinson, entre outras. Diante de um cenário de doenças incuráveis e que ameacem a vida, os CP promovem uma abordagem da assistência para a prevenção e o alívio impecável do sofrimento e aprimora a qualidade de vida dos pacientes, adultos e crianças, e de suas famílias, por meio de identificação precoce dos sintomas, avaliação correta e tratamento adequado da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual⁸⁶.

CP não seguem e tampouco baseiam-se em protocolos, mas sim em princípios. Pela definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida, deveriam receber a abordagem dos CP desde o seu diagnóstico⁸⁶.

Diante da cronicidade e progressão do quadro de terminalidade promovendo a proximidade da finitude, os CP são necessários principalmente quando o paciente

encontra-se em condição de vulnerabilidade, fragilidade, imobilismo, declínio das funções biológicas e conseqüentemente déficit da qualidade de vida. Deste modo, faz-se necessário o profissional de saúde promover uma assistência integral ao paciente que abranja as dimensões moral, ética e relacional, assim como buscar vivificar o bem-estar físico, psíquico, social e espiritual. Os cuidados devem ser desenvolvidos de modo único e com uma abordagem holística e humanizada que promova conforto e alivie os sintomas, porém sem o propósito de obstinação terapêutica.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 Conclusões

Os objetivos deste estudo permitiram elaborar as seguintes conclusões: a maior parte dos entrevistados era do sexo masculino; a média de idade 38 anos; a religião católica obteve a maior frequência; menos da metade dos participantes do estudos são casados e o mesmo quantitativo tinham filhos e todos os participantes afirmaram possuir uma família nuclear. Menos da metade dos entrevistados concluíram o curso de medicina com menos de 4 anos; a maioria afirma terem realizado alguma modalidade de residência médica ou especialização.

As percepções dos médicos entrevistados sobre as pretensões que possuem ao atender pacientes em condições de terminalidade de vida, foram as seguintes:

- Dar conforto;
- Aliviar a dor e o sofrimento;
- Atender a expectativa da família.

As considerações dos entrevistados sobre a adoção ou não de medidas relacionadas ao prolongamento da vida, foram representados pelas seguintes expressões:

- Autonomia do paciente;
- Condições clínicas do paciente;
- Autonomia da família;
- Conversa com médico responsável pelo paciente.

6.2 Considerações Finais

Essa pesquisa teve como finalidade identificar as percepções de médicos plantonistas que atuam em serviços de urgência e emergência sobre suas pretensões ao prestar assistência ao paciente terminal, assim como identificar as considerações utilizadas para a adoção ou não de medidas relacionadas com o prolongamento da vida.

O interesse por realizar essa discussão, decorre do fato de ter vivenciado no cotidiano profissional experiências que provocaram reflexões sobre qual seria a melhor escolha terapêutica para dois atores diretamente envolvidos nesse contexto, o próprio paciente sem condições de cura, e os seus familiares.

A terminalidade da vida gera muitas reflexões para o profissional de saúde, é frequente o seu conflito ao escolher qual a propedêutica mais adequada para cada caso no momento que realiza a admissão de um paciente com diagnóstico estabelecido e sem condições de tratamento. A rotina de atendimento e o fluxo elevado de pacientes que procuram o pronto socorro são fatores que prejudicam a avaliação do médico, reduzindo seu tempo e as possibilidades de maior contato com pacientes e familiares para realizar de forma mais refletida a conduta mais adequada e individualizada para cada situação.

Contudo, mesmo diante dos desafios de prestar assistência em um ambiente tão movimentado e sobrecarregado, ficou evidente por meio das entrevistas aos médicos participantes do estudo, e das representações sociais que emergiram, que estes profissionais apresentaram preocupações que caminham no sentido de promoção de ações que estão alinhadas com o respeito a autonomia do paciente e de seus familiares no processo de decisão sobre quais condutas seriam as mais adequadas, assim como os frequentes relatos de promoção de conforto, e alívio da dor e do sofrimento estão em concordância com o preconizado pela abordagem dos cuidados paliativos.

Os participantes do estudo, devido à sobrecarga de trabalho e consequente falta de tempo, responderam as questões durante os plantões. Isto talvez tenha impedido maior exploração e explicação dos significados da abordagem médica, assim como das percepções emergentes desses profissionais. Isto, por sua vez, constituiu limitação para o presente estudo.

Recomenda-se que outros estudos desta natureza sejam realizados para a confirmação dos resultados obtidos. Outros estudos com maior amostra para sustentar os significados e considerações identificados neste estudo seriam de grande valor.

Destaca-se a necessidade de estudos complementares que envolvam o tema da terminalidade em serviços destinados para o atendimento de emergências. Tendo em vista que, existe uma carência de estudos sobre a prática de cuidados paliativos neste ambiente.

Propõe-se ainda que os dados deste estudo sejam do conhecimento dos participantes do estudo e para outros profissionais emergencistas com a finalidade de reflexão sobre as condutas diante de um paciente na condição de terminalidade.

Mediante a realização deste trabalho, espera-se ter contribuído para o desenvolvimento do conhecimento e a abrangência do tema da terminalidade no ambiente dos serviços destinados ao atendimento de urgências e emergências.

REFERÊNCIAS

1. Gelain I. Deontologia e enfermagem. São Paulo: EPU; 2007.
2. Ribeiro KV, Soares MCS, Gonçalves CC, Medeiros IRN, Silva G. Eutanásia em paciente terminal: concepções de médicos e enfermeiros intensivistas. *Enfermagem em foco*. 2011; 2 (1): 28-32.
3. Peccini L. Distanásia: Até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*. 1996; 4 (1): 20-31.
4. Batista RS, Schamm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência. Saúde Coletiva*. 2004; 9 (1): 31-41.
5. Brasil. Código Penal Brasileiro. Decreto de Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940. [Internet] [Citado em 10 de outubro de 2018]. Disponível em: https://www.oas.org/juridico/mla/pt/bra/pt_bra-int-text-cp.pdf
6. Peccini L. Distanásia: Até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*. 1996; 4 (1): 20-31.
7. Borges, RCB. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. *Biodireito: ciência da vida, os novos desafios*. 1 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2001. P283-305.
8. Villas BME. A Ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. *Revista Bioética*. 2008, 16 (1): 61-83.
9. Brasil. Conselho Federal De Medicina. Resolução 1805/06. 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. [Internet] [Citado em 10 de outubro de 2018]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm
10. Brasil. Conselho Federal De Medicina. Código De Ética Médica. 2010. [Internet] [Citado em 10 de outubro de 2018]. Disponível em: <http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>

11. Brasil. Procuradoria da República. Recomendação N.º 01/2006 – WD – PRDC: 21/11/2006. . [Internet] [Citado em 10 de outubro de 2018]. Disponível em: <http://www.prdc.prdf.mpf.gov.br/legis/docs/exfile>
12. Brasil. Projeto de Lei nº 116/00. Dispõe sobre a exclusão de ilicitude da Ortotanásia. [Internet] [Citado 25 de outubro de 2018]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>
13. Brasil. Projeto de Lei 6715 / 2009. Altera o Decreto – Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940. [Internet] [Citado em 10 de outubro de 2018]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=1955F064EC0F5DB5357DC2B226ED57DB.node2?codteor=731681&filename=Avulso+-PL+6715/2009
14. Silva FS, Pachemshy LR, Rodrigues IG. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. Ver. Bras. Ter. intensiva, 2009; 21 (2): 148-154. . [Internet] [Citado em 26 de outubro de 2018]. Disponível em: <http://files.enfermeiros-intensivistas.webnode.pt/200000053-5b77d5c71e/CLIQUE%20AQUI%20Distanasia.pdf>
15. Pessini L, Barchifontaine C.P. Problemas atuais de bioética. 10 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012. . [Internet] [Citado em 22 de outubro de 2018]. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/76/130a143.pdf>
16. Siqueira JE. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. Bioética. 2005; 13 (2): 37 – 50.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Pouso Alegre. [publicação online]. Rio de Janeiro; 2015 [Citado em 17 mai. 2018]. (IBGE – Estudos & Pesquisas: Cidades - Pouso Alegre). Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pouso-alegre/panorama>.
18. Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí (2018). Hospital das Clínicas Samuel Libânio. [publicação online]; 2018 [Citado em 14 de jun 2018]. Unidades mantidas. Disponível em <http://www.fuvs.br/menu/hcsl.asp> 17
19. Silva JV, Andrade FN, Nascimento RM. Cuidados Paliativos – Fundamentos e Abrangência. Revisão de Literatura. Rev. Ciências em Saúde. v3. n 3. jul-set 2013
20. Mynaio MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2010. 79 p.

21. Oliveira MF. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração - Catalão: UFG. 2011; 72 p.: il
22. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MdPB. Metodologia de Pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
23. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
24. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. Texto contexto - enferm [Internet]. 2018 Jun [citado em 13 out 2018]; 23(2):502-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200502&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.
25. Lefèvre F, Lefèvre AM. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livros Editora, 2005.
26. Lefèvre F. Discurso do Sujeito Coletivo: novos modos de pensar nosso eu coletivo. 1ª ed. São Paulo: Andreoli, 2017.
27. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jun. 2013. [Citado em: 18 jan. 2018]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
29. Nelly M. Estudo qualitativo em resultados quantitativos. São Paulo: Gobbo, 2012.
30. Fransnely J. A abordagem quantitativa integrada na qualitativa. São Paulo: Saraiva, 2014.
31. Gazim CC, Pasetto CV, Simões JC, Rocha BV. Relação Médico-Paciente. Rev. Med. Res. 2011; 13(2):114-7.
32. Silva JV. et al. As Representações Sociais sobre Cuidados Paliativos sob a Ótica de Enfermeiros. Itajubá – MG: Revista Ciências em Saúde, jul-set 2013; 3(3):1-10.

33. Avanci BS, Carolindo FM, Góes FGB, Netto NPC. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. Rev Esc Anna Nery. 2009; (13)4: 708-16.
34. Mussi FC. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. Acta paul. enferm. [on-line]. 2005; [citado 2013 Set 19];18(1):72-81. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf> 11.
35. More JM. On Comfort and Comforting. Am J Nurs. 2000 set; 100(9):34-7
36. Freitas KS, Mussi FC, 03 Menezes IG. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. Esc Anna Nery [on line]. 2012; [citado 2018 Nov 28]; 16(4):704-11. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/09.pdf> 12. Morse JM.
37. Earp ACS. A angústia frente à morte. Rio de Janeiro: SPID; 1999.
38. Mendonça AVPM, Dutra EMS. Dos ganhos teleológicos em cuidados paliativos. Curitiba: Editora Prismas. 2016, p. 31-43.
39. Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA. Ensino de bioética e CP nas escolas médicas do Brasil. Rev. bras. educ. med., Belo Horizonte, 2013; [Citado em 18 Jan. 2019], 37(2):285-90. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Oliveira24/publication/270197005_Ensino_de_bioetica_e_cuidados_paliativos_nas_escolas_medicas_do_Brasil/links/568ba90a08ae051f9afc55a7.pdf.
40. Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA. Ensino de bioética e CP nas escolas médicas do Brasil. Rev. bras. educ. med., Belo Horizonte, 2013; [Citado em 18 Jan. 2019], 37(2):285-90. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Oliveira24/publication/270197005_Ensino_de_bioetica_e_cuidados_paliativos_nas_escolas_medicas_do_Brasil/links/568ba90a08ae051f9afc55a7.pdf.
41. Drumond JGDF. Ética, códigos e deontologia em tempo de incertezas. In: Pessini L, Siqueira JE, Hossne WS. Bioética em tempo de incertezas. São Paulo: Loyola, 2010. p. 134-150.
42. Meira AR. Relação médico-paciente. O Estado de São Paulo, 28 jun 1976; p.8.
43. Mello Filho J, Burd M. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artmed, 2010.

44. Hilknner M, Hilknner RR. A questão da terminalidade The issue of terminally ill patients. *Saúde, Ética & Justiça*. 2012;17(2):75-81.
45. Marcucci FCI, Perilla AB, Brun MM, Cabrera MAS. Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. *Cad. Saúde Colet.*, 2016, Rio de Janeiro, 24 (2): 145-152. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-145.pdf>
46. Minossi JG, Silva ALd. Medicina defensiva: uma prática necessária? *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2013 Dez [citado em 19 mar 2019]; 40(6):494-501. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000600013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912013000600013>.
47. Bucher-Maluschke JSNF, Fialho RBM, Pedroso JS, Coelho JA, Ramalho JAM. Dinâmica familiar no contexto do paciente oncológico. *Rev NUFEN* [internet]. 2014 [citado em 3 mar 2018]; 6(1):87-110. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912014000100005
48. Nunes L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Rev bioét.* 2008;16(1):41-50.
49. Trindade ES, Azambuja LEO, Andrade JP, Garrafa V. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2007 Fev [citado em 9 mai 2019]; 53(1):68-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000100023&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000100023>.
50. Cassiani SHB, Zug KE. Promovendo o papel da Prática Avançada de Enfermagem na América Latina. *Rev Bras Enferm*. Brasília, set./out. 2014; 67(1):675-6. [Citado em: 30 jan. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/pt_0034-7167-reben-67-05-0677.pdf.
51. Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. *Acta Paul Enferm*, 2008; 21(3):504-8.
52. Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev bioét* [internet]. 2002; 1(2):73-88. [citado em 15 abr 2019]. Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/215/216.
53. De Andrade JF, De Misailidis MGLM. Os direitos fundamentais na relação de trabalho dos médicos e a responsabilização do médico plantonista em situações de

- erro médico. Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação (Mestrado em Direito) - Universidade Metodista de Piracicaba, 2016. 148p. [citado em 15 abr 2019]. Disponível em: https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/docs/23032017_171905_janainafrancodeandrade_ok.pdf.
54. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, 2012; 25(3):464-70.
 55. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de Bioética. 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2000.
 56. Andrade CG de, Costa SFG da, Vasconcelos MF, Zaccara AAL, Duarte MCS, Evangelista CB. Bioética, cuidados paliativos e terminalidade: revisão integrativa da literatura. *Rev enferm UFPE on line [periódico na Internet]*. 2013 mar [citado em 2019 Jan 25]; 7(esp):888-97. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3775/5754>.
 57. Lopes AC. A importância da Relação médico-paciente. Sociedade Brasileira de Clínica Médica [internet]. 2017 [citado em 16 mar 2019]. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/v2/index.php/artigo/2526-a-importancia-da-relacao-medico-paciente>.
 58. Nunes, L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Rev bioét.* 2008;16(1):41-50.
 59. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2007. 431 p.
 60. Santiago MMA, Palacio M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. *Rev bras enferm.*, 2006; 59(3):349-53.
 61. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 10 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012.
 62. Saad ERD, Lima AP, Rodrigues C, Amorim F, Yasuda F, Santos GA et al. Bioética aplicada a pesquisa e inovação farmacêutica. *Rev. Pesq. Inov. Farm.*, 2009; 1(1):53-62.
 63. Silva HB. Beneficência e paternalismo médico. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2010;

64. Santos LR, Leon CGRMP, Funghetto SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciencia & saúde Coletiva*, 2011; 16(Supl.1):855-63.
65. Neves NMBC, Siqueira JE. A bioética no atual código de ética médica. *Rev. Bioética*, 2010;18(2):439-50.
66. Mondragon L, Monroy Z, Ito E, Medina-Mora E. Disyuntivas em las concepciones sobre autonomia y beneficência que afectan la terapêutica del intento uicida. *Acta bioeth.*, 2010; 16(1):77-86.
67. Drummond JP. Bioética, dor e sofrimento. *Ciência e Cultura*. 2011; 63(2):32-7.
68. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Text. Context. Enferm.*, 2005; 14(1):106-10.
69. Conselho Regional de Medicina (São Paulo). Livros do CREMESP - Manual de Ética em Ginecologia e Obstetrícia [publicação online]. São Paulo; 2017 [citado em 30 mar 2019]. (CREMESP – Livro CREMESP: Manual de Ética em Ginecologia e Obstetrícia). Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53
70. Schramm FR. Entrevista: Fermin Roland Schramm. Entrevista concedida a Lara Ely. IHU online. [entrevista online]; out 2017. [citado em 19 mar 2018]; Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/7077>.
71. Hossne WS. Dos referenciais da Bioética – a Vulnerabilidade. *Rev Bioethikos* [internet]. 2009 [citado em 19 mar 2019]; 3(1):41-51. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/41a51.pdf>
72. Gogliano D. Pacientes terminais - morte encefálica. *Rev Bioét* [internet]. 1993 [citado em 19 mar 2019]; 1(2):145-56. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/493
73. Quintana TO. Bioética y consentimiento informado. In: Casado M. *Materiales de bioética y derecho*. Barcelona: Cedecs Editorial; 1996. p.157-70.
74. Drummond JGDF. Ética, códigos e deontologia em tempo de incertezas. In: Pessini L, Siqueira JE, Hossne WS. *Bioética em tempo de incertezas*. São Paulo: Loyola, 2010. p. 134-50.
75. Morais IM. Autonomia pessoal e morte. *Rev Bioét*, 2010; 18(2):289-309.

76. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1241-50.
77. Stolz C, Gehlen G, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC. Manifestações da vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. *Rev Bioet*, 2011; 19(3):833-45.
78. Oliveira AC, Sá L, Silva MJP. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. *Rev bras enferm*, 2007; 60(3):286-90.
79. Nunes, L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Rev bioét*. 2008;16(1):41-50.
80. Sousa ATO, França JRFS, Santos MFO, Costa SFG, Souto CMRM. Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na bioética. *Rev Cubana Enferm*. 2010 set/dez; 26(3):123-35.
81. Bontempo TV. A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: uma análise constitucional. *Rev Internac Direito e Cidadania*, 2011; 9(1):169-82.
82. Balla A. Haas RE. Percepção do enfermeiro em relação à ortotanásia. *Bioethikos*, 2008; 2(2):204-13.
83. Cortes CC. Historia y desarrollo de los CP. In_____ GS. Marcos (Org.), CP y intervención psicosocial en enfermos de câncer. Las Palmas: ICEPS. p. 17-21. 1988.
84. Floriani C. Schramm FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hóspedes modernos. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, jul. 2010; 17(Supl. 1):165-80. [citado em 13 fev. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
85. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Health Organization, 2014. [citado em 14 fev. 2019]. Disponível em: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
86. World Health Organization. Palliative care. 2018. [citado em 23 abr. 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

APÊNDICES

Apêndice A

Caracterização Pessoal e Profissional

| INFORMAÇÕES PESSOAIS | |
|---|------------------------------|
| 1 – Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | 2 – Idade: _____ anos |
| 3 – Estado Conjugal: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro _____ | |
| 4 – Religião: <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Outro _____ | |
| 5 – Filhos: <input type="checkbox"/> Sim (Se sim, quantos?) _____ <input type="checkbox"/> Não | |
| 6 – Família <input type="checkbox"/> Nuclear <input type="checkbox"/> Extensa <input type="checkbox"/> Forma familiar variante: tipo _____ | |
| INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS | |
| 1 – Há quanto tempo você concluiu o curso de medicina? _____ anos | |
| 2 – Você fez residência médica? <input type="checkbox"/> Sim (Se sim, qual? _____) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em curso | |
| 3 – Você tem título de especialização? <input type="checkbox"/> Sim (Se sim, qual? _____) <input type="checkbox"/> Não | |
| 4 – Você participa de eventos na área de urgência e emergência? <input type="checkbox"/> Sim (Se sim, qual? _____) <input type="checkbox"/> Não | |
| 5 – Faz algum tipo de reciclagem ou atualização? <input type="checkbox"/> Sim (Se sim, qual? _____) <input type="checkbox"/> Não | |

Apêndice B
Roteiro de Entrevista Semiestruturada

- 1 – O que espera atingir ao prestar assistência ao paciente na condição de terminalidade?
- 2 – O que deve ser considerado pelo médico para decidir sobre adoção ou não de medidas que prolonguem a vida do paciente terminal?

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS NO ATENDIMENTO AS SITUAÇÕES EMERGÊNCIAIS DE PACIENTES EM TERMINALIDADE DA VIDA: Reflexões bioéticas

O senhor(a).....
médico na cidade de Pouso Alegre, MG, está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS NO ATENDIMENTO AS SITUAÇÕES EMERGÊNCIAIS DE PACIENTES EM TERMINALIDADE DA VIDA: Reflexões bioéticas**, que tem como objetivo(s) Conhecer os valores que influenciam na tomada de decisão quanto à adoção ou não de medidas de prolongamento da vida em pacientes terminais.

Este estudo está sendo realizado por Alexsandro Fonseca Gava aluno do mestrado em Bioética, juntamente com o pesquisador responsável professor orientador Dr. Antonio Marcos Codibeli.

A pesquisa terá duração de dois anos, com o término previsto para julho de 2019. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, respeitando assim sua privacidade. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, o que garante sua autonomia. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista gravada ou escrita.

Os benefícios relacionados à concretização deste estudo serão, sob o ponto de vista científico o preenchimento de lacunas do conhecimento, frente a este tema que ainda não integra explicitamente a formação médica brasileira e do ponto de vista social, ao direito que as pessoas que demandam atendimento médico de ser informada quanto à situação de saúde de si próprio e/ou de seu familiar.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa e ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão descartados de forma que não prejudique o meio ambiente

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento que comprova a sua permissão. Será necessário a sua assinatura para oficializar o seu consentimento. Ele encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida para o senhor(a).

Para possíveis informações ou esclarecimentos a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a secretária do CEP da UNIVAS pelo telefone (35) 3449-9232, em Pouso Alegre – MG, no período das 8:30h às 11h e das 13h às 16h, de segunda a sexta-feira.

Ressalta-se que a sua valiosa colaboração é muito importante e, a seguir, será apresentada uma Declaração e, se o senhor (a) estiver de acordo com o conteúdo da mesma, deverá assiná-la, conforme já lhe foi explicado anteriormente.

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente do inteiro conteúdo deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

NOME COMPLETO DO (A) PARTICIPANTE:

ASSINATURA DO (A) PARTICIPANTE

ASSINATURA DO (A) PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL

Pouso Alegre, _____ de _____ de _____.

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1

Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1-1)

Pergunta 1: O que espera atingir ao prestar assistência ao paciente na condição de terminalidade?

| SUJEITO | EXPRESSÕES-CHAVE | IDEIA CENTRAL |
|---------|--|---------------|
| 1 | Eu entendo que prestar a assistência na condição de terminalidade é poder dar o conforto em primeiro lugar para o paciente, que o mais importante. Sendo a chave dessa situação. E confortar a família em conjunto com a situação que eles estão atravessando agora. A aceitação de algo inevitável. Sabemos que a morte vai chegar. E a morte vai chegar em situações diferentes para cada indivíduo. É difícil para a família aceitar a perda de um ente querido. Em algumas situações o ente querido está melhor preparado que a família para poder fazer essa travessia da situação da vida para a morte. E os dois precisam de muito apoio para enfrentar essa situação da melhor forma possível. | Dar conforto |
| 2 | O que eu acho que a gente tem que atingir nestes pacientes terminais independente da doença que ele tenha, eu acho que temos que dar conforto para ele. Eu acho que temos que atingir o conforto e a dignidade do paciente. Porque eu acho que o médico não está para salvar a vida, não está para curar nada, ele está para dar conforto. Vamos fazer ao máximo para dar conforto. Se o é conforto analgésico ao invés de antibiótico, é isso que vamos fazer, principalmente nestes pacientes que não adianta prolongar a vida sem qualidade de vida. | Dar conforto |
| 3 | No meu ponto de vista, o que me leva a prestar atenção no paciente terminal, é dar para ele condições de dignidade na doença terminal dele, confortar a família e principalmente deixar a família ciente que o paciente está acabando a missão dele na Terra. Então, quando eu presto assistência a pacientes que estão em fase terminal eu julgo condições do paciente, dignidade e conforto ao paciente e sua família. | Dar conforto |

| | | |
|---|--|--|
| 4 | Dar conforto ao paciente e a família. Não somente à sua dor, mas também ao medo que possam vir a sentir. Não permitir que o paciente se sinta abandonado quando não há mais prognóstico ou tratamento convencional para a sua doença. Aliviar suas dores e angústias perante a morte. | 1) Dar conforto 2) Aliviar a dor e o sofrimento |
| 5 | A condição de terminalidade já uma situação complicada, porque ela exige um entendimento de todos os envolvidos. Então assim, o profissional de saúde tem que saber o momento certo da abordagem família. É um processo difícil. Quando você aborda o paciente e o familiar para conversar sobre essa condição, você tem que ver muito a parte pessoal. Apesar de terem diretrizes, vários trabalhos sobre o tema, mas é muito pessoal. Quando você atende uma pessoa na fase de terminalidade o que esperamos é ouvir a pessoa primeiro para poder entender o que passa na cabeça dela. Porque aí fica envolvido um mundo de experiências, a questão da religião, o seja, o que ela aceita ou não. O que ela entende sobre a doença. O que eu espero é ouvi – lo e entender o que se passa na cabeça dessas pessoas e aí sim tentar abordar da melhor forma, para que a pessoa entenda a situação que ele está, entenda o estágio da doença dela, que é um estágio terminal, que na medicina não teria mais o que ser feito pelo paciente em relação a termos terapêuticos que mudem o prognóstico da doença dela. O que pode ser feita para ela de mais importante é o conforto que ela pode ter. Em relação a dores que ela pode ter. Portanto eu preciso entender todo o seu histórico da doença, para assim ele ter uma qualidade de vida na sua fase terminal. | Dar conforto |
| 6 | Então, num paciente no quadro de terminalidade já pré determinado o principal objetivo é conseguir conforto para o paciente. Se este paciente tem dor tentar melhorar, se tem dispneia tentar aliviar. Caso o paciente tenha algum problema que eu consiga corrigir, como infecção, eu também tento tratar. Vou evitar ações para possam trazer para ele malefícios. Algo invasivo como intubação, acesso venoso central, pois são procedimentos invasivos que trariam sofrimento para o paciente e pouco ganho lá na frente. Então resumindo o principal objetivo para o paciente é conforto. | Dar conforto |

| | | |
|----|--|--|
| 7 | Eu espero atingir o bem-estar do paciente, buscando lhe oferecer conforto. Que ele tenha bem-estar, enfim que ele consiga ter a plenitude do seu ser naquele momento, que ele fique bem consigo mesmo. Minha meta é trabalhar sobre suas dores, aflições e medos, é o que eu espero. | Dar conforto |
| 8 | A primeira coisa que sempre vem na cabeça da gente é conforto para o paciente sempre. Se o paciente estiver com dor aliviar a dor, se ele apresentar algum desconforto administrar alguma medicação ou coloca ló em uma posição que seja mais confortável para ele. E em muitas vezes o conforto que deve ser oferecido é o conforto psicológico para o paciente. Muitas vezes os pacientes terminais que apresentam nível de consciência precisam de acompanhamento do serviço de psicologia do hospital. | Dar conforto |
| 9 | Agente sempre quando atende um paciente neste nível de terminalidade, buscamos conversar primeiramente com a família. E para o paciente em si, tentamos dar o maior cuidado para que ele não sofra muita dor, fazendo uma palição mesmo. Entrado com cuidados paliativos e medidas não invasivas para ele tenha e evolua para um próximo passo sem ter um sofrimento muito intenso. Para ser minimizado ao máximo o seu sofrimento, e em alguns casos entrando com bomba de morfina se for necessário. | Aliviar a dor e o sofrimento |
| 10 | Na verdade eu espero atingir duas coisas. A primeira é dar conforto ao paciente, resolver a demanda que ele trouxe, mas focando no conforto, uma vez que ele é paciente terminal. E outra coisa que faz parte do meu objetivo e atender a expectativa do familiar, então eu tento ser o mais claro possível para o familiar sentir segurança com a conduta que será realizada. | 1) Dar conforto 2) Atender a expectativa da família |
| 11 | Para este tipo de paciente eu espero dar conforto. O maior conforto possível para estas últimas horas de vida que este paciente apresenta. E orientando a família sobre as ações que estou fazendo, não tomando medidas invasivas para ele, mas buscando o maior conforto possível nas condutas que estou realizando. | Dar conforto |

| | | |
|----|--|---|
| 12 | Para um paciente na condição de terminalidade, levando em consideração diversos fatores, a meta seria aliviar a dor e o sofrimento do paciente. E neste contexto também devemos focar no conforto para os familiares, pois também apresentam grande sofrimentos nestes momentos. | 1) Aliviar a dor e o sofrimento do paciente. 2) Dar conforto aos familiares |
| 13 | Eu espero na verdade, garantir o conforto máximo para o paciente. Aliviar a dor, aliviar os sintomas dele. Agente não conseguir fazer isso sempre, porque é um caso de terminalidade, pois não tem muito o que se fazer para o paciente no sentido de cura. E o que eu busco que oferecer o máximo de conforto para que ele não sofra até o fim da progressão da doença dele. | São duas ideias centrais: 1º ideia - Garantir conforto para o paciente 2º ideia - Aliviar a dor e os sintomas |
| 14 | Um paciente terminal é um paciente mais complicado, numa situação clínica muito mais avançada, num quadro que na maioria das vezes é irreversível. E eu espero que na maioria das vezes que for possível para mim prestar o maior conforto possível para este paciente e aos familiares. Para este paciente não sofra e não sinta dor e que tenha o maior conforto possível neste final de ciclo de vida, e é uma hora nunca poderemos determinar, mas agente sempre acha que este conforto sempre deve ser oferecido. | Dar conforto |
| 15 | Quando presto assistência num paciente terminal eu fico atento ao objetivo principal nesta situação que é o paciente tenha conforto, alívio da dor, bem-estar na medida do possível. Muitas vezes o quadro clínico é complicado, mas minha meta é sempre o alívio da dor e fornecer conforto. | 1) Aliviar a dor e o sofrimento 2) Dar conforto |
| 16 | Diante do fato do paciente ser considerado terminal, o nosso objetivo em princípio é diminuir o sofrimento dele, possibilitando a ele que continue vivendo de uma maneira mais confortável sem sofrimento. Não que o seu problema seja resolvido, mas que pelo menos o seu sofrimento seja diminuído. | Aliviar a dor e o sofrimento |
| 17 | Acho um tema muito complexo, na minha experiência considero que muito pode ser refletido e feito, mas resumo somente no aspecto de melhorar a qualidade de vida do paciente, buscando principalmente dar conforto. | Dar conforto |

| | | |
|----|---|--|
| 18 | Bom para um paciente na condição de terminalidade o que eu mais espero para ele é atingir o conforto máximo para ele neste momento. Um paciente em terminalidade de vida seja oncológico ou dependente totalmente nas atividades. A gente espera aliviar totalmente o sofrimento deste paciente, não deixando que ele sinta tudo que está acontecendo, sinta dores, sinta desconforto respiratório. | 1) Aliviar a dor e o sofrimento 2) Dar conforto |
| 19 | Eu espero atingir, a diminuição da dor do paciente, aliviando as dores que ele está sentindo naquele momento. De forma geral minha meta é tentar dentro do paciente oferecer para o paciente o máximo de conforto possível. | 1) Aliviar a dor e o sofrimento 2) Dar conforto |
| 20 | Bom este paciente que esta nesta condição de terminalidade, precisa de muito apoio. Portanto ele dependente muito de nós. E o que eu vejo que o mínimo que posso fazer é oferecer o máximo de minha atenção, juntamente com a minha equipe, é oferecer um tratamento humanizado que possa pelo menos confortar o paciente. | Dar conforto |

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1 (IAD1-2)

| Pergunta 2: - O que deve ser considerado pelo médico para decidir sobre adoção ou não de medidas que prolonguem a vida do paciente terminal? | | |
|--|---|---|
| SUJEITOS | EXPRESSÕES-CHAVE | IDEIA CENTRAL |
| 1 | <p>No que diz respeito a prolongar a vida do paciente terminal, eu levo muito em consideração a vontade do paciente. Porque só ele, em várias situações sabe o que está vivendo. Do ponto de vista de dor e sofrimento diário, algo que ele enfrenta no dia a dia. Na falta do senso crítico do paciente em tomar essa decisão, eu tento muito conversar com a família do ponto de vista de não prolongar esse sofrimento. É a minha luta diária quando eu tenho esse relacionamento junto com a família é tentar trazer a paz e que eles deixem as coisas caminharem da melhor forma possível. Orientando eles que a morte é inevitável que traria muito mais sofrimento para o paciente. E trago para este paciente uma analgesia com um conforto da melhor forma possível.</p> | <p>1) Autonomia do paciente 2) Autonomia da família</p> |
| 2 | <p>Eu acho que a principal coisa que usamos para decidir se vai fazer tal procedimento, ou tal medicamento, eu acho que o mais importante é a qualidade de vida, se aquela ação vai trazer algum benefício para o paciente. Nem sempre prolongar a vida vai ser um benefício para o paciente. Então eu acho que a primeira coisa que devemos pensar é em relação a qualidade de vida. Eu vou ter que fazer uma intubação num paciente que tem um câncer de pulmão e DPOC, tudo isso será que seria benéfico para ele? Será que traria algum benefício para ele? Neste caso colocar uma bomba de morfina para dar um conforto para ele. Então vamos decidir primeiramente priorizando o benefício. Outro aspecto é considerar a autonomia do paciente. Temos que conversar com ele mostrando todas as possibilidades e ter transparência, falando tudo que pensamos em fazer e decidir em conjunto também.</p> | <p>Autonomia do paciente</p> |

| | | |
|---|---|--|
| 3 | <p>Muitas vezes a família não aceita a doença do paciente, então insiste que o médico prolongue o sofrimento dessa pessoa. Ao meu ver, temos que considerar se o paciente tem prognóstico de cura ou pelo de condições de vida com dignidade, para ver se estamos realmente te fazendo o bem. Se este paciente tem condições de vida sem sofrimento a gente vai prolongar a vida dele para que ele fique um pouco mais com a família, se não faremos medidas de conforto e dignidade para que esta pessoa apresente um final de vida tranquilo.</p> | Condições clínicas do paciente |
| 4 | <p>Quando eu falo a própria vontade do paciente em penso primeiro em mim, e depois também em meus familiares. Eu se estivesse em fase terminal não gostaria de prolongar minha vida por meio de cuidados hospitalares somente para saberem que estou ali viva. Não gostaria também de deixar com que os outros passassem por esse sofrimento, somente por egoísmo, muitas vezes dos que amam, da própria família, somente por não saberem lidar naquele momento com a morte. A doença por si só tem sua evolução natural, todos os procedimentos necessários que pudessem curar já foram tentados, assim não gostaria que postergassem em mim cuidados a mais que me causassem dor e sofrimento em terminal, sabendo que nada mais adiantaria. Acredito que o amor pelo paciente e a fé que gente tem em Deus independente de religião, é o que nos conforta sempre. Precisamos de um Deus para continuarmos.</p> | Autonomia do paciente |
| 5 | <p>Estamos falando de um paciente terminal, então não teria mais medidas terapêuticas para mudar a história da doença, teríamos então medidas para melhorar a qualidade de vida do paciente. Então assim prolongar a vida seria melhorar a qualidade? Depende das perspectivas desse paciente, do que ele espera que</p> | <p>1) Autonomia do paciente 2) Autonomia dos familiares.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>aconteça ainda na vida dele, dos motivos que levariam ele a querer, ou a família, pois em algumas vezes o paciente não tem condição de decidir. Por exemplo, um paciente de UTI não teria condição de decidir, então o que eu acharia interessante para poder prolongar ou não a sua vida, seria considerar a escolha da família.</p> | |
| 6 | <p>Num primeiro momento a principal ação que eu sigo é conversar com a família. E se o paciente também estiver consciente realizo uma conversa com ele. Busco identificar se o paciente apresentava previamente algum grau de dependência ou independência, se tinha nível de cognitivo aceitável, se a doença dele tem ou não chance de melhora. A partir dessa anamnese com o paciente e a conversa com a família, tento estabelecer até que ponto eu posso fazer por este paciente para tentar melhor porém sem fazer nada que seja maléfico para ele. Considero importante saber como era o quadro prévio do paciente. Tento sempre optar por conforto. Mas é uma decisão compartilhada entre médico e familiar. Exponho sempre a minha opinião, mas considero a opinião dos familiares.</p> | <p>1) Autonomia da família 2) Autonomia do paciente 3) Condições clínicas do paciente</p> |
| 7 | <p>Eu considero o estado clínico do paciente, consciência, estado geral, desconforto do corpo, na respiração. Eu considero o estado clínico de chegada do paciente, se ele está realmente muito debilitado fisicamente. Eu avalio se realmente a condição clínica apresentada pelo paciente não apresenta mais respostas a intervenções que possam ser realizadas. Portanto eu sempre me questiono sobre o estado clínico do paciente para direcionar minhas condutas. Pois precisamos identificar o momento de desgaste as energias do paciente. Temos que respeitar o momento de partir do paciente, que o momento do fim. Temo que respeitar este momento.</p> | <p>Condições clínicas do paciente</p> |

| | | |
|----|--|--|
| 8 | <p>Eu acho que em primeiro lugar eu considero a condição do paciente, qual a forma que ele se encontra naquele momento. Se é um paciente orientado, ou se é um paciente já alguma demência, se é um paciente que aceita bem as condições de sua doença e está conformado com aquilo. Então, acho que em primeiro lugar o paciente. Em segundo lugar acho que é o posicionamento da família, pois muitas vezes a sua vontade pode acabar gerando medidas de intervenção no paciente, como uma intubação, ou outros procedimentos invasivos que vão trazer sofrimento e um prolongamento da vida do paciente, mas sem muita expectativa. Considero entre outros fatores também a opinião do médico assistente.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Condições clínicas do paciente 2) Autonomia do paciente 3) Autonomia da família 4) Conversa com médico responsável pelo paciente |
| 9 | <p>Está é uma pergunta um pouco mais delicada. Está mais relacionada com a história clínica do paciente, se tem ou não algum prognóstico segundo a informação passada pelo médico responsável por este paciente. E também ser for um evento agudo, precisamos investigar mais com a família se o paciente era ativo, ou se paciente está acamado a muito tempo. É muito importante conversar com a família e verificar a sua opinião. São, portanto, vários fatores que devem ser avaliados, como história clínica do paciente, posicionamento dos familiares e posicionamento do médico assistente.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Condições clínicas do paciente 2) Autonomia da família 3) Conversa com médico responsável pelo paciente |
| 10 | <p>Primeira coisa que considero é o quadro base do paciente como um todo, qual sua patologia de base, qual a gravidade do quadro crônico, e qual a gravidade do quadro agudo. E num outro momento qual a vontade e desejo da família. Investir ou não em um paciente terminal, precisa de ter o consentimento da família e do próprio paciente, no caso de um paciente lucido, qual o desejo deles neste suporte que vai ser prestado.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Condições clínicas do paciente 2) Autonomia do paciente 3) Autonomia da família |

| | | |
|----|---|--|
| 11 | Eu avalio a gravidade do quadro clínico do paciente, e as comorbidades que ele apresenta. Se é um paciente oncológico com metástase e acamado, se é um paciente que já não interage mais. Eu sempre discuto isso com a família para decidir, eu não tomo esta decisão sozinho para tomar minhas condutas. | 1) Condições clínicas do paciente 2) Autonomia da família |
| 12 | Como médico, eu já tendo a convicção que o paciente não apresenta mais condições de fornecer respostas aos tratamentos que são realizados. Eu considero conversar com os familiares para buscar um consenso sobre quais seriam as melhores opções para o paciente. Outro aspecto que avalio são as colocações dos colegas médicos sobre o quadro do paciente. | 1) Autonomia da família 2) Conversa com médico responsável pelo paciente |
| 13 | O que deve ser considerado para mim é o estado geral do paciente. Como ele se apresenta para o médico, se ele apresenta uma doença crônica incurável por exemplo. Vamos considerar vários parâmetros, sinais e sintomas, a saúde do paciente e se a doença já está em um estado muito evoluído. Porque nestes casos prolongamentos ainda mais o estado de sofrimento para ele. E nos casos do pacientes apresentar um bom estado geral, busco estabilizar para que o paciente aproveite da melhor forma possível seu termino de vida. | Condições clínicas do paciente |
| 14 | Neste momento eu acho que esta decisão deve ser tomada em conjunto com o médico plantonista e o médico responsável pelo paciente, e também com os familiares. Todos devem estar cientes do quadro clínico do paciente. O quadro do paciente deve ser bem avaliado, como sua reserva nutricional, se ele tem alguma capacidade de ter uma qualidade de vida ainda possível. Mas considero sempre tomar minhas condutas após uma boa conversa com familiares e o médico responsável pelo paciente. | 1) Conversa com médico responsável pelo paciente 2) Autonomia da família 3) Condições clínicas do paciente |

| | | |
|----|---|--|
| 15 | Eu diria que na minha percepção, é considerado a condição clínica do paciente. A forma como ele chega ao serviço, geralmente trazido por seus familiares, a fator mais relevante e condição clínica que ele chega. Ele deve ser bem avaliado para definirmos qual será a melhor conduta a ser tomada. | Condições clínicas do paciente |
| 16 | Sobre a adoção de medidas que prolongue a vida do paciente terminal, acredito que não temos o poder resolver o quanto o paciente pode ou não viver, fica difícil para decidir. Portanto temos que levar em consideração vários fatores, como o posicionamento dos familiares, o estado de consciência do paciente e sua apresentação clínica. | 1) Autonomia da família 2) Condições clínicas do paciente |
| 17 | Vou ser breve, acho que como médica, devo em primeiro lugar considerar quanto a adoção ou não de medidas que prolonguem a vida a expectativa do paciente em relação a doença, a expectativa da família e as condições que ele tem para ser tratado. | 1) Autonomia da família 2) Autonomia do paciente 3) Condições clínicas do paciente |
| 18 | Eu acho que acima de tudo o quadro clínico do paciente. As condições clínicas, as condições de saúde mental, a dependência nas atividades diárias. E outro aspecto em conjunto com a família, adotamos medidas que possam promover o conforto do paciente. Buscando sempre conversar sobre medidas que vão ser realizadas. Destacamos para a família sempre a necessidade de implantar cuidados paliativos para o paciente. Evitando sempre medidas que sejam invasivas que possam aumentar o sofrimento do paciente. | 1) Quadro clínico do paciente 2) Autonomia da família |
| 19 | Então vai ser considerado, se o paciente não tiver voz sobre ele, conversar com os familiares para ver se eles estão de acordo em prologar este sofrimento do paciente. Se o prognostico vai ajudar de alguma forma, eu sempre opto por conversar com os familiares para tomar as decisões necessárias. | 1) Autonomia do paciente 2) Condições clínicas do paciente 3) Autonomia da família |

| | | |
|-----------|---|---|
| 20 | Então, eu acho que o direito a vida é um direito de todos. Sou muito sensível ao que o paciente e os familiares passam e o que eles precisam. É uma situação delicada, envolvem muitos sentimentos dos pacientes e de seus familiares. Portanto que busco considerar sempre os posicionamentos do paciente quando possível e também de seus familiares. | 1) Autonomia do paciente 2) Autonomia da família |
|-----------|---|---|

ANEXO B - INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 (IAD2)

Instrumento De Análise De Discurso 2 (IAD2 - 1)

Tema: Percepções de pretensões ao atender situações emergenciais de pacientes em condições de terminalidade de vida

Ideia Central: Proporcionar conforto.

| PARTICIPANTES | EXPRESSÕES CHAVE |
|---------------|--|
| 1 | Eu entendo que prestar a assistência na condição de terminalidade é poder dar o conforto em primeiro lugar para o paciente, que o mais importante. Sendo a chave dessa situação. E confortar a família em conjunto com a situação que eles estão atravessando agora. A aceitação de algo inevitável. Sabemos que a morte vai chegar. E a morte vai chegar em situações diferentes para cada indivíduo. É difícil para a família aceitar a perda de um ente querido. Em algumas situações o ente querido está melhor preparado que a família para poder fazer essa travessia da situação da vida para a morte. E os dois precisam de muito apoio para enfrentar essa situação da melhor forma possível. |
| 2 | O que eu acho que a gente tem que atingir nestes pacientes terminais independente da doença que ele tenha, eu acho que temos que dar conforto para ele. Eu acho que temos que atingir o conforto e a dignidade do paciente. Porque eu acho que o médico não está para salvar a vida, não está para curar nada, ele está para dar conforto. Vamos fazer ao máximo para dar conforto. Se o é conforto analgésico ao invés de antibiótico, é isso que vamos fazer, principalmente nestes pacientes que não adianta prolongar a vida sem qualidade de vida. |
| 3 | No meu ponto de vista, o que me leva a prestar atenção no paciente terminal, é dar para ele condições de dignidade na doença terminal dele, confortar a família e principalmente deixar a família ciente que o paciente está acabando a missão dele na Terra. Então, quando eu presto assistência a pacientes que estão em fase terminal eu julgo condições do paciente, dignidade e conforto ao paciente e sua família. |
| 4 | Dar conforto ao paciente e a família. Não somente à sua dor, mas também ao medo que possam vir a sentir. Não permitir que o paciente se sinta abandonado quando não há mais prognóstico ou tratamento convencional para a sua doença. Aliviar suas dores e angústias perante a morte. |
| 5 | A condição de terminalidade já uma situação complicada, porque ela exige um entendimento de todos os envolvidos. Então assim, o profissional de saúde tem que saber o momento certo da abordagem família. É um processo difícil. Quando você aborda o paciente e o familiar para conversar sobre essa condição, você tem que ver muito a parte pessoal. Apesar de terem diretrizes, vários trabalhos sobre o tema, mas é muito pessoal. Quando você atende uma pessoa na fase de terminalidade o que esperamos é ouvir a pessoa primeiro para poder entender o que passa na |

| | |
|----|---|
| | <p>cabeça dela. Porque aí fica envolvido um mundo de experiências, a questão da religião, o seja, o que ela aceita ou não. O que ela entende sobre a doença. O que eu espero é ouvi – lo e entender o que se passa na cabeça dessas pessoas e aí sim tentar abordar da melhor forma, para que a pessoa entenda a situação que ele está, entenda o estágio da doença dela, que é um estágio terminal, que na medicina não teria mais o que ser feito pelo paciente em relação a termos terapêuticos que mudem o prognóstico da doença dela. O que pode ser feita para ela de mais importante é o conforto que ela pode ter. Em relação a dores que ela pode ter. Portanto eu preciso entender todo o seu histórico da doença, para assim ele ter uma qualidade de vida na sua fase terminal.</p> |
| 6 | <p>Então, num paciente no quadro de terminalidade já pré determinado o principal objetivo é conseguir conforto para o paciente. Se este paciente tem dor tentar melhorar, se tem dispneia tentar aliviar. Caso o paciente tenha algum problema que eu consiga corrigir, como infecção, eu também tento tratar. Vou evitar ações para possam trazer para ele malefícios. Algo invasivo como intubação, acesso venoso central, pois são procedimentos invasivos que trariam sofrimento para o paciente e pouco ganho lá na frente. Então resumindo o principal objetivo para o paciente é conforto.</p> |
| 7 | <p>Eu espero atingir o bem-estar do paciente, buscando lhe oferecer conforto. Que ele tenha bem-estar, enfim que ele consiga ter a plenitude do seu ser naquele momento, que ele fique bem consigo mesmo. Minha meta é trabalhar sobre suas dores, aflições e medos, é o que eu espero.</p> |
| 8 | <p>A primeira coisa que sempre vem na cabeça da gente é conforto para o paciente sempre. Se o paciente estiver com dor aliviar a dor, se ele apresentar algum desconforto administrar alguma medicação ou coloca ló em uma posição que seja mais confortável para ele. E em muitas vezes o conforto que deve ser oferecido é o conforto psicológico para o paciente. Muitas vezes os pacientes terminais que apresentam nível de consciência precisam de acompanhamento do serviço de psicologia do hospital.</p> |
| 10 | <p>Na verdade eu espero atingir duas coisas. A primeira é dar conforto ao paciente, resolver a demanda que ele trouxe, mas focando no conforto, uma vez que ele é paciente terminal. E outra coisa que faz parte do meu objetivo e atender a expectativa do familiar, então eu tento ser o mais claro possível para o familiar sentir segurança com a conduta que será realizada.</p> |
| 11 | <p>Para este tipo de paciente eu espero dar conforto. O maior conforto possível para estas últimas horas de vida que este paciente apresenta. E orientando a família sobre as ações que estou fazendo, não tomando medidas invasivas para ele, mas buscando o maior conforto possível nas condutas que estou realizando.</p> |
| 12 | <p>Para um paciente na condição de terminalidade, levando em consideração diversos fatores, a meta seria aliviar a dor e o sofrimento do paciente. E neste contexto também devemos focar no conforto para os familiares, pois também apresentam grande sofrimentos nestes momentos.</p> |

| | |
|-----|--|
| 13 | Eu espero na verdade, garantir o conforto máximo para o paciente. Aliviar a dor, aliviar os sintomas dele. Agente não conseguir fazer isso sempre, porque é um caso de terminalidade, pois não tem muito o que se fazer para o paciente no sentido de cura. E o que eu busco que oferecer o máximo de conforto para que ele não sofra até o fim da progressão da doença dele. |
| 14 | Um paciente terminal é um paciente mais complicado, numa situação clínica muito mais avançada, num quadro que na maioria das vezes é irreversível. E eu espero que na maioria das vezes que for possível para mim prestar o maior conforto possível para este paciente e aos familiares. Para este paciente não sofra e não sinta dor e que tenha o maior conforto possível neste final de ciclo de vida, e é uma hora nunca poderemos determinar, mas agente sempre acha que este conforto sempre deve ser oferecido. |
| 15 | Quando presto assistência num paciente terminal eu fico atento ao objetivo principal nesta situação que é o paciente tenha conforto, alívio da dor, bem-estar na medida do possível. Muitas vezes o quadro clínico é complicado, mas minha meta é sempre o alívio da dor e fornecer conforto. |
| 18 | Bom para um paciente na condição de terminalidade o que eu mais espero para ele é atingir o conforto máximo para ele neste momento. Um paciente em terminalidade de vida seja oncológico ou dependente totalmente nas atividades. A gente espera aliviar totalmente o sofrimento deste paciente, não deixando que ele sinta tudo que está acontecendo, sinta dores, sinta desconforto respiratório. |
| 19 | Eu espero atingir, a diminuição da dor do paciente, aliviando as dores que ele está sentindo naquele momento. De forma geral minha meta é tentar dentro do paciente oferecer para o paciente o máximo de conforto possível. |
| 20 | Bom este paciente que está nesta condição de terminalidade, precisa de muito apoio. Portanto ele dependente muito de nós. E o que eu vejo que o mínimo que posso fazer é oferecer o máximo de minha atenção, juntamente com a minha equipe, é oferecer um tratamento humanizado que possa pelo menos confortar o paciente. |
| DSC | <i>Eu entendo que prestar a assistência na condição de terminalidade é poder dar o conforto em primeiro lugar para o paciente, sendo a chave dessa situação. Porque eu acho que o médico não está para salvar a vida, não está para curar nada, ele está para dar conforto. Em algumas vezes o conforto que deve ser oferecido é o conforto psicológico para o paciente, não somente à sua dor, mas também ao medo que possam vir a sentir. Não permitir que o paciente se sinta abandonado quando não há mais prognóstico ou tratamento convencional para a sua doença. O conforto para o paciente também deve ser estendido aos seus familiares. Porque é difícil para a família aceitar a perda de um ente querido. E os dois precisam de muito apoio para enfrentar essa situação da melhor forma possível. Devemos focar também no conforto para os familiares, pois também apresentam grande sofrimentos nestes momentos finais do paciente.</i> |

Ideia Central: Aliviar a dor e o sofrimento.

| PARTICIPANTES | EXPRESSIONES CHAVE |
|---------------|--|
| 4 | Dar conforto ao paciente e a família. Não somente à sua dor, mas também ao medo que possam vir a sentir. Não permitir que o paciente se sinta abandonado quando não há mais prognóstico ou tratamento convencional para a sua doença. Aliviar suas dores e angústias perante a morte. |
| 6 | Então, num paciente no quadro de terminalidade já pré determinado o principal objetivo é conseguir conforto para o paciente. Se este paciente tem dor tentar melhorar, se tem dispneia tentar aliviar. Caso o paciente tenha algum problema que eu consiga corrigir, como infecção, eu também tento tratar. Vou evitar ações para possam trazer para ele malefícios. Algo invasivo como intubação, acesso venoso central, pois são procedimentos invasivos que trariam sofrimento para o paciente e pouco ganho lá na frente. Então resumindo o principal objetivo para o paciente é conforto. |
| 9 | Agente sempre quando atende um paciente neste nível de terminalidade, buscamos conversar primeiramente com a família. E para o paciente em si, tentamos dar o maior cuidado para que ele não sofra muita dor, fazendo uma palição mesmo. Entrado com cuidados paliativos e medidas não invasivas para ele tenha e evolua para um próximo passo sem ter um sofrimento muito intenso. Para ser minimizado ao máximo o seu sofrimento, e em alguns casos entrando com bomba de morfina se for necessário. |
| 12 | Para um paciente na condição de terminalidade, levando em consideração diversos fatores, a meta seria aliviar a dor e o sofrimento do paciente. E neste contexto também devemos focar no conforto para os familiares, pois também apresentam grande sofrimentos nestes momentos. |
| 13 | Eu espero na verdade, garantir o conforto máximo para o paciente. Aliviar a dor, aliviar os sintomas dele. Agente não conseguir fazer isso sempre, porque é um caso de terminalidade, pois não tem muito o que se fazer para o paciente no sentido de cura. E o que eu busco que oferecer o máximo de conforto para que ele não sofra até o fim da progressão da doença dele. |
| 15 | Quando presto assistência num paciente terminal eu fico atento ao objetivo principal nesta situação que é o paciente tenha conforto, alívio da dor, bem-estar na medida do possível. Muitas vezes o quadro clínico é complicado, mas minha meta é sempre o alívio da dor e fornecer conforto. |
| 16 | Diante do fato do paciente ser considerado terminal, o nosso objetivo em princípio é diminuir o sofrimento dele, possibilitando a ele que continue vivendo de uma maneira mais confortável sem sofrimento. Não que o seu problema seja resolvido, mas que pelo menos o seu sofrimento seja diminuído. |

| | |
|-----|--|
| 17 | Acho um tema muito complexo, na minha experiência considero que muito pode ser refletido e feito, mas resumo somente no aspecto de melhorar a qualidade de vida do paciente, buscando principalmente dar conforto. |
| 18 | Bom para um paciente na condição de terminalidade o que eu mais espero para ele é atingir o conforto máximo para ele neste momento. Um paciente em terminalidade de vida seja oncológico ou dependente totalmente nas atividades. A gente espera aliviar totalmente o sofrimento deste paciente, não deixando que ele sinta tudo que está acontecendo, sinta dores, sinta desconforto respiratório. |
| 19 | Eu espero atingir, a diminuição da dor do paciente, aliviando as dores que ele está sentindo naquele momento. De forma geral minha meta é tentar dentro do paciente oferecer para o paciente o máximo de conforto possível. |
| DSC | <i>A condição de terminalidade já é uma situação complicada, porque ela exige um entendimento de todos os envolvidos. Vou evitar ações para possam trazer para ele malefícios. Preciso levar em consideração diversos fatores, mas o objetivo seria aliviar a dor e o sofrimento do paciente. Muitas vezes o quadro clínico é complicado, mas minha meta é sempre o alívio da dor, possibilitando ao paciente que continue vivendo de uma maneira mais confortável e sem sofrimento, melhorando assim sua qualidade de vida.</i> |

Ideia Central: Atender a expectativa da família.

| PARTICIPANTES | EXPRESSÕES CHAVE |
|---------------|--|
| 10 | Na verdade eu espero atingir duas coisas. A primeira é dar conforto ao paciente, resolver a demanda que ele trouxe, mas focando no conforto, uma vez que ele é paciente terminal. E outra coisa que faz parte do meu objetivo e atender a expectativa do familiar, então eu tento ser o mais claro possível para o familiar sentir segurança com a conduta que será realizada. |
| DSC | <i>Na verdade, eu espero atender a expectativa do familiar, então eu tento ser o mais claro possível para o familiar sentir segurança com a conduta que será realizada.</i> |

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 (IAD2-2)

Tema: Considerações médicas utilizadas para a adoção ou não de medidas relacionadas ao prolongamento da vida

Ideia Central: Condições clínicas do paciente

| PARTICIPANTES | EXPRESSÕES-CHAVE |
|---------------|---|
| 3 | Muitas vezes a família não aceita a doença do paciente, então insiste que o médico prolongue o sofrimento dessa pessoa. Ao meu ver, temos que considerar se o paciente tem prognóstico de cura ou pelo de condições de vida com dignidade, para ver se estamos realmente te fazendo o bem. Se este paciente tem condições de vida sem sofrimento a gente vai prolongar a vida dele para que ele fique um pouco mais com a família, se não faremos medidas de conforto e dignidade para que esta pessoa apresente um final de vida tranquilo. |
| 7 | Eu considero o estado clínico do paciente, consciência, estado geral, desconforto do corpo, na respiração. Eu considero o estado clínico de chegada do paciente, se ele está realmente muito debilitado fisicamente. Eu avalio se realmente a condição clínica apresentada pelo paciente não apresenta mais respostas a intervenções que possam ser realizadas. Portanto eu sempre me questiono sobre o estado clínico do paciente para direcionar minhas condutas. Pois precisamos identificar o momento de desgaste as energias do paciente. Temos que respeitar o momento de partir do paciente, que o momento do fim. Temo que respeitar este momento. |
| 8 | Eu acho que em primeiro lugar eu considero a condição do paciente, qual a forma que ele se encontra naquele momento. Se é um paciente orientado, ou se é um paciente já alguma demência, se é um paciente que aceita bem as condições de sua doença e está conformado com aquilo. Então, acho que em primeiro lugar o paciente. Em segundo lugar acho que é o posicionamento da família, pois muitas vezes a sua vontade pode acabar gerando medidas de intervenção no paciente, como uma intubação, ou outros procedimentos invasivos que vão trazer sofrimento e um prolongamento da vida do paciente, mas sem muita expectativa. Considero entre outros fatores também a opinião do médico assistente. |
| 9 | Está é uma pergunta um pouco mais delicada. Está mais relacionada com a história clínica do paciente, se tem ou não algum prognóstico segundo a informação passada pelo médico responsável por este paciente. E também ser for um evento agudo, precisamos investigar mais com a família se o paciente era ativo, ou se paciente está acamado a muito tempo. É muito importante conversar com a família e verificar a sua opinião. São, portanto, vários fatores que devem ser avaliados, como |

| | |
|-----------|---|
| | história clínica do paciente, posicionamento dos familiares e posicionamento do médico assistente. |
| 10 | Primeira coisa que considero é o quadro base do paciente como um todo, qual sua patologia de base, qual a gravidade do quadro crônico, e qual a gravidade do quadro agudo. E num outro momento qual a vontade e desejo da família. Investir ou não em um paciente terminal, precisa de ter o consentimento da família e do próprio paciente, no caso de um paciente lucido, qual o desejo deles neste suporte que vai ser prestado. |
| 11 | Eu avalio a gravidade do quadro clínico do paciente, e as comorbidades que ele apresenta. Se é um paciente oncológico com metástase e acamado, se é um paciente que já não interage mais. Eu sempre discuto isso com a família para decidir, eu não tomo esta decisão sozinho para tomar minhas condutas. |
| 13 | O que deve ser considerado para mim é o estado geral do paciente. Como ele se apresenta para o médico, se ele apresenta uma doença crônica incurável por exemplo. Vamos considerar vários parâmetros, sinais e sintomas, a saúde do paciente e se a doença já está em um estado muito evoluído. Porque nestes casos prolongamentos ainda mais o estado de sofrimento para ele. E nos casos do pacientes apresentar um bom estado geral, busco estabilizar para que o paciente aproveite da melhor forma possível seu termino de vida. |
| 14 | Neste momento eu acho que esta decisão deve ser tomada em conjunto com o médico plantonista e o médico responsável pelo paciente, e também com os familiares. Todos devem estar cientes do quadro clínico do paciente. O quadro do paciente deve ser bem avaliado, como sua reserva nutricional, se ele tem alguma capacidade de ter uma qualidade de vida ainda possível. Mas considero sempre tomar minhas condutas após uma boa conversa com familiares e o médico responsável pelo paciente. |
| 15 | Eu diria que na minha percepção, é considerado a condição clínica do paciente. A forma como ele chega ao serviço, geralmente trazido por seus familiares, a fator mais relevante e condição clínica que ele chega. Ele deve ser bem avaliado para definirmos qual será a melhor conduta a ser tomada. |
| 16 | Sobre a adoção de medidas que prolongue a vida do paciente terminal, acredito que não temos o poder resolver o quanto o paciente pode ou não viver, fica difícil para decidir. Portanto temos que levar em consideração vários fatores, como o posicionamento dos familiares, o estado de consciência do paciente e sua apresentação clínica. |
| 17 | Vou ser breve, acho que como médica, devo em primeiro lugar considerar quanto a adoção ou não de medidas que prolonguem a vida a expectativa do paciente em relação a doença, a expectativa da família e as condições que ele tem para ser tratado. |
| 18 | Eu acho que acima de tudo o quadro clínico do paciente. As condições clínicas, as condições de saúde mental, a dependência nas atividades diárias. E outro aspecto em conjunto com a |

| | |
|-----|---|
| | <p>família, adotamos medidas que possam promover o conforto do paciente. Buscando sempre conversar sobre medidas que vão ser realizadas. Destacamos para a família sempre a necessidade de implantar cuidados paliativos para o paciente. Evitando sempre medidas que sejam invasivas que possam aumentar o sofrimento do paciente.</p> |
| 19 | <p>Então vai ser considerado, se o paciente não tiver voz sobre ele, conversar com os familiares para ver se eles estão de acordo em prologar este sofrimento do paciente. Se o prognóstico vai ajudar de alguma forma, eu sempre opto por conversar com os familiares para tomar as decisões necessárias.</p> |
| DSC | <p><i>Eu considero o estado clínico do paciente, consciência, estado geral, desconforto do corpo e na respiração. Eu considero o estado clínico de chegada do paciente, se ele está realmente muito debilitado fisicamente. Eu avalio se realmente a condição clínica apresentada pelo paciente não apresenta mais respostas a intervenções que possam ser realizadas. Devemos avaliar a gravidade do quadro clínico do paciente, as comorbidades que ele apresenta. Se é um paciente oncológico com metástase e acamado, se é um paciente que já não interage mais. Portanto eu sempre me questiono sobre o estado clínico do paciente para direcionar minhas condutas. Pois precisamos identificar o momento de desgaste das energias do paciente. Temos que respeitar o momento de partir do paciente, que é o momento do fim. Temo que respeitar este momento. Temos que considerar se o paciente tem prognóstico de cura ou pelo menos de condições de vida com dignidade, para ver se estamos realmente te fazendo o bem.</i></p> |

Ideia Central: Autonomia da família

| PARTICIPANTES | EXPRESSÕES-CHAVE |
|---------------|---|
| 1 | <p>No que diz respeito a prolongar a vida do paciente terminal, eu levo muito em consideração a vontade do paciente. Porque só ele, em várias situações sabe o que está vivendo. Do ponto de vista de dor e sofrimento diário, algo que ele enfrenta no dia a dia. Na falta do senso crítico do paciente em tomar essa decisão, eu tento muito conversar com a família do ponto de vista de não prolongar esse sofrimento. É a minha luta diária quando eu tenho esse relacionamento junto com a família é tentar trazer a paz e que eles deixem as coisas caminharem da melhor forma possível. Orientando eles que a morte é inevitável que traria muito mais sofrimento para o paciente. E trago para este paciente uma analgesia com um conforto da melhor forma possível.</p> |

| | |
|---|--|
| 5 | <p>Estamos falando de um paciente terminal, então não teria mais medidas terapêuticas para mudar a história da doença, teríamos então medidas para melhorar a qualidade de vida do paciente. Então assim prolongar a vida seria melhorar a qualidade? Depende das perspectivas desse paciente, do que ele espera que aconteça ainda na vida dele, dos motivos que levariam ele a querer, ou a família, pois em algumas vezes o paciente não tem condição de decidir. Por exemplo, um paciente de UTI não teria condição de decidir, então o que eu acharia interessante para poder prolongar ou não a sua vida, seria considerar a escolha da família.</p> |
| 6 | <p>Num primeiro momento a principal ação que eu sigo é conversar com a família. E se o paciente também estiver consciente realizo uma conversa com ele. Busco identificar se o paciente apresentava previamente algum grau de dependência ou independência, se tinha nível de cognitivo aceitável, se a doença dele tem ou não chance de melhora. A partir dessa anamnese com o paciente e a conversa com a família, tento estabelecer até que ponto eu posso fazer por este paciente para tentar melhorar porém sem fazer nada que seja maléfico para ele. Considero importante saber como era o quadro prévio do paciente. Tento sempre optar por conforto. Mas é uma decisão compartilhada entre médico e familiar. Exponho sempre a minha opinião, mas considero a opinião dos familiares.</p> |
| 8 | <p>Eu acho que em primeiro lugar eu considero a condição do paciente, qual a forma que ele se encontra naquele momento. Se é um paciente orientado, ou se é um paciente já alguma demência, se é um paciente que aceita bem as condições de sua doença e está conformado com aquilo. Então, acho que em primeiro lugar o paciente. Em segundo lugar acho que é o posicionamento da família, pois muitas vezes a sua vontade pode acabar gerando medidas de intervenção no paciente, como uma intubação, ou outros procedimentos invasivos que vão trazer sofrimento e um prolongamento da vida do paciente, mas sem muita expectativa. Considero entre outros fatores também a opinião do médico assistente.</p> |
| 9 | <p>Está é uma pergunta um pouco mais delicada. Está mais relacionada com a história clínica do paciente, se tem ou não algum prognóstico segundo a informação passada pelo médico responsável por este paciente. E também ser for um evento agudo, precisamos investigar mais com a família se o paciente era ativo, ou se paciente está acamado a muito tempo. É muito importante conversar com a família e verificar a sua opinião. São, portanto, vários fatores que devem ser avaliados, como história clínica do paciente, posicionamento dos familiares e posicionamento do médico assistente.</p> |

| | |
|----|--|
| 10 | Primeira coisa que considero é o quadro base do paciente como um todo, qual sua patologia de base, qual a gravidade do quadro crônico, e qual a gravidade do quadro agudo. E num outro momento qual a vontade e desejo da família. Investir ou não em um paciente terminal, precisa de ter o consentimento da família e do próprio paciente, no caso de um paciente lucido, qual o desejo deles neste suporte que vai ser prestado. |
| 11 | Eu avalio a gravidade do quadro clínico do paciente, e as comorbidades que ele apresenta. Se é um paciente oncológico com metástase e acamado, se é um paciente que já não interage mais. Eu sempre discuto isso com a família para decidir, eu não tomo esta decisão sozinho para tomar minhas condutas. |
| 12 | Como médico, eu já tendo a convicção que o paciente não apresenta mais condições de fornecer respostas aos tratamentos que são realizados. Eu considero conversar com os familiares para buscar um consenso sobre quais seriam as melhores opções para o paciente. Outro aspecto que avalio são as colocações dos colegas médicos sobre o quadro do paciente. |
| 14 | Neste momento eu acho que esta decisão deve ser tomada em conjunto com o médico plantonista e o médico responsável pelo paciente, e também com os familiares. Todos devem estar cientes do quadro clínico do paciente. O quadro do paciente deve ser bem avaliado, como sua reserva nutricional, se ele tem alguma capacidade de ter uma qualidade de vida ainda possível. Mas considero sempre tomar minhas condutas após uma boa conversa com familiares e o médico responsável pelo paciente. |
| 16 | Sobre a adoção de medidas que prolongue a vida do paciente terminal, acredito que não temos o poder resolver o quanto o paciente pode ou não viver, fica difícil para decidir. Portanto temos que levar em consideração vários fatores, como o posicionamento dos familiares, o estado de consciência do paciente e sua apresentação clínica. |
| 17 | Vou ser breve, acho que como médica, devo em primeiro lugar considerar quanto a adoção ou não de medidas que prolonguem a vida a expectativa do paciente em relação a doença, a expectativa da família e as condições que ele tem para ser tratado. |
| 19 | Então vai ser considerado, se o paciente não tiver voz sobre ele, conversar com os familiares para ver se eles estão de acordo em prologar este sofrimento do paciente. Se o prognostico vai ajudar de alguma forma, eu sempre opto por conversar com os familiares para tomar as decisões necessárias. |
| 20 | Então, eu acho que o direito a vida é um direito de todos. Sou muito sensível ao que o paciente e os familiares passam e o que eles precisam. É uma situação delicada, envolvem muitos sentimentos dos pacientes e de seus familiares. Portanto que busco considerar sempre os posicionamentos do paciente quando possível e também de seus familiares. |

| | |
|------------|--|
| DSC | <p><i>Então, eu acho que o direito à vida é um direito de todos. Sou muito sensível ao que o paciente e os familiares passam e o que eles precisam. É uma situação delicada, envolvem muitos sentimentos de seus familiares. Eu sempre opto por conversar com os familiares para tomar as decisões necessárias. Sobre a adoção de medidas que prolongue a vida do paciente terminal, acredito que não temos o poder resolver o quanto o paciente pode ou não viver, mesmo que com sofrimento ainda, fica difícil para decidir. Portanto temos que levar em consideração vários fatores, como o posicionamento dos familiares. Eu considero conversar com os familiares para buscar um consenso sobre quais seriam as melhores opções para o paciente. Eu sempre discuto isso com a família para decidir, eu não tomo esta decisão sozinho para tomar minhas condutas. Mas é uma decisão compartilhada entre medico e familiar.</i></p> |
|------------|--|

Ideia Central: Autonomia do paciente

| PARTICIPANTES | EXPRESSÕES-CHAVE |
|----------------------|---|
| 1 | <p>No que diz respeito a prolongar a vida do paciente terminal, eu levo muito em consideração a vontade do paciente. Porque só ele, em várias situações sabe o que está vivendo. Do ponto de vista de dor e sofrimento diário, algo que ele enfrenta no dia a dia. Na falta do senso crítico do paciente em tomar essa decisão, eu tento muito conversar com a família do ponto de vista de não prolongar esse sofrimento. É a minha luta diária quando eu tenho esse relacionamento junto com a família é tentar trazer a paz e que eles deixem as coisas caminhem da melhor forma possível. Orientando eles que a morte é inevitável que traria muito mais sofrimento para o paciente. E trago para este paciente uma analgesia com um conforto da melhor forma possível.</p> |
| 2 | <p>Eu acho que a principal coisa que usamos para decidir se vai fazer tal procedimento, ou tal medicamento, eu acho que o mais importante é a qualidade de vida, se aquela ação vai trazer algum benefício para o paciente. Nem sempre prolongar a vida vai ser um benefício para o paciente. Então eu acho que a primeira coisa que devemos pensar é em relação a qualidade de vida. Eu vou ter que fazer uma intubação num paciente que tem um câncer de pulmão e DPOC, tudo isso será que seria benéfico para ele? Será que traria algum benefício para ele? Neste caso colocar uma bomba de morfina para dar um conforto para ele. Então vamos decidir primeiramente priorizando o benefício. Outro aspecto é considerar a autonomia do paciente. Temos que conversar com ele mostrando todas as possibilidades e ter transparência, falando tudo que pensamos em fazer e decidir em conjunto também.</p> |

| | |
|---|---|
| 4 | <p>Quando eu falo a própria vontade do paciente em penso primeiro em mim, e depois também em meus familiares. Eu se estivesse em fase terminal não gostaria de prolongar minha vida por meio de cuidados hospitalares somente para saberem que estou ali viva. Não gostaria também de deixar com que os outros passassem por esse sofrimento, somente por egoísmo, muitas vezes dos que amam, da própria família, somente por não saberem lidar naquele momento com a morte. A doença por si só tem sua evolução natural, todos os procedimentos necessários que pudessem curar já foram tentados, assim não gostaria que postergassem em mim cuidados a mais que me causassem dor e sofrimento em terminal, sabendo que nada mais adiantaria. Acredito que o amor pelo paciente e a fé que gente tem em Deus independente de religião, é o que nos conforta sempre. Precisamos de um Deus para continuarmos.</p> |
| 5 | <p>Estamos falando de um paciente terminal, então não teria mais medidas terapêuticas para mudar a história da doença, teríamos então medidas para melhorar a qualidade de vida do paciente. Então assim prolongar a vida seria melhorar a qualidade? Depende das perspectivas desse paciente, do que ele espera que aconteça ainda na vida dele, dos motivos que levariam ele a querer, ou a família, pois em algumas vezes o paciente não tem condição de decidir. Por exemplo, um paciente de UTI não teria condição de decidir, então o que eu acharia interessante para poder prolongar ou não a sua vida, seria considerar a escolha da família.</p> |
| 6 | <p>Num primeiro momento a principal ação que eu sigo é conversar com a família. E se o paciente também estiver consciente realizo uma conversa com ele. Busco identificar se o paciente apresentava previamente algum grau de dependência ou independência, se tinha nível de cognitivo aceitável, se a doença dele tem ou não chance de melhora. A partir dessa anamnese com o paciente e a conversa com a família, tento estabelecer até que ponto eu posso fazer por este paciente para tentar melhorar sem fazer nada que seja maléfico para ele. Considero importante saber como era o quadro prévio do paciente. Tento sempre optar por conforto. Mas é uma decisão compartilhada entre médico e familiar. Exponho sempre a minha opinião, mas considero a opinião dos familiares.</p> |
| 8 | <p>Eu acho que em primeiro lugar eu considero a condição do paciente, qual a forma que ele se encontra naquele momento. Se é um paciente orientado, ou se é um paciente já alguma demência, se é um paciente que aceita bem as condições de sua doença e está conformado com aquilo. Então, acho que em primeiro lugar o paciente. Em segundo lugar acho que é o posicionamento da família, pois muitas vezes a sua vontade pode acabar gerando medidas de intervenção no paciente, como uma intubação, ou outros procedimentos invasivos que vão trazer sofrimento e um prolongamento da vida do paciente, mas</p> |

| | |
|-----|---|
| | sem muita expectativa. Considero entre outros fatores também a opinião do médico assistente. |
| 10 | Primeira coisa que considero é o quadro base do paciente como um todo, qual sua patologia de base, qual a gravidade do quadro crônico, e qual a gravidade do quadro agudo. E num outro momento qual a vontade e desejo da família. Investir ou não em um paciente terminal, precisa de ter o consentimento da família e do próprio paciente, no caso de um paciente lucido, qual o desejo deles neste suporte que vai ser prestado. |
| 19 | Então vai ser considerado, se o paciente não tiver voz sobre ele, conversar com os familiares para ver se eles estão de acordo em prologar este sofrimento do paciente. Se o prognostico vai ajudar de alguma forma, eu sempre opto por conversar com os familiares para tomar as decisões necessárias. |
| 20 | Então, eu acho que o direito a vida é um direito de todos. Sou muito sensível ao que o paciente e os familiares passam e o que eles precisam. É uma situação delicada, envolvem muitos sentimentos dos pacientes e de seus familiares. Portanto que busco considerar sempre os posicionamentos do paciente quando possível e também de seus familiares. |
| DSC | <i>É uma situação delicada, envolvem muitos sentimentos dos pacientes. No que diz respeito a prolongar a vida do paciente terminal, eu levo muito em consideração a vontade do paciente. Porque só ele, em várias situações sabe o que está vivendo. Do ponto de vista de dor e sofrimento diário, algo que ele enfrenta no dia a dia. Temos que conversar com ele mostrando todas as possibilidades e ter transparência, falando tudo que pensamos em fazer e decidir em conjunto também. Eu se estivesse em fase terminal não gostaria de prolongar minha vida por meio de cuidados hospitalares somente para saberem que estou ali vivo. Depende das perspectivas desse paciente, do que ele espera que aconteça ainda na vida dele, dos motivos que levariam ele a querer considero as condutas que vou realizar. Investir ou não em um paciente terminal, precisa de ter o consentimento do próprio paciente, no caso de um paciente lucido, qual o desejo deles neste suporte que vai ser prestado.</i> |

Ideia Central: Conversa com médico responsável pelo paciente

| PARTICIPANTES | EXPRESSÕES-CHAVE |
|---------------|---|
| 8 | Eu acho que em primeiro lugar eu considero a condição do paciente, qual a forma que ele se encontra naquele momento. Se é um paciente orientado, ou se é um paciente já alguma demência, se é um paciente que aceita bem as condições de sua doença e está conformado com aquilo. Então, acho que em primeiro lugar o paciente. Em segundo lugar acho que é o posicionamento da família, pois muitas vezes a sua vontade pode acabar gerando medidas de intervenção no paciente, como |

| | |
|-----|--|
| | <p>uma intubação, ou outros procedimentos invasivos que vão trazer sofrimento e um prolongamento da vida do paciente, mas sem muita expectativa. Considero entre outros fatores também a opinião do médico assistente.</p> |
| 9 | <p>Está é uma pergunta um pouco mais delicada. Está mais relacionada com a história clínica do paciente, se tem ou não algum prognóstico segundo a informação passada pelo médico responsável por este paciente. E também ser for um evento agudo, precisamos investigar mais com a família se o paciente era ativo, ou se paciente está acamado a muito tempo. É muito importante conversar com a família e verificar a sua opinião. São, portanto, vários fatores que devem ser avaliados, como história clínica do paciente, posicionamento dos familiares e posicionamento do médico assistente.</p> |
| 12 | <p>Como médico, eu já tendo a convicção que o paciente não apresenta mais condições de fornecer respostas aos tratamentos que são realizados. Eu considero conversar com os familiares para buscar um consenso sobre quais seriam as melhores opções para o paciente. Outro aspecto que avalio são as colocações dos colegas médicos sobre o quadro do paciente.</p> |
| 14 | <p>Neste momento eu acho que esta decisão deve ser tomada em conjunto com o médico plantonista e o médico responsável pelo paciente, e também com os familiares. Todos devem estar cientes do quadro clínico do paciente. O quadro do paciente deve ser bem avaliado, como sua reserva nutricional, se ele tem alguma capacidade de ter uma qualidade de vida ainda possível. Mas considero sempre tomar minhas condutas após uma boa conversa com familiares e o médico responsável pelo paciente.</p> |
| DSC | <p><i>Está é uma pergunta um pouco mais delicada. Está mais relacionada com a história clínica do paciente, se tem ou não algum prognóstico segundo a informação passadas pelo médico responsável pelo paciente. Eu considero que devemos ponderar sobre três fatores, um deles é a opinião do médico assistente. As colocações dos colegas médicos sobre o quadro do paciente eu busco sempre avaliar. Portanto considero sempre tomar minhas condutas após uma boa conversa com o médico responsável pelo paciente.</i></p> |

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Valores decisivos na tomada de decisões na adoção do prolongamento de vida em pacientes terminais

Pesquisador: Antônio Marcos Coldibelli Francisco

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03152518.5.0000.5102

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.133.006

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa busca discutir questões Bioéticas e sua relação com a Terminalidade da Vida. Apresentará como objetivo principal conhecer os valores que influenciam na tomada de decisão quanto à adoção ou não de medidas de prolongamento da vida em pacientes terminais. O tema proposto tem alta relevância entre os tópicos da Bioética. Não é um assunto novo, porém trouxe sempre discussões e dificuldades. Podemos destacar que, com os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, surgiram dilemas que merecem reflexão, pois estão associados aos valores éticos relacionados entre pacientes e seus familiares com os profissionais de saúde. A proposta do estudo será abranger profissionais médicos que atuam no serviço de Pronto Socorro do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL). O presente estudo será de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório e transversal. A abordagem qualitativa foi utilizada para o conhecimento dos significados e valores dos profissionais envolvidos na pesquisa. Para conhecer e descrever os valores e significados dos médicos na tomada de condutas diante de um paciente na condição de terminalidade sob o referencial das Representações Sociais, a opção pela abordagem qualitativa e o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) serão os mais adequados para a construção desses significados e valores, permitindo, assim, a aproximação com o fenômeno em estudo.

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 3.133.006

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer os valores que influenciam na tomada de decisão quanto à adoção ou não de medidas de prolongamento da vida em pacientes terminais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Trabalho não acrescenta riscos físicos, emocionais ou psicológicos para os participantes.

Benefícios:

A relevância científica deste trabalho se refere ao preenchimento de lacunas de conhecimento, frente a este tema que ainda não integra explicitamente a formação médica brasileira. Sobre a relevância profissional, justificasse por tratar de conteúdo com repercussões atuais das práticas e condutas de profissionais de saúde ao paciente em condição de terminalidade. Já a relevância social se refere ao conhecimento que a sociedade precisa ter em relação a temática da vida, da morte, do processo de doença e da condição de terminalidade. Compreendendo assim conceitos e valores sobre os cuidados e condutas que devem ser priorizados para um familiar que esteja em condição terminal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema proposto tem alta relevância entre os tópicos da Bioética. Não é um assunto novo, porém trouxe sempre discussões e dificuldades. Podemos destacar que, com os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, surgiram dilemas que merecem reflexão, pois estão associados aos valores éticos relacionados entre pacientes e seus familiares com os profissionais de saúde. Em geral os profissionais que trabalham em pronto socorros lidam diariamente com situações de adoção e retirada de suporte vital, lidando com a morte e terminalidade como a grande adversária, resultando em condutas extraordinárias para manutenção da vida a qualquer preço, muitas vezes desconsiderando a vontade do paciente ou de seus familiares. Tais condutas, podem trazer como conseqüências o aumento da dor e da agonia prolongada para o paciente e seus familiares. As ciências da saúde incorporam com grande rapidez o avanço científico, de tal forma que a aferição e controle das variáveis vitais oferecem aos profissionais a possibilidade de adiar o momento da morte. Se no início do século XX o tempo estimado para o óbito após a ocorrência de uma grave enfermidade terminal era de cinco dias, no seu final era de 10 vezes maior. A literatura afirma que processo terminal é a condição em que o paciente se encontra sem condições de cura. Os cuidados ao doente em fase terminal representam um grande desafio para os profissionais de saúde que devem reconhecer que quando as metas do curar deixam de

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 3.133.006

existir e as metas do cuidar devem ser reforçadas. O domínio tecnológico atual levou ao prolongamento artificial da morte, levantando reflexões que envolvem conflitos dos paradigmas de curar ou cuidar. Pois em pacientes sem perspectivas terapêuticas, a cura como objetivo primário torna-se distante, e as condutas dos profissionais de saúde devem ser direcionadas para o cuidar. Estas questões são de interesse da Bioética, e propõe reflexões e ações que podem nortear as condutas dos profissionais emergencistas. A relevância científica deste trabalho se refere ao preenchimento de lacunas de conhecimento, frente a este tema que ainda não integra explicitamente a formação médica brasileira. Sobre a relevância profissional, justificasse por tratar de conteúdo com repercussões atuais das práticas e condutas de profissionais de saúde ao paciente em condição de terminalidade. Já a relevância social se refere ao conhecimento que a sociedade precisa ter em relação a temática da vida, da morte, do processo de doença e da condição de terminalidade. Compreendendo assim conceitos e valores sobre os cuidados e condutas que devem ser priorizados para um familiar que esteja em condição terminal. a temática da vida, da morte, do processo de doença e da condição de terminalidade

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Divulgar os resultados do estudo à comunidade escolar onde o mesmo foi realizado e à comunidade acadêmica, possibilitando a continuidade de estudos sobre o tema.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa atende as disposições da Resolução 466/2012 e pode ser aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao término do estudo apresentar relatório ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1240629.pdf | 02/01/2019 14:40:16 | | Aceito |
| Declaração de Instituição e | termo_infraestrutura.pdf | 02/01/2019 14:38:12 | ALEXSANDRO FONSECA GAVA | Aceito |

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470
Bairro: Campus Fátima I CEP: 37.554-210
UF: MG Município: POUSO ALEGRE
Telefone: (35)3449-9232 E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 3.133.006

| | | | | |
|--|--------------------------|------------------------|----------------------------|--------|
| Infraestrutura | termo_infraestrutura.pdf | 02/01/2019 14:38:12 | ALEXSANDRO FONSECA GAVA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_detalhdo.pdf | 20/11/2018 13:07:54 | ALEXSANDRO FONSECA GAVA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 20/11/2018 11:02:44 | ALEXSANDRO FONSECA GAVA | Aceito |
| Brochura Pesquisa | Brochura_Pesquisa.pdf | 20/11/2018 11:02:31 | ALEXSANDRO FONSECA GAVA | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderosto.pdf | 19/11/2018 18:45:04 | ALEXSANDRO FONSECA GAVA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

POUSO ALEGRE, 05 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Silvia Mara Tasso
(Coordenador(a))