

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Danieli Brum de Souza

**ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS NA COMUNICAÇÃO DE
NOTÍCIAS DIFÍCEIS POR MÉDICOS RESIDENTES DA CLÍNICA
CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL**

Santa Maria, RS.
2019

Danieli Brum de Souza

**ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS NA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS
POR MÉDICOS RESIDENTES DA CLÍNICA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL DO
SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências da Saúde, Pró Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Maria como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Teresa Aquino de Campos Velho

Santa Maria, RS
2019

Souza, Danieli Brum de
ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS NA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS
DIFÍCEIS POR MÉDICOS RESIDENTES DA CLÍNICA CIRÚRGICA EM UM
HOSPITAL DO SUL DO BRASIL / Danieli Brum de Souza.- 2019.
81 p.; 30 cm

Orientadora: Maria Teresa Aquino de Campos Velho
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2019

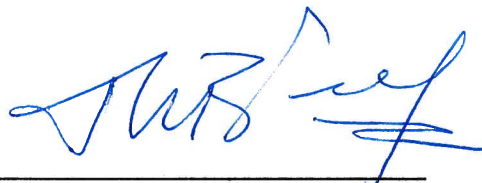
1. Bioética 2. Ética 3. Notícias difíceis 4. Médico
residente I. Velho, Maria Teresa Aquino de Campos II.
Título.

Danieli Brum de Souza

**ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS NA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS
POR MÉDICOS RESIDENTES DA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DO
SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências da Saúde, Pró Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Maria como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde.**

Aprovado em 29 de agosto de 2019:



Maria Teresa Aquino de Campos Velho, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)



Cláudia Zamberlan, Dra. (UFN)



Susan Bublitz, Dra. (HUSM)

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Mathias e Sophia e meus pais Ciro e Tânia.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados filhos que são a energia propulsora da minha vida. E que graças ao amor deles fazem com que eu me dedique cada vez mais a minha carreira de psicóloga que tanto amo.

Aos meus pais que sempre estão ao meu lado, em todos os momentos da minha vida, que tanto me apoiaram e ajudaram neste processo.

A minha querida colega e amiga, Nagele Beschoren, que desde o princípio me incentivou e ajudou no percurso do mestrado.

À minha querida orientadora, Prof. Maria Teresa, exemplo de profissional e mulher. Obrigada pelo aprendizado, dedicação e compreensão.

Aos membros da banca, por gentilmente aceitar o convite de contribuir com esse trabalho e partilhar esse momento tão importante.

À Universidade Federal de Santa Maria, pelo prazer proporcionado no aprimoramento na minha carreira profissional durante a residência multiprofissional e o mestrado profissional.

Ao Hospital Universitário de Santa Maria e todos os profissionais envolvidos na assistência, local em que realizei minha prática durante a residência, no qual o aprendizado transcendeu o conhecimento, me tornando uma pessoa mais humana.

Aos Médicos residentes participantes desta pesquisa, que além das contribuições, disponibilizaram seu tempo e conhecimento para que esse trabalho fosse possível.

RESUMO

ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS NA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS POR MÉDICOS RESIDENTES DA CLÍNICA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

AUTOR: Danieli Brum de Souza

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Aquino Campos Velho

O hospital geral é o local onde pacientes que necessitam de cuidado especializado são admitidos, seja para tratar condições agudas ou crônicas. Tais condições trazem consigo notícias difíceis, sendo aquelas de ameaça à vida e ao bem estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais e emocionais que podem advir, tornando-se, assim, vivências únicas. Frente a esse pressuposto, a ética e a bioética se apresentam como disciplinas que devem, no seu escopo de atuação, orientar os caminhos e cuidados necessários para garantir amplos direitos aos pacientes e conjuntamente, uma prática profissional com responsabilidade, ética e prudência com ênfase na dignidade humana. Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar e compreender, principalmente, como os princípios éticos e bioéticos eram conhecidos, regiam e orientavam as condutas de médicos residentes de uma equipe da Clínica Cirúrgica, no momento de comunicar notícias difíceis aos pacientes e familiares. A pesquisa ocorreu através de uma abordagem qualitativa, de cunho exploratório e descritivo, a partir da história oral temática de Meihy. Sendo o marco conceitual utilizado para embasar este estudo a Teoria Principlista de Beauchamp e Childress. A coleta de dados realizou-se por uma entrevista semi-estruturada, com 12 médicos residentes de uma clínica cirúrgica, sendo esse número atingido mediante o critério de saturação. A análise dos dados deu-se através da análise de conteúdo proposta por Bardin. Desta resultaram cinco categorias, que são: respeito à autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e comunicação em saúde. No entanto, percebeu-se que em alguns casos como a alta a pedido, os mesmos mantêm um comportamento paternalista e até mesmo de onipotência, não se mostrando afeitos às condutas mais atuais. Notou-se, pelas respostas dadas, limitações no processo comunicacional com o paciente e no trabalho junto a equipe multiprofissional. Quanto à aplicação do TCLE na saúde disseram ser um documento importante, ficando clara sua aplicação como processo. Relataram que dar notícias difíceis faz parte de seu cotidiano de trabalho, no entanto não receberam nenhuma formação específica para tal. Desconhecem os protocolos que auxiliam os médicos a conduzir e enfrentar adequadamente o processo de desvelar diagnósticos e condutas desfavoráveis. Os autores relacionaram que a notícia difícil se alinha à especialidade dos médicos residentes e que eles ainda associam, principalmente, ao câncer, óbito ou perda de alguma função. Tal fato indica a necessidade de um maior investimento pedagógico durante a formação médica com a finalidade de desenvolver e/ou aprimorar as habilidades de comunicação. Em relação ao trabalho das equipes multiprofissionais, disseram ser muito importante, no entanto funcionam mais por encaminhamentos. Existe pouca discussão entre os médicos residentes e os outros profissionais que cuidam dos pacientes. É importante ressaltar que os médicos residentes referiram de modo enfático o seu desconforto e indignação frente, principalmente, aos cancelamentos cirúrgicos o que causa, segundo eles, problemas de ordem clínica, psíquica e ética tanto para os pacientes da instituição quanto para os próprios médicos e sua atuação mais efetiva e humana.

Palavras-chave: Bioética; Ética; Notícias difíceis; Médico residente.

ABSTRACT

ETHICAL AND BIOETHICAL ASPECTS IN COMMUNICATING HARD NEWS BY RESIDENT DOCTORS OF SURGICAL CLINIC IN A SOUTH BRAZIL HOSPITAL

AUTHOR: Danieli Brum de Souza

ADVISOR: Prof^a Dr^a Maria Teresa Aquino Campos Velho

The General Hospital is the place where patients requiring specialized care are admitted, either to treat acute or chronic conditions. Such conditions bring difficult news with them, being those of threat to life and personal, familiar and social well-being, due to the physical, social and emotional repercussions that may come, becoming, thus, unique experiences. Against this presupposition, ethics and bioethics present themselves as disciplines that should, in its scope of performance, guide the paths and care needed to guarantee broad rights to patients and together, a professional practice through responsibility, ethics and prudence with emphasis in human dignity. Therefore, the objective of this research was to analyze and comprehend, primarily, how the ethical and bioethical principles were known, reacted and oriented resident doctors behaviors in a team of surgical clinic, in the moment of communicating bad news to patients and relatives. The research occurred through a qualitative approach, of an exploratory and descriptive nature, starting from the thematic oral history of Meihy. Being the conceptual framework used to base this study the Principlist Theory, of Beauchamp and Childress. The data collect took place through a semi-structured interview, with 12 resident doctors of a surgical clinic, being this number attained using the saturation criterion. The data analysis occurred through content analysis proposed by Bardin. From this, resulted five categories, which are: respect to autonomy, beneficence, nonmaleficence, justice and communication in health. However, it was perceived that, in some cases, like discharges on request, the same resident doctors maintain a paternalist behavior and even omnipotence, not showing proximity to more current conduits. Through the answers that were given, limitations were noted, in the communicational process with the patient and in the work with the multiprofessional team. As far as the application of the TFIC (Term of Free and Informed Consent) goes, they considered an important document, making clear its application as a process. They reported that difficult news is a part of their daily work, however, referred not having received any specific training regarding such. They ignore protocols that help doctors to conduct and confront properly the process of unveiling diagnosis and unfavorable conduits. The authors related that difficult news aligns to the specialty of the resident doctors and that they still associate it, mainly, with cancer, death or some function loss. Such fact indicates the need for greater pedagogical investment during medical training for the purpose of developing and/or improving communicating skills. Regarding the work of the multiprofessional teams, they considered it very important, however, work more by referrals. There is little discussion among the resident doctors and the other professionals who care for the patients. It is important to highlight that the resident doctors referred emphatically their discomfort and indignation towards, mainly, the surgical cancellations, which causes, according to them, problems of clinical, psychic and ethical problems for both patients of the institution and doctors themselves and their more effective and humane performance.

Keywords: bioethics, ethics, difficult news, resident doctor.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MR – Médico Residente

ND- Notícias Difíceis

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

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

CFM- Conselho Federal de Medicina

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

BI- Bioética de Intervenção

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos MRs	32
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	13
1.1	HISTÓRIA DA BIOÉTICA	13
1.2	ÉTICA E BIOÉTICA	14
1.3	TEORIA PRINCIPALISTA SEGUNDO BEAUCHAMP E CHILDRESS	16
1.3.1	Princípio da Autonomia	17
1.3.2	Princípio da não maleficência	18
1.3.3	Princípio da Beneficência	19
1.3.4	Princípio da Justiça	20
1.4	CRÍTICA AO PRINCIPALISMO	20
1.4.1	Bioética de Intervenção	21
1.5	A COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS	21
2	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	25
2.1	DELINEAMENTO	25
2.2	CENÁRIO E PARTICIPANTES	26
2.3	COLETA DE DADOS	27
2.4	ANÁLISE DOS DADOS	29
2.5	ASPECTOS ÉTICOS	30
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
3.1	RESPEITO À AUTONOMIA	33
3.1.1	Alta a pedido	34
3.1.2	Uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em saúde	37
3.1.3	Recusa ao tratamento	39
3.2	BENEFICÊNCIA	43
3.3	NÃO MALEFICÊNCIA	45
3.4	JUSTIÇA	46
3.4.1	Cancelamento Cirúrgico: uma situação recorrente	47
3.5	COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	50
3.5.1	O que se entende por Notícias Difíceis	50
3.5.1.2	<i>Comunicação: da teoria à prática</i>	52
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	78
	APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	80
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	81

1 INTRODUÇÃO

Hospitais gerais são locais onde pacientes que necessitam de cuidado especializado são admitidos, para tratar condições agudas ou crônicas. Tais condições trazem consigo notícias difíceis, sejam elas de ordem diagnóstica, de intervenções cirúrgicas ou de prognóstico. Geovanini e Braz (2013) citam as notícias difíceis (ND) como sendo uma informação que afeta a perspectiva de futuro próximo ou longínquo de quem a recebe.

Conforme Pereira (2005) as ND são aquelas que ameaçam a vida, o bem estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais e emocionais que podem advir. Dessa maneira, estão geralmente associadas a doenças graves ou a perdas, tornando-se, assim, vivências únicas e difíceis para a pessoa que a recebe e, também, aos seus familiares.

A comunicação de ND é um assunto que vem sendo muito discutido na atualidade, visto a mudança de postura na relação médico-paciente, já que historicamente o modelo biomédico impunha uma postura passiva ao paciente. Durante o século XIX, era incentivada a ocultação da verdade e até mesmo a mentira. No século XX, no entanto, paralelo as várias mudanças nas relações interpessoais humanas, inicia-se um caminho diferente, em que o paciente passa a ser tratado como sujeito autônomo, sendo valorizado seus desejos, posturas e valores (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

O Código de Ética Médica de 2010 enfatiza a autonomia do paciente e também alerta e preconiza que o profissional médico é o responsável pela comunicação de diagnósticos. Com isso, existem maneiras e aprendizados apropriados para realizar essa importante tarefa, no entanto, os currículos de Medicina tendem a subestimar tais temas. Ocorrem, nesse aspecto, lacunas curriculares na formação dos profissionais na área humanística (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Assim, por um lado, o estudo da ética e da bioética procura, no seu escopo de atuação, orientar os caminhos e cuidados necessários para garantir tais ensinamentos e, desse modo, viabilizar amplos direitos, no que compete ao sujeito que se encontra enfermo. Por outro lado, procura orientar as pessoas envolvidas na relação clínica e assegurar que estas desempenhem seus papéis com responsabilidade, ética e prudência (PAIVA, JUNIOR, DAMÁSIO, 2014)

A bioética e a ética são disciplinas que regem as condutas em relação à biologia, à vida humana e ao ecossistema. Na assistência à saúde se apresentam como disciplinas que, mesmo portando marcos teóricos subjetivos, podem ter uma aplicação prática importante

diante do cotidiano da saúde/doença e os dilemas éticos que podem se apresentar. As teorias nas quais se baseia a Bioética buscam uma melhor maneira de atuação profissional, indo além do agir intuitivo ou baseado em experiências prévias, ou seja, as ações devem ser guiadas por princípios e reflexão contínua dos profissionais de saúde (PESSINI, 2013).

Sendo assim, a bioética se insere em variadas perspectivas de análise, ocupando-se das relações humanas, solução de conflitos, nas condutas profissionais em saúde, com ênfase na dignidade humana e sua autonomia. A bioética clínica se coloca a serviço da prática médica, buscando uma melhor reflexão e percurso no seu exercício, resgatando o caráter humanista e humanitário da prática (MONTENEGRO, 2014).

Nesse contexto, a ética médica e a bioética apresentam-se como disciplinas que guiam a análise de um conflito ético e ajudam a tomar uma decisão baseadas em princípios, segundo a teoria principialista de Beauchamp e Childress (2002). Desse modo, é relevante o conhecimento da aplicação da principiologia, e o impacto dela na condução de notícias difíceis no campo da saúde/doença, principalmente em locais que abordam essa questão rotineiramente.

Justifica-se o presente estudo pela pequena abordagem na área de Clínica Cirúrgica, uma vez que a maioria dos trabalhos sobre ND estão associados à oncologia (PINHEIRO, 2012; INCA, 2010).

Em virtude disso, ocorreu a escolha da área a ser realizada a pesquisa, por ser uma especialidade onde ocorrem inúmeras cirurgias eletivas bem como de urgência. Esses procedimentos geralmente são considerados invasivos e de grande porte, como por exemplo, amputações, endarterectomias, laringectomias, cirurgias proctológicas, entre outras. Dessa maneira, podem causar ao paciente limitações e necessidade do uso de dispositivos como, traqueostomia, gastrostomias e colostomias.

Portanto, o objetivo principal deste trabalho é analisar e compreender como os princípios éticos e bioéticos estão presentes e orientam as condutas de médicos residentes (MR) de uma equipe da clínica cirúrgica, no momento de comunicar ND à pacientes e familiares. E como objetivos específicos: investigar qual a percepção dos MR quanto aos aspectos multiprofissionais envolvidos na comunicação de notícias difíceis; investigar se os MR utilizam algum protocolo de comunicação de ND, seu nível de conhecimento e experiência sobre o tema e, por fim, conhecer/analisar/compreender se o MR percebe a influência dos princípios bioéticos na sua conduta ao comunicar ND.

Desse modo, a pergunta norteadora desta pesquisa foi: Os aspectos éticos e bioéticos perpassam e orientam as condutas do MR, de uma equipe da Clínica Cirúrgica no momento

de comunicar ND aos pacientes e familiares? A hipótese a ser testada é: os aspectos éticos e bioéticos perpassam e orientam a comunicação de ND por MR da Clínica Cirúrgica na sua prática clínica.

O marco conceitual utilizado para embasar este estudo será a Teoria Princípalista de Tom Beauchamp e James Childress postulada no ano de 1979, no livro intitulado Princípios de Ética Biomédica, que consagrou o uso dos princípios na abordagem de dilemas e problemas bioéticos. Na obra os autores estabelecem parâmetros para a pesquisa envolvendo seres humanos e também para o comportamento dos profissionais da saúde no atendimento aos pacientes. A partir disso, consideram quatro princípios: Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência, e Justiça.

Justificamos a necessidade de um aprofundamento no tema, já que pela atuação enquanto psicóloga residente nesta clínica, onde foi possível conviver diariamente com a complexidade cirúrgica e psicológica que envolve tais situações, não somente ao paciente, mas como sua repercussão social e familiar. Verificou-se, assim, a premência, a conveniência e a indispensabilidade de mais estudos sobre o tema para melhor compreensão e condutas dentre todos os profissionais da saúde que estão, no seu trabalho cotidiano, envolvidos com a comunicação de notícias difíceis. Acredita-se que, na melhor elaboração, conhecimento e oferta de tais questões aos pacientes, seus familiares e profissionais da saúde, possa-se alcançar de forma mais tangível um aspecto concernente, dentre os tantos imprescindíveis, na humanização da saúde.

1 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 HISTÓRIA DA BIOÉTICA

A origem da bioética perpassa por momentos históricos na evolução da humanidade. Três documentos importantes guiam as pesquisas com seres humanos e apontam os primeiros escritos sobre princípios éticos. O primeiro é o Código de Nuremberg (1947) que emprega uma série de princípios que devem ser seguidos em pesquisas que envolvam seres humanos, principalmente, no que se refere à integridade do sujeito e seu consentimento voluntário em se expor à pesquisas invasivas, ou seja, o primeiro princípio, o da dignidade humana. O segundo documento, a Declaração de Helsinki (1964) agrega novos elementos ao código acima citado, envolve distinção entre pesquisa com sujeitos saudáveis e enfermos, foca no cuidado com a dignidade humana e fez com que em 1974, nos Estados Unidos, fosse criada uma comissão nacional para proteção dos sujeitos envolvidos em pesquisas científicas. Em 1978, o Relatório Belmont sistematiza os princípios éticos identificados pela comissão organizada para tal, em que se fala em beneficência, não maleficência e justiça, dando início aos princípios da bioética (ALBUQUERQUE, 2013).

Na década de 1970, Potter cunhou a neologia Bioética e em 1988, chama a bioética de “ciência da sobrevivência humana”, está classificada como uma ponte entre a ciência biológica e a ética, em que a continuidade da existência humana e da sociedade dependeria do desenvolvimento e da manutenção de um sistema bioético. Ele visa criar uma disciplina que promova a dinâmica e a interação entre o ser humano, meio ambiente e contexto. No mesmo ano aprofundou sua teoria e falou sobre uma ética global (PESSINI, 2013).

A teoria original da bioética era a intuição da sobrevivência da espécie humana, numa forma decente e sustentável de civilização, exigindo o desenvolvimento e manutenção de um sistema de ética. Tal sistema é a bioética global, fundamentada em intuições e reflexões alicerçadas no conhecimento empírico proveniente de todas as ciências, porém, em especial, do conhecimento biológico... Na atualidade, este sistema ético proposto segue sendo o núcleo da bioética ponte com sua extensão para a bioética global, o que exigiu o encontro da ética médica com a ética do meio ambiente numa escala mundial para preservar a sobrevivência humana (POTTER, apud PESSINI, p, 11, 2013).

O mesmo autor cita que, em 1998, Potter expõe a ideia da bioética profunda. A partir dela, deve-se entender o planeta como grande sistema biológico entrelaçados e interdependentes, em que o centro já não é mais o homem, mas sim a própria vida; sendo este

somente um pequeno elo na rede da vida. Os conceitos de Potter perpassam também pela discussão entre ética, religião e crescimento demográfico.

No ano de 2005, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura (UNESCO) publica o documento “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos”, trazendo para o século XXI uma bioética mais ampliada e globalizada e cita na primeira parte do documento:

Considerando o papel da UNESCO na identificação de princípios universais baseados em valores éticos compartilhados para o desenvolvimento científico e tecnológico e a transformação social, de modo a identificar os desafios emergentes em ciência e tecnologia, levando em conta a responsabilidade da geração presente para com as gerações futuras e que as questões da bioética, que necessariamente possuem uma dimensão internacional, devem ser tratadas como um todo, inspirando-se nos princípios já estabelecidos pela Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos e pela Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos e levando em conta não somente o atual contexto científico, mas também desenvolvimentos futuros.

Esse documento tem por objetivo prover uma estrutura universal de princípios e procedimentos para orientar os Estados na formulação de sua legislação, orientando as ações de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas; promovendo o respeito pela dignidade humana e proteção dos direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos, reconhecendo a importância da liberdade da pesquisa científica e os benefícios resultantes dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos. Assim, promove o diálogo multidisciplinar e pluralístico sobre questões bioéticas, salvaguardando e promovendo os interesses das gerações presentes e futuras, ressaltando a importância da biodiversidade e sua conservação como uma preocupação comum da humanidade (UNESCO, 2005).

Portanto, conforme Pessini (2017), à medida que a bioética se torna global, apresenta conceitos e valores éticos, tais como solidariedade, vulnerabilidade e precaução. Assim, abrange a visão para o macro, ou seja, abraça a sociedade como um todo.

1.2 ÉTICA E BIOÉTICA

A ética tem origem na filosofia e surge como estratégia de organização do pensamento e adequação do agir humano. Vai ao encontro de escolhas morais que as pessoas fazem, refletindo sobre as instituições morais de forma sistematizada e crítica (GOLDIM, 2009).

Pessini (2013) pontua que a ética se ocupa com o ser humano e estuda o conflito entre o bem e o mal, que se reflete sobre o agir humano e suas finalidades, onde o princípio universal é o da responsabilidade. Esse princípio deve permear todas as questões éticas e está relacionado aos aspectos de responsabilidade individual, assumida por cada um de nós; da ética da responsabilidade pública, referente ao papel e aos deveres dos Estados com a saúde e a vida das pessoas; e também da responsabilidade planetária, nosso compromisso enquanto cidadãos do mundo.

Guareschi (2008) conceitua que para possuímos ética é necessário um pressuposto filosófico e valorativo, uma consciência crítica, visto que ela não é algo pronto, acabado. À medida que as relações humanas se desenvolvem a ética deve acompanhá-las. Essa proposição corrobora os escritos de Goldim (2009) que relata sobre a ética ser necessária e acompanhada da evolução tecnológica e dos novos desafios introduzidos pela ciência. Assim, pode-se perceber que a preocupação com o aspecto ético na assistência à saúde, não se restringe à simples normatização deontológica (legislação, código de ética profissional), mas estende-se ao respeito à pessoa como cidadã e como ser social (KOERICH, 2005).

No âmbito das ciências da saúde, na história da medicina, sempre houve uma condição de assimetria na relação médico-paciente, que ficou conhecida como “paternalismo médico” e o modelo cartesiano-flexneriano de ensino não preparava os estudantes de medicina para respeitar a autonomia dos pacientes em tomar decisões sobre sua própria vida pessoal. A conduta médica era submissa à obediência e às normas deontológicas, sem espaço para reflexões éticas no respeito à dignidade humana. Com o avanço tecnológico, novos conflitos de natureza ética surgiam, e, assim, a necessidade de discussões e estudos mais aprofundados sobre o cuidado com o ser humano (SIQUEIRA, 2016).

Os códigos de ética profissionais, segundo Beauchamp e Childress (2002), geralmente especificam e impõe obrigações que sejam correlatas aos direitos de outras pessoas, porém tendem a simplificar as exigências morais e como resultado os profissionais podem, erroneamente, supor cumprirem todas as exigências morais necessárias aos profissionais da saúde.

A partir dessas ponderações verifica-se a importância da ampliação do conceito e prática da ética, voltada para as relações construídas no processo de saúde e doença, tanto em decorrência da evolução da relação médico-paciente, quanto à evolução tecnológica e científica. Assim, a bioética é a ética que rege a conduta em relação à biologia e na assistência à saúde. Sua origem vem das palavras gregas *bios* (vida) e *ethos* (ética), sendo que a primeira

representa o conhecimento biológico, a ciência dos sistemas vivos, e a segunda o conhecimento dos valores humanos (PESSINI, 2013).

Para Koerich (2005), a Bioética pode ser compreendida como sendo um estudo sistemático de caráter multidisciplinar sobre a conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, à luz dos valores e princípios morais. Tal comportamento ético não se limita ao indivíduo, devendo ter, também, um enfoque de responsabilidade social e ampliação dos direitos da cidadania.

Siqueira (2016) cita a definição de bioética segundo Potter em um estudo de 1970, sendo a bioética um instrumento a ser utilizado com a finalidade de superar os exíguos limites reflexivos proporcionados pelas disciplinas acadêmicas, e assim, oferecer aos pensadores, novas possibilidades de construções interdisciplinares facilitando o nascimento de uma ciência para a sobrevivência da espécie humana. Portanto, a bioética desenvolveu uma nova maneira de compreender a evolução humana e a sua realidade complexa, devendo essa, ser crítica, analítica, reflexiva e interdisciplinar.

1.3 TEORIA PRINCIPIALISTA SEGUNDO BEAUCHAMP E CHILDRESS

O referencial teórico proposto, a Teoria Principlista de Tom Beauchamp e James Childress postulada no ano de 1979, no livro intitulado *Princípios de Ética Biomédica*, serviu de base para a escola bioética baseada no uso dos princípios como modelo explicativo. No entanto, tais princípios não são absolutos e não se sobrepõem, eles servem para guiar a tomada de decisão frente a dilemas éticos. Esses quatro princípios são ditos deveres *prima facie*¹, ou seja, os quatro deveres devem ser analisados juntos para uma melhor conclusão e de acordo com o caso específico.

Sendo assim, Beauchamp e Childress (2002, p. 49) citam que:

Os princípios, as regras e os direitos precisam ser, além de especificados, ponderados. Os princípios (e coisas do gênero) nos orientam para certas formas de comportamento; porém, por si mesmos, eles não resolvem conflitos de princípios. Enquanto a especificação promove um desenvolvimento substantivo da significação e do escopo de normas, a ponderação consiste na deliberação e na formulação de juízos acerca dos pesos relativos das normas.

¹ Este conceito foi proposto por Sir David Ross, em 1930. Ele propunha que não há, nem pode haver, regras sem exceção. O dever *prima facie* é uma obrigação que se deve cumprir, a menos que ela entre em conflito, numa situação particular, com um outro dever de igual ou maior porte. Um dever *prima facie* é obrigatório, salvo quando for sobrepujado por outras obrigações morais simultâneas.

A seguir cada princípio será descrito conforme os autores supracitados e serão contextualizados conforme a relação médico-paciente ao encontro com o problema de pesquisa deste estudo.

1.3.1 Princípio da Autonomia

O primeiro princípio exige o respeito à autonomia e a dignidade humana, o que implica o reconhecimento permanente de que as pessoas têm o direito de atuar em concordância com as suas próprias convicções, concepções, valores e crenças. Autonomia deriva do grego *autos* (próprio) e *nomos* (governo) referente à autogestão, ou seja, direito de liberdade, escolha individual, pertencer a si mesmo. Dessa forma, o indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo.

Assim, para que um ato seja considerado autônomo, é necessário que se tenha a informação necessária e exista capacidade e competência por parte do sujeito para executá-lo, ou seja, que receba informações que o auxiliem na tomada de decisões, permitindo assim que as suas escolhas sejam autônomas e voluntárias. O mesmo não pode estar sob o controle de outras pessoas, pois, assim, corre-se o risco da desautonomia. Evidentemente qualquer sujeito sofre influências externas, já que vive em sociedade. Com isso, é impossível um entendimento pleno do assunto e uma autonomia completa sem influência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para que esse princípio seja considerado legítimo é necessário que o sujeito tenha capacidade de compreender e decidir; que tenha a vontade de decisão e receba todas as instruções referentes à possíveis de riscos e vantagens do plano de tratamento proposto.

No que se refere ao respeito à autonomia, os profissionais são obrigados a revelar as informações e a assegurar o esclarecimento adequado na compreensão do paciente e a voluntariedade. Desse modo, favorece a tomada de decisão prudente e acertada, pois o respeito inclui o esforço para encorajar e produzir sua opinião acerca dos próprios interesses. Muitas vezes o que é dito sobre diagnósticos, procedimentos, prognósticos sofre variações quando chega ao paciente. Sendo assim, pode-se iniciar a conversa/consulta a partir de perguntas, das preocupações e interesse do sujeito, o que facilita o entendimento das informações, as quais não devem ser exacerbadas e nem repletas de termos técnicos, para que, então, elas ganhem significado e possam ser organizadas.

1.3.2 Princípio da não maleficência

De acordo com esse princípio, o profissional de saúde tem o dever de não causar dano ao paciente, sendo um princípio básico da tradição hipocrática da ética médica. Sua origem vem do latim *primum non nocere, acima de tudo não causar dano*, sendo uma exigência moral da ética médica (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

De maneira reduzida, este princípio é o dever de não causar intencionalmente, males ou danos, ou seja, abster-se de executar ações que causem danos ao outro. Muitas práticas em saúde são acompanhadas de riscos, como realizar raio X, por exemplo. Ele traz consigo a exposição à radiação, porém é um procedimento exigido para diagnóstico, dessa maneira, é um risco necessário. Caso contrário o dano pode ser maior, como o óbito por falta de diagnóstico e tratamento adequado, ou seja, riscos e benefícios coexistem na terapêutica médica (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Em geral, as obrigações da não maleficência são mais rigorosas que as obrigações da beneficência. Ela é prioritária, porém como em todas as circunstâncias, o princípio moral deve ser pesado.

Os autores supracitados propõem distinguir conceitualmente esses princípios da seguinte forma: não maleficência – não infligir o mal ou dano; enquanto a beneficência – impedir que ocorram males ou danos, sanar males ou danos e fazer ou prover o bem.

Neste contexto, o termo “dano” deve ser pensado enquanto danos físicos, dor, deficiência e morte, assim como danos mentais e outros comprometimentos de interesses. A negligência se aplica nesta categoria, uma vez que essa é o não cumprimento de uma obrigação, incluindo a não prevenção de riscos de danos a outros.

Ainda, Beauchamp e Childress (2002, p. 232) afirmam que “se não houver uma esperança razoável de benefício, então todo custo, dor ou outra inconveniência serão excessivos; caso contrário, havendo esperança razoável de benefício, juntamente com desvantagens consideráveis, o tratamento é opcional”.

Sendo assim, a não maleficência se coloca como proibições negativas de ação que devem ser obedecidas de forma imparcial e que servem de base a proibições legais de certas formas de conduta. Assim deixar de agir de forma não maleficiente é imoral.

1.3.3 Princípio da Beneficência

O conceito de beneficência, na linguagem comum, significa atos de bondade, compaixão e caridade. Refere-se a uma ação realizada em benefício dos outros. O princípio da beneficência remete à obrigação moral de agir em benefício dos outros. Os autores estudados expõem dois tipos de beneficência, a positiva e a utilidade. A primeira são ações orientadas na promoção do bem, e a segunda requer um equilíbrio entre os benefícios e os possíveis prejuízos de uma ação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Na beneficência as ações positivas são exigidas, porém nem sempre precisam ser exigidas de modo imparcial e raramente, ou nunca servem de base à punições legais a quem deixa de aderir a elas. Porém, algumas normas da beneficência são prioritárias à não maleficência, como em casos onde o benefício é mais importante do que o pequeno dano ao ser causado.

Uma questão importante abordada pelos autores é o conflito entre beneficência e autonomia, pensando na busca do consentimento, da confidencialidade e nas ações na beneficência obrigatória atribuída ao profissional. Nesse momento volta a discussão referente a prática paternalista, a qual é realizada a fim de beneficiar uma pessoa em detrimento de sua autonomia. Os autores defendem que o paternalismo pode geralmente ser justificado quando os resultados a serem obtidos se equilibram com os interesses do paciente, não havendo desrespeito à autonomia deste (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Eles descrevem dois graus de paternalismo: fraco e forte. O paternalismo fraco diz respeito a uma ação que não viola a autonomia da pessoa, já o forte viola o princípio. Em situações de incapacidade ele pode ser justificado, mas em casos em que o médico se recusa a atender os desejos da pessoa ou nega informações pertinentes a uma decisão consciente, ocorre a violação da autonomia. Tal fato pode ser entendido como a boa intenção do médico em proteger seu paciente, o que seria uma visão liberal do paternalismo. O problema reside no equilíbrio entre o benefício da conduta médica e o respeito à autonomia do paciente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Portanto, o princípio da beneficência deve ser considerado antes mesmo de prevenir o malefício, ou seja, todas as condutas médicas antes de serem indicadas devem levar em conta esses dois princípios de modo a considerar cada caso de maneira singular.

1.3.4 Princípio da Justiça

O termo justiça está associado a tratamento justo, equitativo e apropriado, leva em consideração aquilo que é devido à pessoa, ou seja, uma justiça distributiva que se refere à distribuição justa de acordo a determinadas normas justificadas que estruturam os termos de cooperação social. Refere-se a todos os direitos e responsabilidades na sociedade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

No princípio da justiça, segundo os mesmos autores, existem dois outros princípios que devem ser especificados e ponderados. O primeiro é o formal e o segundo são os materiais. O princípio da justiça formal diz que iguais devem ser tratados de modo igual, e os não-iguais devem ser tratados de modo desigual. Ele é formal porque não estabelece as circunstâncias específicas e nem critérios para determinar quais são iguais. Um exemplo seria o de uma mulher em trabalho de parto que tenta entrar em um determinado hospital, porém o mesmo não a interna, alegando que ela deveria ir ao hospital onde realizou o pré-natal. Como ela estava em trabalho de parto, acabou tendo o bebê no estacionamento. Neste caso os critérios do hospital estavam de acordo com a lei, porém seria justo estabelecer essa diferença entre as pessoas?

O princípio material de justiça é o que especifica um tratamento igual, porque identificam as propriedades substantivas para a distribuição, seria uma distribuição baseada na necessidade, o que é considerado justo. A necessidade pode ser dita como algo que a pessoa precise e que sem isso ela será lesada ou afetada de modo prejudicial, considerando necessidades fundamentais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Sendo assim, refletir sobre equidade, justiça no âmbito da saúde pública é uma tarefa difícil, uma vez que distribuir equitativamente os recursos escassos do sistema de saúde perpassa por políticas públicas, inserida em uma sociedade de classes e com distribuição desigual.

1.4 CRÍTICA AO PRINCIPIALISMO

A teoria principialista de Beauchamp e Childress (2002) sofreu críticas ao longo dos anos por diversos autores teóricos da bioética. Garrafa, Martorell e Nascimento (2016) no artigo “Críticas ao principialismo em bioética: perspectivas desde o norte, desde o sul” elaboram o que consideram ser as principais críticas a essa teoria amplamente difundida.

Questões como as desigualdades sociais e a aplicabilidade e validade interna da teoria são discutidas.

Alguns autores referem falta de clareza na teoria utilizada para a fundamentação na teoria dos princípios e falta de sistematização no uso dos princípios descritos. Relatam que se deixa à escolha do profissional a operacionalização a ser feita, não havendo um protocolo disponível, embora haja o caráter *prima facie*, para priorizar os princípios, o que resultaria em uma primazia ao princípio da autonomia. Outra crítica se refere à universalidade dos princípios, havendo dificuldades em transferir a teoria de uma cultura para outra (GARRAFA; MARTORELL e NASCIMENTO 2016).

Portanto, os autores supracitados evidenciam a pretensão de trabalhar com uma bioética pluralista que a amplie além da temática biomédica e biotecnológica, transcendendo-a para o campo social, sanitário e ambiental.

1.4.1 Bioética de Intervenção

A Bioética de Intervenção (BI) nasceu como uma resposta à Bioética principialista, que foi exportada para outros contextos e culturas, sendo aplicada verticalmente e acriticamente em qualquer realidade. Seu anúncio público se deu em 2001, em La Paz, no primeiro Congresso Boliviano de Bioética (GARRAFA; MARTORELL e NASCIMENTO 2016).

Segundo os autores supracitados, a BI têm se posicionado contra as relações de poder assimétricas e contra as formas de injustiças, pois além de tratar de temas biomédicos-biotecnológicos, discute sobre questões sócio-sanitárias e ambientais, por meio de um compromisso político-social, incorporando novas categorias como: empoderamento, libertação e emancipação.

Sendo assim, conforme Garrafa e Martorell (2016), a BI é uma corrente latino-americana com uma forte marcação política. A mesma vem ganhando vários adeptos, pesquisadores com o interesse em desenvolver, ampliar e aprofundar seus fundamentos, a fim de aplicação sobre a realidade concreta.

1.5 A COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

A comunicação de ND pode ser definida como qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspectiva de futuro que impactem negativamente a vida do paciente (LINO, 2011).

Essa é uma prática médica considerada difícil, visto que durante a graduação não existe uma preparação consistente em como conduzir tal momento. Muitos estudos, têm demonstrado que uma educação focada no desenvolvimento de habilidade em comunicar ND de residentes e estudantes, pode contribuir para minimização desse hiato (NONINO; MAGALHÃES; FALCÃO, 2012).

Segundo Victorino et al. (2007), se durante a residência médica houver preparação para lidar com a situação de fim de vida, os médicos estarão mais aptos a conduzir a comunicação de más notícias. No entanto, ainda segundo o autor, apenas 25% dos residentes por ele entrevistados, receberam algum tipo de treinamento sobre como comunicar ND aos pacientes. É necessário que os profissionais envolvidos nesse processo recebam treinamento para adquirir habilidades a fim de realizar uma comunicação eficiente de más notícias.

Neto et al. (2013) citam que as relações interpessoais exercem um importante papel na prática da medicina, visto que a qualidade dessa relação produz impacto na eficácia terapêutica, ou seja, são habilidades que devem ser estimuladas e treinadas como uma prática que produz efeitos diretos sobre a condução de um caso clínico.

Os protocolos de comunicação de ND existem, porém são poucos difundidos durante a formação, mas também há uma resistência médica em utilizá-los, pois tais protocolos não abarcam a complexidade do processo comunicacional. Esses protocolos são melhores utilizados com referência básica, conforme citam Braz e Geovanini (2013). Os protocolos S.P.I.K.E.S e N.U.R.S.E são os mais difundidos para auxiliar no processo de comunicação de notícias difíceis, contudo, estes foram criados de acordo com a realidade norte-americana. No contexto brasileiro, foi desenvolvido o protocolo P.A.C.I.E.N.T.E. A seguir, cada um é detalhado em suas etapas.

O S.P.I.K.E.S. foi criado em 1994 por Buckman, é um modelo de seis etapas que facilita a transmissão de informações. A primeira diz respeito ao planejamento (S), organização do espaço físico, busca privacidade e conforto; envolver pessoas significativas do paciente nesse momento, conectar-se ao paciente pelo olhar e toque, lidar com restrições de tempo e interrupções; a segunda etapa trata da avaliação da percepção do paciente (P), busca entender como o paciente percebe o quadro clínico atual, qual sua compreensão do diagnóstico e exames. Assim o profissional pode esclarecer dúvidas e entendimentos errôneos e a partir disso comunicar de maneira mais clara a situação ao paciente e aos familiares. A

terceira etapa é o convite do paciente (I), onde é possível observar se o paciente tem o desejo de receber as informações e de que maneira ele as quer receber; a quarta fala de dar conhecimento e informação ao paciente (K), avisá-lo que notícias ruins estão por vir, utilizar um vocabulário adequado à compreensão do paciente, evitar ser muito direto com as palavras e falar das possibilidades terapêuticas, sejam elas curativas ou paliativas; a quinta etapa diz respeito à abordagem das emoções do paciente (E) que devem ser afetivas, oferecendo apoio e sendo solidário; a última etapa é a estratégia e resumo (S), avaliar se o paciente deseja discutir prognóstico e terapêutica naquele momento, ou deixar para outro, averiguar se o que foi dito direcionou ao entendimento da maneira correta pelo paciente, assim como expectativas (BAILE, et al., 2000; LINO, 2011).

O protocolo N.U.R.S.E. foi desenvolvido por Smith em 2002. É um método composto por cinco etapas: a primeira denominada Naming (N), em que o profissional mostra-se sensível ao sofrimento do paciente; a segunda, Understanding (U), permite ao profissional ter conhecimento dos medos e das preocupações do doente; a terceira, Respecting (R), o profissional deve estabelecer uma relação empática, baseada na confiança, no respeito, na dignidade com o doente e família, proporcionando conforto ao doente pelo seu sofrimento; a quarta etapa Supporting (S), momento de reforçar as habilidades do paciente para enfrentar a situação, fornecendo informações sobre os recursos disponíveis, recomendação de grupos de apoio que eliminem a sensação de abandono e ajudem a enfrentar receios. O quinto e último passo, Exploring (E), assinala que o profissional oportuniza ao paciente o compartilhamento das emoções e preocupações, assim podendo esclarecer dúvidas (PEREIRA; FORTES; MENDES, 2013).

O protocolo P.A.C.I.E.N.T.E. foi desenvolvido no ano de 2007 na Universidade Estadual Paulista (UNESP) e é composto por sete etapas, descritas a seguir: o P significa preparar-se, a partir da confirmação da informação a ser revelada, garantir tempo disponível ao paciente, local privativo e estabelecendo vínculo, deixando o sujeito a vontade para questionamentos e oportunidade de compartilhamento da informação com outra pessoa; o A é o momento em que o profissional avalia o quanto o paciente sabe e quer saber, garantindo a autonomia caso ele recuse receber a notícia, assim indicando outra pessoa para tal; o C é um convite a verdade, onde o profissional se coloca à disposição, no tempo do paciente, em esclarecer dúvidas sobre a informação recebida; o I é informar, compartilhar a informação em quantidade, velocidade e qualidade suficiente, utilizando um vocabulário adequado ao entendimento do paciente; o E é o momento de emoção, possibilitando tempo para que o paciente compreenda e reaja às informações, e, assim, se expresse. Nesse momento, espera-se

que o profissional ouça, toque, esclareça as dúvidas e acolha; o N é não abandonar o paciente, assegurando o acompanhamento médico e dos demais profissionais de saúde, ou seja, comprometer-se com o paciente; por último o T e o E, que significam traçar uma estratégia, mantendo uma relação transparente, priorizando a vontade do paciente, planejando em conjunto os próximos cuidados a serem oferecidos e opções de tratamento. Incluso ao exposto, cuidados interdisciplinares (PEREIRA, et al., 2017).

Continuamente, com a descrição desses protocolos percebe-se o quanto eles são instrumentos valiosos para auxiliarem na comunicação de ND.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 DELINEAMENTO

O presente estudo desenvolveu-se por meio de uma abordagem qualitativa (MINAYO, 2014), de caráter descritivo e exploratório (GIL, 2010) a partir da história oral temática, proposta por Meihy (2005).

A pesquisa qualitativa é traduzida por aquilo que não pode ser mensurável, pois a realidade e o sujeito são elementos indissociáveis. Nesse contexto, quando se trata do sujeito, levam-se em consideração seus traços subjetivos e suas particularidades que não podem ser traduzidos em números quantificáveis. Esta centra-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, privilegiando o entendimento dos significados, motivos, crenças, atitudes, vivências e valores, investigando as relações, fenômenos e processos que não podem ser reduzidos a variáveis quantitativas (MINAYO, 2014).

Desse modo, a pesquisa qualitativa tem como objetivo procurar explicações sobre os fenômenos, buscando as relações de significados entre eles. Assim, é necessária a interpretação do pesquisador para compreender o conteúdo proveniente dos dados coletados por meio das entrevistas, ou seja, esse método busca compreender um processo a partir de como o objeto de estudo acontece e se manifesta (TURATO, 2005). Para tanto, é a interação do pesquisador e do participante da pesquisa que faz a pesquisa acontecer, o método privilegia os sujeitos sociais que detém os atributos que o investigador pretende conhecer (MINAYO, 2014; TURATO, 2005).

Portanto, a pesquisa qualitativa busca compreender os fenômenos pelos símbolos e significados; como objeto de estudo tem o significado humano dados aos fenômenos; o pesquisador não se preocupa com a neutralidade e sim com a objetividade; o objetivo da pesquisa é compreender, através da apreensão e interpretação da relação dos significados dos fenômenos para os indivíduos e coletivos; o grupo de estudo é intencional e de proporção pequena; o instrumento geralmente é a entrevista; a análise dos dados é feita através da análise de conteúdo ou análise do discurso e a discussão dos resultados se dá pela interpretação simultânea aos resultados (LAKATOS; MARCONI, 2010).

A história oral temática, teorizada por Meihy (2005), elucida que esta é uma prática de narrativas com o objetivo de recolher testemunhos promovendo análises de processos sociais facilitando o conhecimento do meio imediato como recurso para a elaboração de

documentos, arquivamento e estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos, sendo sempre uma história do presente.

A história oral pode se apresentar em três formas diferentes, dependendo do conteúdo trabalhado nas entrevistas: História Oral de Vida, Tradição Oral e História Oral Temática. A História Oral de Vida constitui a narrativa do conjunto de experiências de uma pessoa; a Tradição Oral trabalha com a permanência dos mitos e com a visão de mundo das comunidades que têm valores filtrados por estruturas mentais, asseguradas em referência ao passado remoto; e a História Oral Temática, em que o compromisso é a elucidação ou a opinião do narrador sobre algum evento definido (MEIHY, 2005).

A metodologia da história oral temática pressupõe uma reconstituição histórica sobre algum tema específico; a escolha dos entrevistados não pode ser aleatória, pois é necessária que os atores forneçam contribuições ao tema e a organização do roteiro da entrevista deve ser realizada a partir do conhecimento, tema em questão.

Este estudo se enquadra na história oral temática, em que se parte de um assunto específico mantendo a objetividade, sendo que os relatos da história pessoal de quem narra somente interessam na medida em que se identificam aspectos que podem ser úteis à informação temática central.

A pesquisa com caráter exploratório estimula o entrevistado a pensar e a se expressar livremente sobre o assunto em questão, familiarizar-se ou obter diferente compreensão de uma situação, indo ao encontro da descoberta de significados, permitindo a consideração de aspectos diferentes de uma situação problema. Em relação ao aspecto descritivo, objetiva-se a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência, sem manipulá-los (GIL, 2010). Argumenta-se também que, em uma pesquisa qualitativa, o referencial teórico pode ser pré ou pós estabelecido e utilizando-se do método de história oral temática. Neste trabalho optou-se pela Teoria Principalista de Beauchamp e Childress (2002), como referencial teórico prévio para posterior confronto dos resultados obtidos por meio do discurso dos participantes (MINAYO, 2014).

2.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES

A presente pesquisa foi realizada na Unidade da Clínica Cirúrgica, que contempla as especialidades de: urologia, proctologia, traumatologia, vascular, cabeça e pescoço, torácica, digestiva, oncológica e cirurgia geral. Conforme Rodrigues et al. (2015), a unidade tem a finalidade de prestar assistência aos pacientes adultos submetidos a procedimentos cirúrgicos.

A mesma tem seu funcionamento 24 horas por dia na modalidade de escalas e conta com 52 leitos de internação distribuídos conforme a necessidade para as especialidades é constituída por 06 enfermarias compostas de 05 leitos e 11 quartos compostos por 02 leitos. O serviço conta com uma equipe multiprofissional especializada em prestar assistência integral à saúde do paciente cirúrgico, atuando nas situações habituais de cuidado e identificando e atuando nas intercorrências cirúrgica.

A unidade é composta por: 19 Enfermeiros, 37 Técnicos de Enfermagem, 09 Auxiliares de Enfermagem, 03 Fisioterapeutas, 01 Fonoaudiólogo, 01 Nutricionista, 01 Assistente Social, 01 Psicólogo, 03 Secretários e 08 Funcionários de Higienização.

A equipe médica é composta por preceptores, plantonistas e residentes médicos. Residentes multiprofissionais atuam nesta unidade que dispõe de uma equipe de saúde com profissionais capacitados para a assistência além de um aparato tecnológico para a monitorização de sinais vitais, para o auxílio na higiene de aspersão do paciente, para o controle do volume das soluções e para a transferência do paciente cama-maca e cama-cadeira, assim, possibilita oferecer um cuidado qualificado e com segurança aos pacientes (RODRIGUES et al, 2015).

O estudo desenvolveu-se com os MRs atuantes nas especialidades da clínica cirúrgica de um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil, que aceitaram participar. Considerando que a clínica cirúrgica é composta por oito especialidades e que cada uma delas possui dois MR, o grupo de estudo foi constituído por 16 MRs, porém apenas 12 deles responderam à entrevista, no período de coleta, em que utilizou-se o critério de saturação, conforme explicitado por Minayo (2014), que consiste no conhecimento obtido pelo pesquisador de que apreendeu a lógica interna do grupo pesquisado, o que ocorre quando se alcança o entendimento da homogeneidade, diversidade e intensidade das informações necessárias à pesquisa.

2.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou somente após a aprovação do Gabinete de Projetos (GAP) e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM). Conforme as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A mesma realizou-se no mês de outubro de 2018, por meio de uma entrevista semiestruturada composta por questões abertas, a fim de proporcionar total liberdade de

expressão e ampla flexibilidade nas possíveis respostas dadas pelos participantes para verificar se há ou não a utilização da ética e bioética, conforme objetivo do estudo.

Os MRs foram convidados aleatoriamente, a participar da referida pesquisa, assegurando-os a confidencialidade dos dados e a voluntariedade. As entrevistas foram previamente agendadas conforme disponibilidade do MR e foram realizadas em local combinado, conforme conveniência do participante e pesquisador. A mesma foi gravada em áudio digital mediante autorização do participante, sempre preservando os dados de identificação dos participantes.

A entrevista semiestruturada constitui-se um instrumento privilegiado, visto que é uma ferramenta de conhecimento interpessoal, facilitadora da apreensão de diferentes fenômenos. De acordo com Turato (2005), assim é facilitado ao entrevistado a livre associação de ideias, permitindo maior flexibilidade do entrevistador.

A entrevista seguiu um roteiro pré-estabelecido com perguntas abertas para que o MR participante pudesse refletir e compartilhar seu entendimento sobre as questões pré definidas, de acordo com o referencial teórico pré-estabelecido. O roteiro completo encontra-se no apêndice C.

As entrevistas foram realizadas em três momentos: pré-entrevista, entrevista e pós entrevista. No primeiro momento os MRs da clínica cirúrgica foram abordados no campo de prática habitual mediante apresentação da pesquisadora e entrega de carta de apresentação, onde foram informados sobre a temática, objetivos da pesquisa e tempo médio para a realização, conforme solicitação deles. Nesse momento era agendado dia, hora e local para a entrevista.

No dia e hora previamente agendados, havia a confirmação da pesquisadora para como o entrevistado realizaria a entrevista, logo, então, era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e apresentado o Termo de Confidencialidade. Com isso, todos aceitaram participar através da assinatura do Termo de Consentimento. Após esse momento, era relatado em que modelo consistia a entrevista e a necessidade de gravá-la digitalmente.

A entrevista realizou-se de maneira ininterrupta, sendo a média de tempo necessária para responder às perguntas de 30 minutos. A pesquisadora, após explicar o processo de entrevista, grifava a importância de registrar em gravação digital todo o processo.

As questões foram realizadas de maneira natural por meio de um diálogo, a fim de não causar cansaço aos MRs e manter o interesse na temática abordada, esclarecendo

possíveis dúvidas. Ao término desse momento, agradeceu-se a disponibilidade e a participação dos sujeitos na pesquisa.

No período subsequente às entrevistas, deu-se início ao processo de análise dos discursos. Primeiramente, elas foram ouvidas uma a uma, logo após iniciou-se o processo de transcrição, nesses momentos foi possível identificar conteúdos semelhantes nos discursos, fossem por repetição ou relevância. O próximo passo foi realizar a leitura do conteúdo e incluí-las em categorias gerais. Após discussão em orientação docente, deu-se o processo de categorização propriamente dito, incluindo subcategorias, para posteriormente dar-se início a análise do conteúdo.

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011). Esse tipo de análise é uma análise dos significados (estruturas sociológicas e psicológicas) e dos significantes (estruturas semânticas) daquilo que é comunicado pelo sujeito, portanto, é realizado um tratamento descritivo e interpretativo das informações contidas nas mensagens.

Após o término da coleta de dados, as entrevistas foram transcritas literalmente e deu-se início a análise dos relatos. Para garantir o sigilo dos participantes, cada um deles será nomeado pela sigla MR seguida por um número ordinal, MR1, MR2, MR3 e assim, sucessivamente.

A Análise de Conteúdo é um método que utiliza procedimentos objetivos e sistemáticos, na descrição dos conteúdos das falas, condensando e agrupando suas partes comuns. O objetivo concentra-se em construir uma relação entre estruturas semânticas (significantes) e estruturas sociológicas e psicológicas (significados) a partir dos enunciados trazidos pelos participantes (BARDIN, 2011; TURATO, 2005).

A formação de categorias visa o agrupamento, em que se organiza os elementos e se impõe certa organização das mensagens. Turato (2005) propõe a categorização seguindo dois critérios: o da repetição, em que se colocam em destaque as colocações reincidentes, considerando todas as que emergiram durante a entrevista; e o critério da relevância, que se coloca em destaque um ponto falado, sem que tenha, necessariamente, apresentado repetição no conjunto dos dados coletados, porém, é considerado rico em conteúdo. Neste estudo em que o referencial teórico foi previamente definido, as primeiras categorias foram ao encontro dos quatro princípios bioéticos propostos por Beauchamp e Childress (2002).

O processo operacional desta técnica deve seguir três passos, para manter a lógica metodológica, sendo elas: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise parte de uma leitura flutuante, em que o pesquisador toma contato direto e intenso com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo, levando em conta sua totalidade e a possibilidade de reformulação da hipótese inicial. A exploração do material consiste em uma operação classificatória, assim o pesquisador busca encontrar expressões ou palavras que se organizarão em categorias, responsável pela especificação dos temas. E, por fim, o último passo, o tratamento e interpretação, momento em que o analista propõe inferências e realiza interpretações.

Dessa forma, é possível compreender as falas do sujeito, as categorias facilitam e permitem interpretar e investigar conforme o objetivo da pesquisa.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi revisado, aprovado e registrado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) estando sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) com o número 95197218.7.0000.53.46, bem como autorizado pelo Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde.

Após a referida aprovação, a pesquisadora se comprometeu em manter sigilo sobre a identidade do participante e a confidencialidade dos dados identitário, conforme Termo de Confidencialidade. Dessa maneira, os princípios das Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidos, mantendo-se o respeito aos princípios bioéticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência e o da justiça.

Os participantes do estudo foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre o objetivo e voluntariedade de participação e mediante seu aceite foi entregue o TCLE em duas vias, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra para a pesquisadora, constando a assinatura de ambos. Os participantes foram abordados individualmente no cenário de pesquisa sendo informados sobre os cuidados éticos que envolvem a pesquisa como anonimato, autonomia e, também, respeito ao uso e armazenamento do material produzido nas sessões. Garante-se também que os dados serão guardados pela própria pesquisadora por um período de cinco anos, em local seguro e sigilosos, na própria instituição de ensino e destruídos após esse período.

Quanto aos riscos aos participantes, o mesmo foi considerado mínimo, podendo ter ocorrido desconforto ou cansaço ao responder as perguntas. Cabe ressaltar que o participante poderia desistir de colaborar com a pesquisa a qualquer momento, sem que isso representasse prejuízo ou represália no seu ambiente de trabalho. Quanto aos benefícios deste estudo, são, preponderantemente, benefícios indiretos, que ocorrerão a partir do conhecimento gerado acerca do tema, proporcionando uma reflexão crítica do conteúdo pesquisado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, os resultados e a discussão foram feitos concomitantemente. Dessarte, por meio da análise dos discursos dos MRs participantes da presente pesquisa, surgiram categorias que serão descritas e discutidas a seguir, para que, assim, seja demonstrado a compreensão de como os princípios éticos e bioéticos estão presentes e orientam as condutas de médicos residentes (MR) de uma equipe da clínica cirúrgica no momento de comunicar ND à pacientes e familiares.

O grupo de estudo totalizou 12 MRs, 75% eram do sexo masculino (9) e 25% do sexo feminino (3). A idade média foi de 30 anos, sendo a menor idade 25 anos e a maior 34 anos. O tempo de formação na graduação teve uma média de 3,5 anos, o MR com maior tempo de formado foi de 7 anos e o menor tempo foi de 1 ano. Dos MR participantes, 66% deles realizaram a graduação em instituição privada e 34% em instituição pública. As especialidades contempladas foram: Cirurgia Geral, Cabeça e Pescoço, Proctologia, Urologia, Torácica, Traumatologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Digestiva. Na tabela abaixo é possível visualizar o perfil completo dos entrevistados.

Tabela 1 – Características dos MRs

	IDADE	ANO DE RESIDÊNCIA ATUAL	TEMPO DE FORMAÇÃO INCLUINDO RESIDÊNCIA	INSTITUIÇÃO ONDE REALIZOU A GRADUAÇÃO	SEXO
MR 1	32	3º	5	privada	masculino
MR 2	32	4º	7	privada	masculino
MR 3	25	1º	1	pública	feminino
MR 4	30	3º	4	privada	masculino
MR 5	32	5º	7	pública	masculino
MR 6	34	4º	9	privada	masculino
MR 7	28	3º	4	privada	masculino
MR 8	33	4º	6	privada	masculino
MR 9	27	1º	1	pública	masculino
MR 10	30	3º	5	privada	feminino
MR 11	32	3º	5	pública	masculino
MR 12	28	3º	4	privada	feminino

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Verificou-se que todos os entrevistados foram solícitos e demonstraram interesse em colaborar com a pesquisa e referiram preferência em realizar a entrevista no local de prática,

demonstrando preocupação com o tempo dispensado para tal. Na dissertação de mestrado de Zimmerman (2019) e de Beschoren (2018), verificou-se a mesma problemática o que trouxe para a pesquisadora, às vezes, certa dificuldade na coleta dos dados em função da premência de tempo dos pesquisados.

Em parte, tal situação foi preocupante para ambos os lados, à pesquisadora pelo limite de tempo, que caracteriza uma menor possibilidade de dados, e, por outro lado, aos participantes em retomar suas atividades. Apesar disso, é importante destacar que a pesquisadora teve como campo de prática, durante a Residência Multiprofissional, a clínica cirúrgica em que os MRs estavam alocados. Portanto, a imersão nesse local de trabalho foi um facilitador no processo de contatar os participantes e em realizar as entrevistas.

No período subsequente às entrevistas, deu-se início ao processo de análise dos discursos. Primeiramente, elas foram ouvidas uma a uma, logo após iniciou-se o processo de transcrição. Nesses momentos, foi possível identificar conteúdos semelhantes nos discursos que sejam por repetição ou relevância.

Contudo, destaca-se as categorias elencadas durante a análise dos discursos dos MRs participantes.

- Respeito à autonomia, através de três subcategorias: alta a pedido, TCLE e recusa ao tratamento;
- Beneficência;
- Não-maleficência;
- Justiça, por meio da situação de cancelamento cirúrgico enquanto subcategoria
- Comunicação em saúde, contemplada pelas categorias: O que se entende por ND? e Comunicação: da teoria à prática.
- Na prossecução, dar-se-á a análise e discussão das referidas categorias.

3.1 RESPEITO À AUTONOMIA

O Princípio da Autonomia é um dos princípios mais importantes e debatidos, quando se trata da atenção em saúde e à bioética, pois está vinculada ao respeito às decisões das pessoas e seu protagonismo na relação médico-paciente.

O roteiro de entrevista desta pesquisa tinha como objetivo abarcar o referido princípio, uma vez que faz parte do referencial teórico proposto, de Tom Beauchamp e James Childress (2002).

Sendo assim, o respeito à autonomia emerge como categoria, pois o respeito ao princípio pode resultar em dificuldades na prática em saúde, uma vez que a relação médico-paciente sofreu mudanças importantes nas últimas décadas, passando de uma prática paternalista para uma relação de co-responsabilidade.

Nesta categoria três pontos importantes foram elencados como exemplo do exercício da autonomia: alta a pedido, TCLE e recusa ao tratamento.

3.1.1 Alta a pedido

O respeito à autonomia, segundo Beauchamps e Childress (2002), implica o reconhecimento permanente de que as pessoas têm o direito de atuar em concordância com as suas próprias convicções, concepções, valores e crenças. Sendo assim, o Princípio da Autonomia, não é a autonomia em si, mas sim o respeito pela autonomia de cada pessoa, que merece ser respeitada, enquanto dignidade humana.

A solicitação de alta hospitalar a pedido é uma prática possível de ser concretizada, mesmo que contra-indicada pelo profissional médico, visto que esse é um exercício de respeito à autonomia do sujeito usuário do serviço de saúde.

A Carta de direito dos Usuários garante que toda a pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção (p. 19), seguindo o plano de tratamento proposto que deve ser compreendido e aceito pelo usuário, assumindo a responsabilidade pela recusa ao procedimento, exames e tratamentos recomendados (BRASIL, 2012).

Vinculado a essas questões, no Código de Ética Médico (2010), capítulo IV, art. 24, fica explícito o veto ao médico que desrespeitar a vontade de qualquer pessoa no que diz respeito ao seu exercício de decidir livremente sobre sua pessoa ou bem estar, bem como exercer autoridade para limitá-lo.

Autores como Cano e Barbosa (2016) reforçam que o médico somente pode desrespeitar a vontade do sujeito, caso o indivíduo esteja em iminência de morte, mesmo que o termo “alta a pedido” seja nomeado erroneamente, visto que o sujeito hospitalizado, não possui conhecimento técnico para promover a própria alta, sendo uma prática exclusivamente médica.

Neste subitem é possível perceber que alguns dos MRs entrevistados entendem esse pedido como um desejo pertencente ao sujeito hospitalizado, assim deve ser respeitado

conforme o Princípio da Autonomia, em que o usuário deve ter pleno conhecimento dos riscos e consequências dessa tomada de decisão.

Explicamos sobre possíveis riscos e a não indicação, porém é uma escolha, mantemos o acompanhamento ambulatorial e o paciente assina um termo de responsabilidade. (MR1)

Não acontece muito, mas se pedem, explico bem sobre os riscos. (MR9)

Explico os benefícios do tratamento, importância de permanecer no hospital e os riscos, porém, o paciente é livre para ir caso queira. (MR12)

Acontece frequentemente, mas nós obedecemos as recomendações, não temos a rotina de liberar sem as condições adequadas. Então geralmente o paciente fica, a gente tem um diálogo, explica que não é o momento e geralmente não temos problemas. Questões de evasões já tivemos alguns casos no PS, daí ficamos sem reação. Mas também não obrigamos ninguém a ficar. (MR7)

Igualmente sobre a problemática pode-se depreender da questão que, em geral, quando se apresenta, é tentado um diálogo com paciente com a perspectiva de persuadí-lo, no entanto, sem nenhum tipo de coerção. Inclusive, é importante que o médico deixe claro para o assistido, que ele tem esse direito, mas igualmente tem responsabilidade pelas decisões que toma.

Beauchamps e Childress (2002) pontuam que, para considerar um ato autônomo, é necessário que a problemática seja precedida da informação necessária, que esteja isento de coações internas ou externas e de fatores restritivos ao sujeito, que o impeçam de tomar a sua decisão de forma deliberada e consciente, pois nenhum indivíduo pode ser considerado autônomo, se não tiver capacidade de reconhecer que é responsável pelas suas ações.

Com isso, o médico deve manter sua postura de informar sobre os riscos a que esse sujeito se coloca a partir da sua decisão, de maneira que não haja coação, apenas que o usuário tenha todas informações necessárias, a fim de tomar uma decisão consciente, como as falas acima confirmam.

Contudo, outros MRs acreditam na premissa de que é somente o profissional que decide sobre a alta, tratando a “alta a pedido” como fuga ou evasão hospitalar, desrespeitando a autonomia e o desejo do paciente.

Nesse momento é importante ressaltar o que Cano e Barbosa (2016) pontuam em seu artigo sobre a diferença entre as opções de alta hospitalar presentes nos serviços hospitalares. Tais opções, geralmente, são padronizadas, como: alta por ordem médica, alta por licença,

alta por transferência, alta por óbito, alta por fuga e alta a pedido, ressaltando que todas devem ser assinadas pelo profissional responsável.

A primeira é aquela que, após avaliação médica, o paciente está apto a retornar para o domicílio, pelo término de tratamento ou para tratamento ambulatorial; a segunda é concedida quando o paciente se ausenta do hospital por tempo determinado, devendo retornar ao hospital após término desse período; a terceira é quando ocorre a transferência de tratamento para outro hospital ou outro setor de cuidados hospitalares; a quarta opção é aquela concedida após óbito do paciente; a quinta é considerada enquanto evasão, ou seja, a fuga hospitalar, em que o paciente sai do hospital sem o conhecimento da equipe de saúde, sendo que nessa categoria o hospital e equipe podem responder legalmente; a última é aquela pela vontade do paciente, sendo que ele mesmo solicita mesmo sem a indicação médica.

Essa explanação das opções de alta são importantes para contextualizar os diferentes discursos presentes neste estudo, pois enquanto alguns MRs perceberam a “alta a pedido” como um direito do paciente, outros não tratam essa prática como uma opção aceita, nem mesmo enquanto um princípio bioético, nem como uma orientação deontológica. Isso porque o código de ética profissional, no seu art. 86, registra o veto ao profissional de recusar-se em fornecer documento necessário a transferência ou encaminhamento para continuação do cuidado, mesmo quando em caso de solicitação de alta.

Nos discursos a seguir, fica claro o desconhecimento dos princípios éticos e do atual código de ética profissional, pois há uma conduta paternalista, que leva a um pensamento inadequado e desatualizado, partindo da prerrogativa da onipotência médica.

Por uma questão ética, aqui no hospital existe um termo, mas na verdade isso não existe, existe fuga hospitalar, porque no momento que ele está internado, ele está sob meus cuidados, se ele quiser sair não vai ter minha assinatura nem carimbo, se eu assinar estou consentido que ele vá embora. É um direito dele, mas não assino nada. Em um outro hospital que eu trabalhava, quando havia evasão era feito um Boletim de Ocorrência na polícia para fins judiciais, porque se acontece algo com esse paciente, nós somos responsáveis. Comigo nunca aconteceu. (MR4)

Explico que não seria uma opção por mim e pela equipe, explicitando os malefícios que se poderia causar ao paciente. Em caso de insistência, deixaria registrado em prontuário, considerando evasão. (MR11)

Nessas falas percebe-se o receio em “permitir”, assinar a alta a pedido, pois há a contra indicação médica. Tanto hospital, quanto a equipe, buscam respaldo legal em documentos de consentimento livre e esclarecido, deixando claro ao sujeito a sua responsabilidade pós saída da instituição, bem como os riscos ao qual estará exposto. Essa é

uma tentativa de evitar responsabilização profissional na ocorrência de algum agravo, porém a lei e o CFM não deixam claro até que ponto esse documento os impedem de ser responsabilizados profissionalmente.

Por um lado, nos discursos dos participantes MR 4 e MR 11 ficou explícito o desconhecimento ou desrespeito ao art. 86 do Código de ética profissional, uma vez que os profissionais disseram recusar a assinar qualquer documento tendo e dando ciência da alta a pedido, e, com isso, deixando de entregar qualquer documento pertinente no pós alta.

Por outro, ficou claro o quanto os profissionais disseram se empenham em esclarecer de forma direta, ao paciente, as consequências da alta hospitalar sem a indicação médica. Esse respeito é o ponto central do respeito ao Princípio da Autonomia, pois assim o paciente pode tomar uma decisão conscientemente. No entanto, igualmente, é uma tentativa da equipe em persuadir esse sujeito a manter o tratamento indicado de forma segura e com a atenção necessária para o momento.

Essa situação demonstra uma ausência de comunhão com a teoria de Beauchamp e Childress (2002) no que refere sobre o respeito à autonomia das pessoas. São questões que deveriam ser mais enfatizadas e discutidas nas suas práticas médicas, pois representam desacordo com as ideias e prerrogativas atuais.

3.1.2 Uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na saúde

Conforme Beauchamp e Childress (2002), o consentimento informado implica o cumprimento de alguns componentes que são: capacidade de compreender e decidir, voluntariedade na decisão, informação, que compreende a explicação do material de informação, a recomendação do tratamento e a autorização, ou seja, tal documento deve conter claramente as informações necessárias para possibilitar o consentimento por meio de uma decisão voluntária, como preconizado pelo respeito ao princípio da autonomia.

Sendo assim, o TCLE, não é apenas um instrumento utilizado em pesquisas com seres humanos, mas também se aplica aos serviços de saúde, com a finalidade de registro de concordância do usuário em submeter-se a determinado procedimento, previamente esclarecido, com informações ao nível de compreensão das pessoas. Deve-se lembrar que esse é sempre obtido por um processo de informação e trocas e não apenas pela obtenção de uma assinatura.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) em seu art. 6 descreve sobre o TCLE na prática médica, nela qualquer intervenção médica de caráter

preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada mediante assinatura prévia do TCLE por parte do paciente, ou seu representante legal. E em casos que o sujeito apresente alguma restrição ou incapacidade, a ele deve ser concedida proteção especial. Dessa maneira, o consentimento e autorização devem ser obtidas em conformidade com o interesse do paciente, devendo o indivíduo participar o máximo possível no processo de decisão.

O Código de Ética Médico, conforme art. 22, veda ao profissional na sua atividade profissional, deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte, ficando claro a inevitabilidade desse documento.

Nos relatos abaixo, fica evidente o uso obrigatório no TCLE anterior a qualquer tipo de procedimento. Conforme relato do MR 1, que explica a possibilidade de alcance cirúrgico, no momento da execução do procedimento, o plano cirúrgico pode mudar. Já no discurso do MR 2, a conduta é diferente do colega, pois mesmo havendo a necessidade de uma conduta mais invasiva durante a cirurgia, é necessário discutir com o paciente a nova possibilidade de intervenção, sendo assim, um novo termo é assinado.

Durante a cirurgia sempre fazemos o possível para manter a funcionalidade dos órgãos, pois na maioria das vezes é apenas no momento da cirurgia que determinamos o quanto pode ser invasiva, o paciente vai para o bloco sabendo disso, sempre assinando o termo de consentimento. (MR1)

Toda a amputação é realizada após assinatura de TCLE, do paciente ou do familiar em casos de emergência. Caso de risco eminente, o familiar autoriza. Casos em que durante a cirurgia se percebe a necessidade de uma amputação um nível acima, nós não realizamos sem conversar com o paciente, e assinar novo termo. (MR2)

Toda a cirurgia é consentida através de um termo que o paciente assina. Inclusive no checklist da cirurgia segura, um dos itens é o termo de consentimento. (MR4)

Conforme Marques Filho (2011), a leitura e assinatura de tal termo, não é suficiente para que o usuário tenha todas as informações necessárias antes de submeter-se a algum procedimento, ou seja, as informações pertinentes a tomada de decisão consciente e autônoma devem ser realizadas de maneira adequada, levando em consideração o nível intelectual e cultural do paciente, bem como linguagem acessível. Segundo o autor, a dificuldade está na definição de quais seriam as informações relevantes, visto que cada situação clínica é diferente, assim como cada paciente. O autor ainda traz à discussão o conceito TCLE e o que seria um TCLE formal, em que o primeiro assume um caráter ético e deontológico e o segundo tem valor jurídico.

O que se compreende nos discursos dos MRs é a prática obrigatória do TCLE anterior a qualquer cirurgia, fazendo, inclusive, instrumento essencial do *check-list* para a prática de cirurgia segura. Sendo assim, eles compreendem a importância desse documento como uma prática da autonomia do sujeito, mas em contrapartida, é igualmente possível perceber uma preocupação de caráter jurídico, uma proteção para um eventual processo judicial, visto a crescente e atual judicialização da saúde.

Dessarte, conforme a Teoria Principlista de Beauchamp e Childress (2002), o simples consentimento, não garante uma decisão autônoma, reforçando a importância de uma boa relação médico-paciente, onde as informações pertinentes à tomada de decisão são realizadas de forma clara e completa ao paciente.

3.1.3 Recusa ao tratamento

O Princípio da Autonomia, juntamente com a Constituição Federal de 1988, garante que o indivíduo é livre para autodeterminar o seu projeto de vida e direcionar-se no mundo conforme princípios e valores pessoais, desde que não fira a ordem jurídica, nem afronte o direito de terceiros; ao mesmo tempo se observa que o direito à vida é considerado indisponível, haja vista o bem jurídico sem o qual seria impossível o gozo dos demais direitos e garantias constitucionais (JUNIOR; PEREIRA; FERREIRA, 2018).

Os autores, acima citados, trazem a diferenciação entre autonomia privada e autonomia da vontade. A primeira diz respeito ao que é de ordem jurídica, como o poder concedido pelo ordenamento estatal; o segundo é um poder de autorregulação, de reger-se segundo suas próprias leis, assumindo uma conotação de cunho íntimo, estando atrelada ao conceito de liberdade e dignidade.

Os autores Beauchamp e James Childress (2002) teorizam que:

Ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado como um agente autônomo. Respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esse respeito envolve ação respeitosa, e não meramente uma atitude respeitosa. [...] Nessa concepção, o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas (1994, p. 142-143).

Nas falas a seguir, percebe-se que os MRs compreendem o processo de recusa ao tratamento como sendo um direito legítimo do paciente, enquanto exercício da autonomia da

vontade, desde que os pacientes estejam cientes de todas informações necessárias e estejam em plenas faculdades mentais, assim, respeitando o Princípio da Autonomia, conforme Beauchamp e Childress (2002). Contudo, se asseguram de documento assinado pelo paciente, para garantir isenção de qualquer responsabilidade, como fala o MR 3.

Está no seu direito, eu, nós fazemos a nossa parte em dar todas as explicações e orientações necessárias, indicação e riscos. Se mesmo assim ele não aceitar, mantemos o tratamento a fim de proporcionar qualidade de vida ao mesmo, dentro das limitações terapêuticas. (MR1)

A gente orienta, explica para o paciente que ele não é obrigado. Se realmente ele não quer, a gente faz ele assinar termo que diz que está ciente e assume a responsabilidade.(MR3)

A recusa é um direito do paciente, lógico. Hoje em dia a medicina está bem avançada, os cuidados paliativos, então se sabe que o principal objetivo dos médicos não é salvar vidas, mas dar qualidade de vida a esse paciente. (MR4)

Se o paciente é lúcido e orientado é direito dele. A gente orienta, tenta ser o mais claro possível, explica as possibilidades terapêuticas e de que forma isso vai repercutir no futuro dele. Nós trabalhamos apenas com termo de autorização e de recusa não. (MR6)

A Carta de Direitos dos Usuários também garante ao usuário o direito à informação de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado em evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa atestado na presença de testemunha. Assim, possibilita o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e assume a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde (BRASIL, 2012).

Os autores Junior, Pereira e Ferreira (2018) reforçam que a saúde não é apenas a ausência de enfermidade, mas que ela perpassa pelo desenvolvimento físico, psicológico, social, cultural e intelectual, pois são inerentes à condição de pessoa e atuam como garantia para a preservação da própria dignidade. Em seu artigo levantam o debate sobre o direito à autonomia e o direito à vida, baseados nos princípios bioéticos e jurídicos.

O Código de Ética Médico (2010) no capítulo IV no art. 24. veta ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo e no cap. V, art. 31 reforça o veto citando que o profissional não deve desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante

legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Porém, os profissionais médicos buscam estratégias para o convencimento do paciente, em aceitar a melhor indicação clínica de tratamento. O dicionário Aurélio (2018) conceitua o verbo persuadir como: levar o convencimento ao ânimo de alguém; manipular: intervir no desenvolvimento de determinado sistema ou processo, com vista à alteração da sua evolução natural, condicionar, influenciar, geralmente em proveito próprio; coagir: constranger, forçar pela lei ou pela violência e, por fim, induzir como: aconselhar e levar alguém a um ato, instigar, incutir.

Nas próximas falas, percebe-se que os MRs esforçam-se em esclarecer e persuadir ou induzir à melhor opção terapêutica, sempre mantendo que a decisão final é do paciente ou seu representante legal.

A gente sempre tenta oferecer o melhor, mas é uma decisão dele, é uma situação difícil. A gente sabe que nem sempre o paciente entende o que é melhor pra ele, e de certa forma a gente induz, sempre tenta conversar, mas a decisão final é sempre dele. (MR5)

Eu sempre explico os riscos em não operar, como será a evolução. Os pacientes com CA de pulmão, somente 15% são operáveis, os outros estão muito avançados, então eu preciso insistir na intervenção. Eu abordo sempre para como vai ser o final da vida dele sem a cirurgia. Explico o pós operatório. Geralmente eu consigo convencer. Uma vez ou outra a gente recebe uma recusa. Nós temos uma preceptora que aborda muito bem essas questões, e ela sempre enfatiza isso com a gente. (MR10)

As seguintes falas repercutem o desfecho da decisão do paciente em recusar a primeira escolha de tratamento. Os MRs relatam manter seguimento clínico ambulatorial ou encaminhar para outra especialidade indicada de acordo com o paciente, ou seja, o paciente que recusa o recurso terapêutico indicado inicialmente não é abandonado, ele segue recebendo a atenção e tratamento necessário conforme seu desejo, esclarecendo esse cuidado e respeitando a decisão do paciente.

No relato do MR 8, fica explícito a conduta médica em esclarecer a repercussão da não aderência ao tratamento, que no caso é uma sobrevida baixa, diferente do convencimento, visto a clara é uma repercussão em renunciar.

A gente sempre deixa a decisão na mão do paciente, a gente só oferece o que a gente tem, e deixamos bem claro, a gente tá aqui para oferecer o melhor tratamento, e que ninguém é obrigado a se submeter a nenhum tratamento. Sempre, deixamos bem claro a repercussão da não aderência ao tratamento, mas com isso, nunca tivemos

dificuldade. Na nossa clínica pacientes que se negam acabam tendo uma sobrevida muito baixa e deixamos isso claro para ele. Mas tem muita negação. A gente dá seguimento e encaminha o paciente para a especialidade que trata clinicamente, sem cirurgia. (MR8)

Orienta, sobre riscos, o paciente assina um documento de ciência. Não quer não quer, é um direito dele, o corpo é dele, a gente não pode invadir o teu corpo. O paciente é liberado do tratamento. (MR9)

Explico as consequências de sua opção e deixo registrado em prontuário. Se houver opção paralela de tratamento, encaminhar o paciente para tal, ressaltando para contatar em caso de mudança de ideia. (MR11)

Contudo, fica explícito a necessidade médica em registrar a recusa ao tratamento, em prontuário ou documento específico, evitando, assim, possíveis responsabilizações futuras pela não aderência ao tratamento indicado.

O Código de Ética Médico (2010), no capítulo I, art. XXI, pontua como princípio fundamental que, no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

Enquanto o capítulo V, art. 36 veta o profissional durante sua prática em abandonar qualquer paciente sob seus cuidados. No entanto, quando ocorrem fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito em renunciar a continuidade do atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

Neste último subitem, é possível compreender que os MRs da clínica cirúrgica consideram importante a tomada de decisão do paciente quanto ao caminho terapêutico a ser percorrido, o que implica ao respeito da autonomia do sujeito, sempre pautada sob a clareza de informações, riscos e benefícios da terapêutica indicada. Porém, mantendo uma conduta de indução ou convencimento, para com o paciente dê aceitação ao tratamento indicado.

Portanto, essa categoria indica que os MRs entendem e compreendem o Princípio da Autonomia, como direito do usuário, porém, ainda apresentam algumas limitações, como explicitado no subitem alta a pedido, mantendo uma postura, por vezes, paternalista que vai contra aos preceitos bioético e por vezes ao Código de Ética Profissional.

No transcurso da pesquisa será discutido sobre o Princípio da Beneficência, fundamental para o exercício profissional do médico.

3.2 BENEFICÊNCIA

O princípio da beneficência leva em consideração o agir em benefício do outro, respeitando o equilíbrio entre benefício e possíveis prejuízos de uma conduta. Alicerce ao exercício da Medicina, impõe à classe o dever de agir em favor do bem-estar e benefício do paciente. Neste contexto, o dever é de agir no interesse do paciente, sendo que o conflito, não é entre a beneficência e a autonomia, mas sim entre o paternalismo e a autonomia. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Tem-se que, as questões beneficentes, a priori, procuraram visar, mesmo com um senso paternalista, o bem do paciente. Os médicos compreendiam que, na maioria das vezes, o doente não era capaz de suportar seus diagnósticos e verdades sobre o processo do adoecimento. Sendo este um entendimento antiquado, que na atualidade já não se contempla mais. A valorização do protagonismo dos pacientes em seus processos, na atualidade, tornaram-se muito mais relevantes, tanto em questões bioéticas como descrito pelo Código de ética médica.

Como nesta pesquisa foi importante analisar a percepção/compreensão dos entrevistados frente à questão da beneficência - conceito um pouco difícil na sutil separação entre o respeito à autonomia e não maleficência - procurou-se interpretar atitudes de humanidade e compaixão entre as ações médicas, palavras esclarecidas e pontuadas por Beauchamp e Childress (2002).

As falas a seguir revelam o conhecimento dos MRs, em oferecer ao paciente o tratamento e cuidados necessários de acordo com as possibilidades e individualidade do sujeito, com a intenção de sempre garantir a melhor qualidade de vida possível, evitando esforços desnecessários e obstinação terapêutica.

A gente explica que muitas vezes é inoperável, por exemplo, um paciente de 98 anos, não adianta querer ser super-herói, porque a gente causa mais sofrimento do que conforto. É um direito dele, mas a gente vai fazer de tudo para tentar amenizar, dar qualidade de vida. (MR4)

Tu tem obrigação moral de fazer o melhor para o paciente. (MR2)

A gente sempre tenta oferecer o melhor que a gente pode, tanto tratamento como manejo. Explica os prós e contras, mas tentando oferecer o melhor tratamento para ele. Mas quando ele não quer fazer isso, a gente tem buscar alternativas, prevalecendo o desejo dele. (MR7)

De acordo com Beauchamp e Childress (2002), o Princípio da Beneficência trata-se de realizar uma ação em benefício do outro, uma obrigação moral do agir, embasados no princípio da moralidade. Sendo assim, exige uma ação positiva, que nem sempre necessita ser realizada de modo imparcial, onde a mesma não serve de base para punições legais para quem não realizá-la.

Essa colocação dos autores vai ao encontro aos discursos dos MRs, em que fica claro a questão moral intrínseca ao Princípio da Beneficência e ao cuidado na tomada de decisão, procurando deixar de lado qualquer atitude paternalista.

Segundo Vázquez, Sánchez e Nasr (2018), um dos princípios que deve ser considerado como pilar da prática médica é o Princípio da Beneficência, visto que é o profissional médico que possui todo o conhecimento necessário, devendo o médico dirigir todo esse conhecimento em benefício do paciente, defendendo seus direitos, prevenindo o dano e riscos, mal estar e dor. Ainda reforçam que a qualidade do atendimento, uma boa relação médico-paciente, uma comunicação clara e verdadeira, também fazem parte do respeito ao Princípio da Beneficência.

O Código de Ética Médico (2010), em seu preâmbulo, já sinaliza sobre a obrigação da beneficência, esclarecendo que compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e garantindo absoluto respeito pelo ser humano, atuando sempre em seu benefício, e quando em situações clínicas irreversíveis e terminais, evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

Loch (2002) argumenta, de uma maneira mais prática, que o Princípio da Beneficência significa fazer o que é melhor para o paciente, não apenas do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ponto de vista ético. Assim, o profissional utiliza seus conhecimentos e habilidades à serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios do procedimento a realizar; exigindo uma contribuição para o bem estar do paciente.

Esse Princípio diferencia-se do Princípio da Não Maleficência, no que diz respeito à obrigação, a ação deve ser realizada de forma imparcial e servem como base legal para punições e proibição de certas condutas, fortalecendo-se como um ato imoral, no caso de não colocado em prática.

No próximo subitem tal Princípio será discutido com maior detalhamento.

3.3 NÃO MALEFICÊNCIA

O Princípio da Não Maleficência é obrigação de não causar danos, ou seja, não causar o mal intencionalmente. Este se distingue do Princípio da Beneficência, pela intencionalidade do ato, ou seja, pois ser benevolente caracteriza uma ação de causar o bem, proteger, gerar bem estar (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Os autores supracitados reforçam que a principal característica desse Princípio é a sua obrigatoriedade, sendo por vezes mais rigorosa do que a obrigação de beneficiar. Sendo o agir não maleficente, a abstenção de executar ações que causem dano.

O Código de Ética Médico (2010) determina que o profissional da saúde deve se comprometer a avaliar e evitar os danos previsíveis, em seus princípios fundamentais, deixa claro que o médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. Vetando ao profissional causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

O mesmo código, também, determina que, nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

O MR2 demonstrou em seu relato esse princípio como prática primordial, em que o cuidado em manter a funcionalidade e facilitar a reabilitação são necessários no planejamento e manejo clínico para ofertar a melhor qualidade de vida possível ao paciente, levando em conta os problemas de saúde apresentados.

A gente sempre faz a amputação no nível mais baixo possível, para manter a funcionalidade do membro e poder receber a prótese, pois a reabilitação é mais fácil.
(MD2)

Na fala abaixo, percebe-se que os MRs têm absoluta compreensão da obrigatoriedade do Princípio da Não Maleficência e também aponta que a obstinação terapêutica pode ser uma prática maleficente, uma vez que o tratamento pode gerar mais danos que benefícios.

Tu sabe que o princípio básico da medicina é não fazer o mal ao paciente. Quando tu sabe isso tu entende as tuas limitações, tu não precisa conhecer todas as técnicas médicas, mas tu também não pode inventar o que tu não sabe. (MR2)

A gente tenta oferecer o melhor que a gente pode, tanto tratamento como manejo. Explica os prós e contras, mas tentando oferecer o melhor tratamento para ele. (MR7)

Beauchamp e Childress (2002) esclarecem alguns conceitos importantes para o melhor entendimento deste princípio, como: lesar significa violar os direitos de alguém; prejudicar envolve colocar obstáculos, contrariar os interesses de outro; dano indica causar comprometimento de interesses físicos e/ou psicológicos, dor, deficiência, morte; e, finalmente, negligência significa a não prevenção de riscos de danos aos outros.

Por exemplo, se ao longo do tratamento tal terapêutica se mostre ineficaz, ou não traga um razoável benefício, então as inconveniências como: dor, sofrimento desconforto do paciente frente ao tratamento, devem ser consideradas excessivas. Sendo assim, casos em que a qualidade de vida é baixa e uma vez que determinada intervenção produz mais males que benefício, é justificável rejeitar ou suspender o tratamento (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Como a Não Maleficência é um dever *prima facie*, ou seja, obrigatório de ser cumprido, parece ser mais fácil de ser incorporada pelos profissionais, acreditando-se que, por essa razão, poucas falas dos participantes foram ao encontro deste princípio. Continuamente se discute o Princípio da Justiça, que finaliza os princípios propostos por Beauchamp e Childress (2002) em sua teoria bioética.

3.4 JUSTIÇA

O quarto princípio cunhado pelos autores Beauchamp e Childress (2002), referencial teórico desta pesquisa, teoriza sobre a justiça social pertencente ao campo da bioética médica. A justiça, à luz desses autores, é expressa como aquilo que é devido aos sujeitos de determinada comunidade, assegurado pelo princípio da dignidade humana. O termo justiça foi empregado como a oferta pelo estado de uma atenção e um tratamento adequado, justo e equitativo, demonstrando uma forma justa de distribuição.

Os autores destacam dois tipos de princípios da justiça: um formal e outro material. O primeiro é baseado no princípio da igualdade, ou seja, iguais devem ser tratados de forma igual, e os não iguais de modo não igual. O segundo vai ao encontro das necessidades fundamentais, sendo que o sujeito será lesado ou prejudicado se a sua necessidade não for satisfeita.

Nesta categoria o cancelamento cirúrgico, situação frequente relatada pelos participantes em seu campo de prática, foi qualificado como pertencente à categoria do Princípio da Justiça.

3.4.1 Cancelamento Cirúrgico: uma situação recorrente

A corrente teórica do Princípio da Justiça, proposta por Beauchamp e Childress (2002), tem como base de sustentação conceitual a “teoria da moralidade comum”.

Os bioeticistas Garrafa e Manchola-Castillo (2017) pontuam a necessidade crítica desta teoria que, inicialmente, era individualista, apolítica e descontextualizada. Os autores contextualizam a evolução do princípalismo, para um princípalismo preocupado com relação aos coletivos e de amplitude pública.

Assim, propõem a ampliação da visão do Princípio de Justiça, do que era representado pelo conflito entre bem e mal, justo e injusto, certo e errado e, especialmente, entre inclusão e exclusão, para com o princípio indispensável de uma bioética pluralista, laica e direcionada aos direitos humanos universais. O que requer mais fortemente um caráter de legitimação moral do que de legalismo jurídico. Uma ética pública e coletiva comprometida com as questões indispensáveis à sobrevivência digna das populações, conforme suas diversidades.

Os MRs referiram justamente essa preocupação, pois segundo seus relatos, uma situação bastante comum na instituição de prática destes profissionais, é a ocorrência do cancelamento de cirurgias pouco antes de serem realizadas.

Tal situação traz repercussões, tanto na questão evolutiva da doença, como familiar e social, visto que muitos desses pacientes são de outros municípios pertencentes à coordenação regional da saúde, tendo essa instituição hospitalar como referência no cuidado terciário.

Como foi dito pelos MRs, os pacientes tendo ocorrido esse fato, o médico responsável deveria dar essa notícia difícil ao paciente.

Para exemplificar essas afirmações supra mencionadas, descreve-se abaixo as falas dos participantes sobre a ocorrência

Muito difícil para o paciente e para nós. Deixamos claro que é uma falha da instituição e não da equipe, do médico. A maioria entende, porém é um sofrimento, pois muitos ficam sem nada por via oral (NPVO) por horas, sem medicação. E muitas vezes a cirurgia é cancelada mais de uma vez. (MR1)

Sim, gera toda uma expectativa, no paciente e na família, nós urgenciamos muito as cirurgias, e às vezes ficam semanas aguardando bloco. Todo o preparo, jejum, tentamos conversar e confortar a família e o paciente. A gente tenta formar uma equipe com o paciente, que estamos juntos, que por nós faríamos o mais rápido possível, que estamos do mesmo lado. (MR2)

Essa é uma das notícias péssimas. Se prepara todo, a família vem de fora, cria-se toda uma expectativa. Ele (o paciente) vem com toda a preparação familiar, e por problemas estruturais ou de lotação do PS a cirurgia é cancelada. (MR7)

Os MRs também mencionaram o quanto acreditam que esses fatos tragam prejuízos na relação médico-paciente, pois nesse momento também há a quebra de confiança entre eles, fazendo que o profissional tenha que se desculpar e esclarecer os problemas inerentes à situação. Muitos deles relataram que orientaram o paciente a buscar seus direitos junto a ouvidoria institucional como uma forma de, pelo menos, poder expressar as suas ressalvas e emoções com o ocorrido.

Acrescenta-se que esse tipo de acontecimento, além de confrontar o princípio da justiça, leva maleficência ao paciente, pois gera insegurança, ansiedades, medos, desconfianças que são condições que podem, inclusive, repercutir na situação clínica para pior. Ressalta-se que, igualmente, as equipes médicas defrontam-se com impotência e desconforto mediante tais acontecimentos.

Incômodo para nós, me organizo, planejo e chega na hora é cancelado. Para o paciente é pior ainda, ele vem preparado, a família também, fica em jejum, o paciente não compreende. sem falar que quando se posterga uma cirurgia nós estamos postergando um procedimento curativo ou de melhora na qualidade de vida desse paciente. (MR4)

É difícil, aqui eles (pacientes) esperam muito, é algo que não me faz bem. Eles ficam decepcionados, porque tem fila de espera. (MR5)

Às vezes a família fica bem hostil com o hospital, mas com a gente não, a gente orienta eles a irem até a ouvidoria conversar, porque para nós também é muito ruim, há casos que evoluem para óbito. A gente sempre frisa, que se demorar eles devem buscar auxílio na ouvidoria, na direção do hospital. (MR2)

Essa é uma notícia bem desconfortável para dar. E que muitas vezes tem um impacto bem negativo. O paciente reage mal, briga com a gente, e a gente, não tem muito o que fazer porque a equipe estava pronta. E geralmente o paciente vai embora, porque são pacientes eletivos, com data e hora marcada para o procedimento, assim eles têm que remarcar tudo de novo. (MR7)

É uma das notícias mais difíceis, principalmente aqui no PA, cirurgias de urgência, passam dias até conseguir, ficam em NPVO. É difícil para todos, a família fala como se a culpa fosse nossa. A gente tenta explicar, mas nem sempre entendem. (MR3)

As autoras Silva e Rezende (2017) reforçam, segundo a teoria principialista, que o Princípio da Justiça preconiza que toda atenção e cuidado sejam justos, funcionais e eficientes. Sendo este princípio um reflexo da consciência de cidadania e luta pelo direito à saúde como sendo um direito que deve ser atribuído e assegurado a todo cidadão.

O art. 3 da Carta dos Direitos aos Usuários da Saúde (2012) explicita que toda a pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde. Esse direito aparece nos discursos dos MRs como algo que nem sempre acontece na sua prática.

Acontece muito aqui. Eu me sinto numa situação muito ruim de dar essa notícia. O paciente está ali, preparado, ansioso. Eu sempre sou sincera, digo que cancelou porque não tem leito, a equipe está aqui, mas paciente e familiar ficam bravos, peço desculpa, apesar da culpa não ser minha, e ser do sistema, acontece muito com pacientes que eu urgêncio. Às vezes eu levo três, quatro dias para colocar ele no bloco. Eu falei para uma paciente para irmos juntos reclamar. Isso gera uma revolta em todos. Eu deixo claro que a culpa não é nossa e a gente faz o possível. (MR10)

Explico, de maneira honesta, os devidos motivos (atraso em cirurgias prévias, falta de leito hospitalar/sala de recuperação, falta de material) etc. Se o motivo do cancelamento for contra-indicação clínico-cirúrgica (paciente sem condições de ser submetido ao procedimento), explícito os riscos e benefícios ao paciente, deixando opção paralela de tratamento. (MR11)

Informo o motivo real do cancelamento, geralmente por falta de leitos na sala de recuperação, peço desculpas e informo para remarcação da cirurgia para outra data. (MR12)

Trabalhamos muito com notícias difíceis. No SUS, muitas pessoas chegam com poucas possibilidades terapêuticas, muitos acabam perdendo membros. Temos de 15 a 20 amputações por mês, na instituição privada se vê menos. (MR2)

A maioria dos nossos pacientes são casos oncológicos, que devido a precariedade do sistema público, chegam em estágio bem avançado. Então a única chance de cura é a cirurgia, porque radio e quimio, acabam sendo paliativos. Nunca nenhum falou que não queria. (MR4)

As falas dos MRs marcam a realidade do sistema público, com a dificuldade de acesso à saúde e escassez de recursos. O cancelamento cirúrgico, além produzir prejuízos financeiros e psicológicos ao paciente e aos familiares, também lesa o direito do sujeito, uma vez que prorroga a possibilidade curativa ou terapêutica condicionada a necessidade fundamental da pessoa em questão, podendo, inclusive, causar-lhe dano irreversível, como perda de funcionalidade ou mesmo a morte antecipada.

Os autores Garrafa e Manchola-Castilho (2017) elucidam que nos dias atuais é indispensável repensar o Princípio da Justiça em bioética, a partir de outros referenciais que estejam situados para mais além das contradições simplistas e diretas representadas pelo conflito entre bem e mal, justo e injusto, certo e errado e, especialmente, entre inclusão e exclusão. Uma vez que a justiça, enquanto princípio indispensável de uma bioética pluralista, laica e direcionada aos direitos humanos universais, requer mais fortemente um caráter de legitimação moral do que de legalismo jurídico.

Nesta discussão fica explícito o quanto esse princípio necessita ser analisado pelo viés político e coletivo e não apenas como uma situação de ordem individual. É um problema de saúde pública, que implica em transtornos para a equipe de profissionais, para o cidadão e para a instituição.

3.5 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Finalmente como um tema que esta pesquisa procurou esclarecer, foi a compreensão do processo de comunicação em questões de saúde e doença pelos participantes do estudo. A temática da comunicação de ND se constituiu em uma parte importante da pesquisa, pois, em clínicas cirúrgicas, as ND ocorrem frequentemente e exigem habilidades para quem as relata. Desse modo, a seguir demonstra-se a compreensão por tal questão relatadas pelos MRs entrevistados.

3.5.1 O que se entende por Notícias Difíceis

A comunicação de notícia difícil sempre foi associada à morte, a doenças sem possibilidade de cura, mas com as mudanças no processo do cuidado em saúde, esse conceito foi ampliado. Para Jaccobsen e Jackson (2009), a comunicação de ND envolve não somente a revelação do diagnóstico, mas também a progressão da doença e a necessidade de encaminhamento para cuidados paliativos e/ou cuidados domiciliares, ou seja, notícia difícil está vinculada a qualquer informação que envolva mudança drástica na perspectiva de futuro da pessoa num sentido negativo (BAILE et al., 2000).

Lino (2011) pontua que o termo notícia difícil, designa qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na vida destes, a notícia deve ser considerada desagradável em seu contexto.

Portanto, embora normalmente associada à transmissão de diagnóstico de doenças terminais, a má notícia pode tratar de patologias menos dramáticas, mas também traumatizantes para o paciente.

Beschoren (2018) fez referência às conceituações de Baile et al. (2000) e Bor et al. (1993), quanto à conceituação de ND de maneira ampliada, como sendo: situações de recorrência de doenças, progressão da doença por falha no tratamento ou não, efeitos colaterais, revelação de resultados de testes genéticos, ainda, discussão de questões como os cuidados paliativos e reanimação quando não existem mais opções terapêuticas, ou seja, qualquer situação que desperte sentimento de desesperança, que represente uma ameaça ao bem-estar físico ou mental do indivíduo, que ofereça risco de perturbar um modo de vida já constituído ou mensagem que apresente a uma pessoa menos possibilidades em sua vida.

Nos discursos médicos, identificou-se, nesta pesquisa, de maneira geral, a associação do conceito de ND ao diagnóstico de câncer, à impossibilidade curativa e ao óbito, mantendo a visão limitada do conceito, como é possível constatar nos discursos a seguir.

Na nossa prática é o diagnóstico de câncer avançado, a perda da voz... (MR1)

Paciente com câncer, que vai óbito, coisas assim. (MR3)

Notícia difícil é um câncer, doença sem tratamento. (MR5)

Pensando em câncer... falar que um tumor é inoperável é algo muito difícil. (MR4)

Impossibilidade de tratamento, trabalhamos muito com oncologia, dizer a um paciente que ele tem um tumor que é irrisecável. (MR8)

Óbito. complicações não esperadas de pós operatório. (MR10)

A mesma questão foi observada no estudo de Beschoren (2018), com enfermeiras de uma unidade cardiológica intensiva, onde também houve a associação de ND com o diagnóstico, prognóstico e tratamento.

Por outro lado, alguns MRs compreenderam o conceito ampliado de ND e pontuaram situações que foram além do diagnóstico, como: procedimentos (cirurgia e outros métodos invasivos), limitações terapêuticas, mas também, amputações, perda de voz, necessidade de intubação e inclusive dificuldades técnicas e estruturais da instituição de saúde. No entanto, na maior parte das vezes, ainda existe a referência de associação ao câncer e óbito. Citam-se, abaixo, outros relatos dos entrevistados:

Em geral, são notícias que fogem à expectativa do paciente/familiares, com conteúdo desagradável, desde prognóstico ruim, diagnóstico de doença maligna, possibilidades reservadas de cura, que infringem ao doente e à equipe médica sensação, não raro, de impotência. Durante a prática clínica, diversas são as situações de diagnóstico de doença maligna (mais especificamente, cânceres de cabeça e pescoço). (MR11)

Notícias que afetarão a vida do paciente de maneira inesperada, como a de uma doença, cirurgia ou morte. (MR11)

Notícias de impossibilidade de tratamento, ou tratamento proposto que não se realiza por dificuldade técnica ou estrutural. Além de câncer metastático, sem possibilidade de cura. (MR6)

Notícias de maior impacto, com mais repercussão ao paciente. Notícias desagradáveis... entendo que seja isso. (MR7)

Grau de investimento no paciente. Conversar com familiares sobre notícias invasivas (intubação)... (MR9)

Um bom exemplo de tal situação é através da análise dos procedimentos cirúrgicos da clínica da cabeça e pescoço. Tais procedimentos, geralmente, são de grande porte, e a recuperação se torna bastante prolongada, associada a variadas limitações, como: alimentação exclusiva por sonda nasoenteral, uso de traqueostomia, que pode ocasionar impossibilidade de fala, por tempo indeterminado; ou em alguns casos, a retirada das pregas vocais, causando a perda permanente da fala, entre outros (GOMES et al., 2016)

Em relação à conceituação de ND, percebe-se que os MRs possuem a clareza do que se trata uma ND, apesar da referência passada, de que as ND estariam apenas relacionadas a óbito e impossibilidade curativa. Porém, os profissionais conseguem vislumbrar uma maior amplitude conceitual e o impacto que as ND causam na vida dos pacientes.

A seguir será discutido a importância do processo de comunicação, perpassando por questões diagnósticas, limitações, situações marcantes, além do percurso teórico-prático.

3.5.1.2 Comunicação: da teoria à prática

A relação estabelecida entre médico e paciente é extremamente importante para o sucesso terapêutico, seja ele curativo ou paliativo, assim como a relação entre esses dois atores e familiares. Essa tríade deve ser analisada com cuidado, visto as consequências geradas com a revelação ou não de diagnóstico e prognóstico.

Neste subitem, o debate se dá em torno da comunicação diagnóstica, visto que muitas vezes é solicitado ao profissional médico que mantenha sigilo sobre diagnóstico, prognóstico

e terapias indicadas. Tal solicitação pode ser tanto do paciente para com os familiares, quanto dos familiares com relação ao paciente. Sendo que cada situação deve ser analisada conforme sua peculiaridade e orientações do próprio código de ética médico.

Beauchamp e Childress (2002), além dos princípios bioéticos, também discutem a importância da veracidade e privacidade no relacionamento médico e paciente. Os autores assinalam três justificativas para explicar a obrigatoriedade da veracidade no processo de cuidado em saúde. Primeiramente, é baseado no respeito devido aos outros e no respeito à autonomia, visto que o consentimento, só é válido a partir de uma comunicação honesta; também baseia-se no vínculo e contrato firmado no início da relação terapêutica, em que o paciente tem o direito à verdade sobre diagnóstico, prognóstico e terapêuticas, assim como o profissional adquire o direito de receber do paciente as informações verdadeiras. E, finalmente, citam que para a relação médico e paciente, seja de cooperação e interação, é necessária que seja embasada na confiança e obrigação da veracidade.

No capítulo V do referido código, o artigo 34 versa sobre a obrigação do médico em informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICO, 2010).

Segundo Rodriguez (2014), a comunicação é uma ferramenta importante no processo de aceitação e entendimento da nova realidade que se coloca, citando tal sigilo como uma “conspiração do silêncio”, como quando os familiares requisitam ao profissional a não comunicação ao paciente. Essa prática pode provocar consequências diretas no processo saúde-doença, inclusive, privando paciente e familiares de dar significado ao momento, impossibilitando tomadas de decisões e fragilizando as relações familiares, que, no dado momento, poderiam ser ressignificadas e fortalecidas.

O código de ética profissional, no parágrafo único, do capítulo V, indica que: nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Nos discursos a seguir, é possível identificar o respeito à autonomia do paciente e o dever ético deontológico do profissional, em informar a ele sobre sua condição clínica e possibilidades terapêuticas, de forma clara e direta, mas sempre levando em consideração a capacidade cognitiva do sujeito em assimilar tal situação. De modo geral, os MRs não

consideram a perspectiva de não comunicação ao paciente, mesmo quando solicitado pelo (s) familiares.

Agora mesmo atendi um caso de uma Sra. depressiva. Vieram os filhos e até o pastor, conversei com eles, expliquei a situação e disse que daria um ou dois dias para eles contarem à paciente e caso não falem eu vou falar, porque não vou esconder do paciente, é um direito dele saber se é maior de idade, lúcido e orientado. (MR4)

Depende do paciente, se é de maior idade, lúcido e orientado, eu sempre falo para a família que não tem como negar essa informação ao paciente, que por mais que ele não pergunte, eu preciso informar o que ele tem, claro que com jeito. É direito dele saber. A não ser que ele não queira saber. Daí é diferente. O contrário é direito dele. (MR6)

Geralmente nosso paciente vem com um acompanhante. O nosso perfil de pacientes são muitos idosos, então eles sempre vêm com alguém, então até agora nunca teve um caso desses. Se for um paciente jovem, lúcido, ele tem sim esse direito. Eu entendo que o paciente tem o direito de saber o que ele tem, até entendo quando a família não quer contar ao paciente, por ser depressivo, ansioso, mas como paciente vai aceitar o tratamento sem saber o que ele tem. Em atendimento ambulatorial a gente tenta mostrar que o diagnóstico de câncer não é mais sinônimo de morte, que existem várias opções de tratamento, a gente acaba conscientizando ele, então não há necessidade de esconder do paciente. A gente costuma ser direto com o paciente e dar as opções de tratamento. (MR8)

Eu comunico o paciente, se ele não tem nenhum déficit cognitivo, é direito do paciente não comunicar. Aqui eu não tive essa situação (contrário). Na geral já aconteceu, quando era paciente muito ruim, eu deixava a critério da família isso. Já tive uma paciente de 24 anos que tinha uma neoplasia gástrica, e a mãe dizia a ela que era uma úlcera. Mas como eu ia dizer que ela iria fazer quimioterapia para uma úlcera. Daí chamamos a psicóloga, conversamos com a mãe e ela comunicou. Só paciente terminal, idoso, que não tinha o que fazer, que eu não comuniquei. Acho que os pacientes que sabem da sua patologia, tratam melhor do que o paciente que não sabe. Sou bem franca, até mesmo no pós operatório. Se a gente é sincero é mais fácil de dar certo a relação médico/paciente. (MR10)

Alguns MRs citaram que o paciente, geralmente, vem acompanhado por um familiar e que a comunicação clínica ocorre perante os presentes. Os profissionais colocam que a situação que mais lhes causam desconforto é quando o familiar solicita a não comunicação da ND ao paciente.

Tal desconforto, provavelmente, ocorreu com os MRs, pelos valores intrínsecos que possuem se chocarem com alguns aspectos culturais dos pacientes, como consultar acompanhados de alguns familiares e revelar diagnóstico prioritariamente ao familiar. Tal fato não é considerado ético, pois o paciente é prioritário. Esses profissionais ainda têm dificuldade de compreender e aceitar que a consulta será compartilhada, apenas se o paciente

permitir, mas o médico necessita explicar essa situação e oferecer a decisão ao doente que lhe procura.

Porém fica claro o respeito à ética profissional, pois os MRs sempre procuram informar o paciente sobre tudo o que lhe diz respeito e mantêm o sigilo a respeito do diagnóstico conforme solicitação do paciente. Isso fica expresso nas próximas falas.

Se o paciente é lúcido, meu termo de responsabilidade médica me faz com que eu respeite a vontade do paciente, que respeite a sua autonomia de querer ou não divulgar, porque ele não tem obrigação de ser acompanhado em consulta médica se ele é ciente dos seus próprios atos. Quando a gente planeja um procedimento grande, a gente pede que venha algum familiar para explicar sobre risco cirúrgico, na maioria das vezes sempre vem alguém. A gente segue tratando, nós temos pacientes que têm indicação formal de amputação e não querem fazer a amputação, nem por isso eles são tirados fora do nosso ambulatório, eles seguem em acompanhamento de curativo e analgesia. (MR2)

Se o paciente é consciente é uma decisão dele contar para a família ou não. Nós só tivemos casos contrários, onde a família não queria contar ao paciente. Daí tentamos conversar com a família para comunicar o paciente, pois isso pertence a ele. Ele deve ser comunicado. (MR5)

O paciente tem direito a não revelar seu diagnóstico, assim como tem o direito de saber o seu diagnóstico. Ele estando lúcido, orientado é nosso dever contar. Porém na nossa rotina, o que vemos é o paciente sempre acompanhado de um familiar, então a família está sempre envolvida. (MR1)

Quando o paciente não quer comentar, tem que deixar livre, a gente explica toda a situação para ele, e se isso não trouxer prejuízo, deixamos a liberdade dele, se ele quiser contar em outro momento... fica livre. É que geralmente o familiar vem junto, participa de toda a conversa, o conhecimento da família faz parte do tratamento, o apoio que o paciente precisa receber. O que acontece muitas vezes é o familiar vir antes e ficar sabendo e não querer contar ao paciente. Acho, particularmente, que isso não é correto. O paciente que é o doente, ele tem que estar totalmente ciente da sua doença, do que ele precisa fazer, de como vai ser o tratamento, as opções. Ele tem que estar sempre orientado. A gente não tem como esconder. Acredito que o ideal seja o familiar junto, todos saem cientes da doença. (MR7)

A gente tem que falar abertamente. O paciente tem que saber o que ele tem, se ele tiver em condição. Nunca passei por isso, mas se ele tem condições de arcar sozinho, a gente respeita a vontade. (MR3)

Respeitaria a vontade do paciente, mantendo sigilo. Desde que o paciente tenha preservadas suas faculdades mentais, explico a necessidade de comunicar-lhe o diagnóstico e opções terapêuticas. Em caso explícito de prejuízo ao paciente (restrito em termos intelectuais, por exemplo), manteria reservado à família, em primeiro momento, até possibilidade de, em estabilidade, comunicar ao paciente. (MR11)

Converso com o paciente sobre a necessidade de suporte familiar e psicológico frente ao problema, porém ele como meu paciente terá meu sigilo médico. Explico

que o paciente tem o direito de saber do diagnóstico e opções terapêuticas sobre seu corpo. (MR12)

Portanto, ficou explícito o quanto os MRs compreendem a comunicação do diagnóstico ao paciente como respeito ao Princípio da Autonomia, bem como a importância de tal prática para um bom vínculo entre médico e paciente, mas enfatizam o quanto a família é importante no processo saúde-doença.

Assim, a preparação pessoal e profissional para a comunicação torna-se de importância, no contexto de atenção em saúde. Muito se discute sobre a comunicação de ND, e assim se fez importante colher as impressões dos MRs sobre como se deu, ou se dá a preparação para essa comunicação tão importante no escopo hospitalar.

Segundo Ramos e Bortagari (2012), toda a comunicação tem duas partes: o conteúdo e o sentimento, ou seja, o fato e como o profissional interage com o sujeito, sendo a empatia fundamental nesse processo. A comunicação de maneira geral é composta tanto pela comunicação verbal, quanto a não verbal e no processo de comunicar ND o verbal e o não verbal podem influenciar em como a notícia é recebida pelo sujeito, bem como influenciar o percurso terapêutico.

Em relação ao verbal, é importante não se utilizar de termos técnicos, mantendo uma verbalização adequada ao entendimento do outro, buscando esclarecimento da situação. O não verbal vai ao encontro da postura corporal que o profissional se coloca neste momento, seu tom de voz, seus gestos, suas expressões faciais, isso permite ao paciente sentir-se confortável para expressar seus sentimentos e sentir-se seguro na relação médico-paciente (SILVA, 2012).

A mesma autora infere que uma comunicação adequada é aquela que visa diminuir conflitos, mal-entendidos, atingindo os objetivos propostos.

As autoras Cabeça e Sousa (2017) destacam que há pouco preparo dos profissionais em comunicar ND, pois a valoração da ND não está no conteúdo em si, mas sim na expectativa e experiência com esse tipo de mensagem, como ela é anunciada, em que momento e que consequências podem advir.

Para tal, existem protocolos que têm por objetivo facilitar o aprendizado dos profissionais da saúde. No presente estudo, uma das questões norteadoras da entrevista, era justamente saber como se deu o ensino acadêmico sobre comunicação com pacientes, bem como saber se os MRs tinham conhecimento dos protocolos de comunicação de ND existentes.

Os relatos dos participantes referenciam sobre disciplinas acadêmicas ofertadas durante a graduação, que são: bioética, relação médico-paciente, cuidados com a saúde e

ética, porém nada específico sobre como realizar comunicação ao paciente. Todos relataram não saber da existência de protocolos orientadores de comunicação de ND como fica explícito nas falas a seguir.

Não. Que eu lembre não. Bioética sim, na minha faculdade foi bem abordado, a relação médico paciente, notícias difíceis... (MR2)

Que eu me lembre não, tivemos algo na residência, mas mais pela prática, pela orientação de professores. Na formação tivemos ética médica, onde pautava sobre algumas coisas, mas não era muito aprofundado (MR 3).

Protocolo não. A conduta é mais de cada profissional. É mais uma habilidade. Na minha faculdade eu tive aulas de bioética, cuidados paliativos, eu acho que tive uma boa formação, mas protocolo nunca vi. (MR4)

Tivemos aulas sobre relação médico/paciente, coisas bem pontuais. Mas não sobre protocolos de comunicação. (MR5)

Tinha disciplina de cuidados com a saúde, mas de protocolo não. (MR6)

A gente teve cadeiras de ética, bioética, a gente gostava de discutir sobre isso. Protocolo não. (MR7)

Na faculdade eu tive uma disciplina que se chamava psicologia médica, a professora era maravilhosa. Fala de morte, cuidados paliativos. Foi incrível. Nós íamos a campo... e durante a residência, um residente deu uma notícia de um óbito que todo mundo ficou chocado. Daí a direção chamou todo mundo para uma palestra sobre notícias de óbito para a família. (MR10)

Não me lembro de protocolo, mas na minha formação tivemos durante os quatro primeiros anos da formação aulas com psicólogas sobre notícias difíceis, relação médico-paciente, bioética, dentre outros assuntos. (MR12)

A análise do conteúdo dessa informações pode remeter-se a um pensamento de que a academia não prepara os estudantes de medicina para tal exercício de maneira específica, apenas de maneira introdutória.

Acredita-se que a resposta de não conhecimento, dos assim chamados protocolos de comunicação de ND, foi, inicialmente, confundido com os protocolos médicos existentes nos hospitais. Porém tal pensamento foi esclarecido pela pesquisadora, ao utilizar as palavras: guias, diretrizes para comunicação de ND. Assim os participantes MRs compreenderam melhor, mas disseram desconhecer esses instrumentos.

É sabido que tais protocolos são auxílios valiosos no desenvolvimento de habilidades e comportamentos adequados a essa situação difícil, tanto para o profissional, quanto para o paciente e seus familiares. Comunicar envolve muito mais do que a simples transmissão de

informações, é necessário dar atenção especial para essa prática de saúde, visto que ela pode influenciar de maneira negativa o futuro do paciente, não permitindo seu comprometimento terapêutico e piorando sua qualidade de vida. Este é um momento em que se pode garantir os direitos éticos e bioéticos do paciente, possibilitando uma relação médico-paciente satisfatória e confiante.

Por isso, é importante o ensino de humanidades em qualquer clínica, pois um paciente melhor acolhido, responde melhor em todos os aspectos de cuidado em saúde.

Os participantes da pesquisa também responderam como eles entendem a prática comunicacional. Se é uma habilidade apreendida ou intrínseca à pessoa. Nos discursos que seguem, percebe-se que o entendimento dos MRs é de que o aprendizado se dá por modelagem, pela da observação dos preceptores, mas eles não excluem o fator pessoal como influência na conduta de comunicação, visto a questão empática da relação médico-paciente.

Alguns participantes referiram não ter dificuldades durante a comunicação de ND, porém foi possível analisar pelo viés tecnológico que o dever em comunicar, seja o que for e como for, é mais importante do que como comunicar. Creditam essa segurança apenas baseados em fatos, sem levar em consideração a necessidade de aperfeiçoamento, de educação continuada, como se não existissem metodologias e leituras para orientação disponíveis.

Hoje eu tenho habilidade em comunicar notícias difíceis, porque eu sei o que se passa na cabeça do paciente, se aprende na prática, nosso contato é diário. Sempre tento passar (a experiência) para quem está passando com a gente (estudantes e residentes). Tem haver com empatia e habilidade. A medicina, o ser médico, inicia com a tua formação em casa, formação de caráter e isso não é igual para todos. Para ti ser um bom médico, tu precisa de uma só coisa, ser uma boa pessoa. (MR2)

Eu acho que muito vai do jeito da pessoa. A gente pode aprender a orientar, mas vai do jeito da pessoa, e também, tem que estar seguro para falar. (certeza do diagnóstico e prognóstico). (MR3)

A dificuldade não é de eu me comunicar, mas de alguns pacientes entenderem. Eu não tenho dificuldade nenhuma, sempre fui muito sincero com os pacientes. (MR4)

Tem haver com personalidade, tem pessoas que não tem paciência. Não consegue entender o lado do paciente. Acho que tem haver com habilidade, que não seja um treinamento. Claro que se tu tiver uma orientação, com o tempo tu vai melhorando essa parte. Pode ser apreendido. Mas não é a única forma. Aqui é observado como os outros fazem e tu acaba moldando o teu jeito. Tu vê como paciente responde quando alguém fala, daí tu vê o que é melhor. Aprende na observação. (MR6)

Acho que existe um componente que é de caráter do profissional, mas tem como ser apreendido pela vivência dos dramas e inquietudes que os pacientes têm e que eles

vão te revelando transcurso das consultas. Isso a gente aproveita para ir se antecipando e elaborando seu discurso de uma maneira mais aceita. São duas coisas que podem ser trabalhadas juntas. Tu tens que passar credibilidade, ser honesto com ele, para poder ter a resposta adequada. (MR8)

Num primeiro momento, há sensação de compaixão com o paciente. Tento exteriorizar muita força e apoio ao mesmo, para que, juntos, possamos enfrentar o tratamento cirúrgico-clínico. (MR11)

A partir desses discursos, depreende-se a percepção de que o processo de comunicação dentro da prática profissional é mais uma questão de personalidade, como uma habilidade inata das pessoas; do que uma real conduta médica.

O que não corresponde ao dever ético e bioético médico, visto que o profissional deve sempre zelar pela beneficência do sujeito em questão, priorizando as mínimas consequências de tal ação, dentro do contexto que se faz presente. Ademais, o aprendizado não se faz apenas por modelagem, há a necessidade de firmar-se que essa é uma habilidade que pode ser adquirida por aprendizagem, seja durante a graduação ou por educação continuada, através dos protocolos, cursos, palestras, workshops, dentre outras.

Em um pesquisa realizada por Neto et al. em 2013, concluiu-se que havia uma necessidade de melhora na instrução médica, no que tange a comunicação de ND, visto que o índice da qualidade da informação percebida pelos participantes da pesquisa foi considerado bom para 63,4% da amostra. Sendo que o principal aspecto citado pelos entrevistados foi o comportamental, com destaque à sinceridade e à tranquilidade.

Stelet, Castiel e Moraes (2017) explanam que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), para os cursos de graduação em Medicina, orientam o desenvolvimento da habilidade de se comunicar adequadamente com os pacientes e da capacidade reflexiva e compreensão ética, integral e humanística da relação médico-paciente, citam, também, que o ensino de comunicação clínica é considerado parte fundamental do currículo médico na graduação de países como Inglaterra, Espanha, Holanda e Estados Unidos.

Ainda, os autores discutem sobre a utilização de protocolos de comunicação, pontuando que esses instrumentos podem trazer segurança ao profissional, mas que também se coloca um empecilho, visto que pode tecnificar um momento em que deve-se deixar afetar pelo outro. Colocam a empatia como algo desejado na interação clínica, em que o aprender "ser médico", vai além das grades curriculares, pois perpassa pelos atendimentos à beira do leito, em consultas supervisionadas, nas sessões clínicas e na maneira de como se estabelece a comunicação com o outro, seja com o paciente ou outros profissionais de saúde.

“O currículo de comunicação é importante em todos os níveis de formação, incluindo graduação, pós-graduação e educação permanente. Pela complexidade inerente ao tema, sempre se pode permitir espaços de ensino-aprendizagem para o exercício da comunicação clínica. No entanto, espera-se que esses espaços, para além das ferramentas e técnicas de abordagem mais instrumental, possibilitem a reflexão crítica por parte dos sujeitos e o exercício do pensamento sobre a própria racionalidade médico-científica (STELET, CASTIEL E MORAES, 2017).

As falas subsequentes demonstram a compreensão dos MRs, sobre seu entendimento quanto à aprendizagem comunicacional. Fica explícito o quanto é importante a aprendizagem pela observação, pela prática transversal, do que é próprio de cada sujeito, e do que é da prática.

Todos são aptos a entender, aprender isso melhor, mas existe algo que é da personalidade, ser mais grossa. Com orientação todos podem mudar, ter um cuidado maior para trazer essas notícias sem ser tão agressivo. Talvez fosse importante treinamento adequado, fosse possível trazer essa notícia de uma maneira melhor. (MR7)

Acho que é questão de formação pessoal, caráter, paciente é gente como a gente (...) todos merecem atenção, cuidado, zelo. Então tem que ter jeito, carinho (...) Acho que é intrínseco à pessoa e tem haver com o tipo de trabalho do profissional, com carga de trabalho excessiva. Acho que pode ser apreendido, que depende da pessoa, mas que isso vai sendo aprimorado, tem haver com experiência. Eu vejo que o pessoal mais jovem tem mais dificuldade. Eu sempre tento orientar, ajudar, tem haver com prática. (MR5)

Tapajós (2007) pontua que alguma sustentação teórica da área da competência comunicacional é importante, mas, sobretudo, propõe que a comunicação seja compreendida como um encontro intergrupual que envolva as diferenças de poder, autoridade e autonomia e, ao mesmo tempo, de proximidade, reciprocidade, compromisso e respeito que ultrapassa o enfoque normatizador de um protocolo.

Portanto, o aprendizado para comunicar ND deve perpassar tanto teoria, seja durante a academia e a residência, quanto pela observação e prática durante estágios e prática supervisionadas. Porém não é o que foi relatado pelos MRs, visto que em nenhum momento das suas formações houve teorização sobre o tema, e mesmo durante a residência, os preceptores não enfatizam a prática de comunicação, visto que está baseada em uma característica intrínseca à pessoa, e, com isso, através das observações, pode-se ter uma ideia equivocada de como transmitir ND.

Durante a entrevista, os MRs citaram alguns fatores, que eles julgam como impeditivos à comunicação, referiram que a rotina de atendimentos, quantidade de pacientes

atendidos diariamente, o excesso de trabalho e tempo disponível são empecilhos para uma comunicação de qualidade, conforme os relatos abaixo.

No ambulatório nós recebemos cerca de 40 pacientes, nosso tempo de atendimento não permite ter uma conversa longa, mas sempre mantemos o cuidado de como comunicar, mas se tivesse mais tempo, com certeza seria muito melhor. Temos que atender esse número porque a maioria não pode mais esperar. (MR1)

Atendemos 25 a 30 pacientes por dia, 120 pacientes por semana. A gente faz o melhor possível com o tempo que temos, se tivesse mais tempo seria melhor para os dois, no nosso sistema é complicado. (MR2)

A comunicação de ND é um momento delicado não apenas para o paciente e familiar, mas também para o profissional que comunica. Momento que exige preparação técnica e psicológica do médico para a comunicação. Consequente, os MRs foram estimulados a relatarem situações de suas trajetórias.

Nos relatos evidencia-se o despertar de sentimentos e até mesmo identificação com o momento difícil dos pacientes. Nas próximas falas, fica evidente o quanto eles sentem-se comovidos com algumas situações inesperadas e o quanto isso dificulta o momento de comunicação ao paciente e familiares, exigindo deles uma preparação mais elaborada.

O momento mais difícil foi de um menino de 24 anos com carcinoma de mandíbula avançado, sem possibilidade cirúrgica, que evoluiu a óbito em pouco tempo. (MR1)

Tivemos um paciente com várias obstruções arteriais em membro inferior, que após várias intervenções evoluiu para amputação. No período pré amputação, ele disse que se perdesse a perna preferia não viver. Aí conversei com ele, envolvi os familiares. Disse que não há demérito em viver sem um membro. Eu sempre uso meu exemplo (problema auditivo)... Até hoje ele vem ao ambulatório e chora quando me vê. Diz que fui eu quem convenceu ele a fazer o procedimento. (MR2)

Tenho uma recente, paciente com tumor de reto, jovem, uns 50 e poucos anos. A gente foi operar, a princípio com uma doença localizada que poderia ser curada, mas na hora do procedimento, constatamos metástase que os exames de imagem não haviam mostrado. Primeiro contamos para a família, pois ele estava em recuperação anestésica e depois para ele. Sempre é difícil... eles não acreditam nessa possibilidade. (MR6)

Uma cirurgia de um paciente jovem, que acabamos perdendo por complicação cirúrgica, houve um sangramento grande e ele veio a óbito. Era muito jovem tinha 28 anos. Para dar esse tipo de notícia a gente tem que estar sempre preparado. Sempre que a gente opera, ele e os familiares estão cientes dos riscos, já prepara eles para uma notícia ruim e também nos preparamos. (MR8)

Uma paciente que complicou pós operatório, e todo o manejo de comunicação foi bem difícil. Ela tinha uma familiar que era funcionária do hospital, e foi uma pessoa

bem difícil de lidar. Eles diziam que a paciente ficou desassistida, o que não era verdade. A paciente ficou 40 dias internada na UTI e veio a óbito. Ela questionava com todos os residentes, foi uma relação muito difícil. Foi uma pneumonia de pós operatório. Tive pacientes que no transcorrer da internação, se tornaram inoperáveis, outros entraram para cuidados paliativos, e foi tudo muito tranquilo. (MR10)

Comuniquei aos familiares a morte de uma paciente. Me senti triste, porém falei e fiz o possível para uma boa evolução pós operatória, paciente e familiares estavam cientes do risco. (MR12)

Pessini (2002), em seu artigo publicado na Revista Bioética, realça a importância da dimensão humana na dor e no sofrimento do ser humano no contexto hospitalar, o trecho abaixo explica a importância da humanização:

“O cuidado da dor e do sofrimento é a chave para o resgate da dignidade do ser humano neste contexto crítico, e é um dos objetivos da Medicina desde tempos imemoriais. A problemática da dor e do sofrimento não é pura e simplesmente uma questão técnica: estamos frente a uma das questões éticas contemporâneas de primeira grandeza e que precisa ser vista e enfrentada nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual”. (p.54)

O mesmo autor conclui que o sofrimento suscita compaixão, empatia e respeito, sendo a indiferença um fator desumanizante, afirmando que quem se deixa tocar pela dor do outro, humaniza-se para além do conhecimento tecnocientífico.

Portanto, é imperioso que o profissional da saúde aceite e entenda o seu mal-estar frente a ND como um sentimento inerente ao processo de comunicação, que o humaniza perante o outro, mantendo a dignidade e a dimensão humana no processo saúde-doença.

O trabalho multiprofissional no contexto hospitalar foi outro tema abordado na pesquisa, visto ser uma prática prevista no SUS, sendo o local de prática dos MRs, contemplado por uma Residência Multiprofissional, além da equipe multiprofissional pertencente ao quadro de funcionários públicos. Tal trabalho é importante em todos os aspectos da atenção hospitalar, já que possibilita cuidado integral ao paciente hospitalizado, visto a necessidade atual de cuidar do sujeito enfermo com um olhar holístico e global, atendendo a todas as suas necessidades.

As equipes multiprofissionais de saúde são uma realidade nos serviços de atenção à saúde no SUS, sejam eles na modalidade de trabalhadores da instituição ou profissionais vinculados aos Programas de Residência Multiprofissionais, definida como ensino de pós-graduação lato sensu. A referida tem como intuito qualificar profissionais para atuarem no SUS de maneira integrada e articulada entre todos os membros da equipe, contemplando uma visão ampliada da saúde ao considerar a diversidade e o sujeito enquanto ator social

responsável por seu processo de vida, inserido em um ambiente social, político e cultural (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009).

O trabalho em equipe requer mais que um simples agrupamento de profissionais, é necessário haver comunicação, colaboração a partir de um único objetivo, articulação entre saberes e ações, promovendo, além do cuidado integral, um cuidado humanizado e individualizado de acordo com as necessidades daquele sujeito, sempre pautado nas relações ético-profissionais e nos princípios bioéticos que regem as práticas de assistência em saúde (PEDUZZI, 2001; AYRES 2004).

Por meio dos dados coletados, percebeu-se que os MRs participantes referiram ter conhecimento da equipe multiprofissional além de compreender a importância de outros saberes no processo de comunicação de ND. Porém não há trabalho em equipe propriamente dito, visto que somente solicitam avaliação e conduta de outros profissionais em casos de necessidade, através de parecer, sem que haja discussão de caso previamente e, conseqüentemente, sem devolução adequada, mantendo-se o padrão do parecer. Isso fica demonstrado nos discursos a seguir, o que disseram os MRs sobre sua inter-relação ou contato com outros profissionais ou equipes:

Sim acionamos por parecer a psico, fono. A nutri é mais fácil porque está sempre pelos corredores. A gente não pede para todos é para quem realmente precisa. (MR3)

Psico, fono, nutri, a própria equipe de cuidados paliativos, são todos muito solícitos. Solicitamos avaliação conforme necessidade. (MR4)

Ah, é importante, nutricionista, fisio. (MR5)

Sempre tenho auxílio quando necessário, fono, psico, todos sempre disponíveis. (MR6)

No entanto, alguns MRs pontuaram ter um melhor vínculo com outros profissionais, conseguem manter um contato próximo, inclusive com a utilização de dispositivos digitais. E reforçam a importância da equipe para demandas que ultrapassam à prática médica. Tal fato parece demonstrar e refletir uma tendência atual do aumento indiscutível das mídias digitais nas práticas dos profissionais de saúde na sua inter-relação e comunicação. O próprio CFM lançou, recentemente, normativas relacionadas a essa prática, através do parecer número 14/2017.

Os pesquisadores consideram essa questão muito relevante e irreversível, mas esperam que a conjugação disso com o toque do ser humano não venha a ser mais dissipado

do que cada vez mais parece estar. A automatização e a inteligência artificial podem ser de grande auxílio, mas crê-se que não substitui o agir e sentir humanos. O mesmo parecer do CFM orienta que o uso de mídias digitais, em nenhum momento deve substituir as trocas presenciais.

Uma comunicação efetiva perpassa pelo envolvimento de todos os membros da equipe, pelo contato visual, escuta ativa, pelo compartilhamento de informações pertinentes ao cuidado prestado ao paciente, pelos diversos profissionais no âmbito hospitalar. Esses momentos de troca proporcionam além do cuidado integral, práticas de segurança do paciente, redução do tempo de permanência hospitalar e melhor qualidade da assistência (GUZINSKI et al., 2019).

Na prática notou-se tal processo pelas falas dos participantes, abaixo explicitadas.

Sim aqui no hospital temos a equipe multi no andar cirúrgico (residência multi) temos inclusive grupo no WattsApp, para dar um melhor suporte, trabalhar ele como um todo, social, reabilitação. Nós conseguimos passar, visitar 2 ou 3 vezes no andar, estamos sempre em contato. (MR2)

A gente atua junto, fono, assistente social, psicologia. Sempre que a gente precisa, sente necessidade, solicita apoio. Acho que é muito importante algumas especialidades, no nosso caso atuamos mais com a fisioterapia e equipe dos cuidados paliativos. (MR7)

Sim, dependemos muito de outras especialidades, a que mais produz impacto na nossa clínica é a fisioterapia. Temos uma boa relação. O paciente se beneficia muito. (MR8)

Nos discursos, percebe-se que há o conhecimento e reconhecimento dos membros da equipe multiprofissional, porém as trocas entre os profissionais são limitadas, não há a utilização de dispositivos que proporcionem o contato direto entre os profissionais, que favoreçam a comunicação. Por fim, utilizam-se de outros meios, inclusive aplicativos de comunicação, além dos pareceres protocolados pela instituição, assim deixa-se de lado um comportamento humanizado, centrado no sujeito, bem como as orientações do CFM. Em artigo recente de Guzinski et al. (2019), sugere-se que seja sistematizado momentos de discussão entre equipe interdisciplinar.

No entanto, outros MRs referiram que a equipe médica, geralmente, atua de maneira isolada. Dessa maneira, os profissionais de outras áreas são acionados conforme a necessidade, quando a conduta médica já não dá mais conta no processo terapêutico, ou ainda, não possuem contato com outros profissionais, a não ser o profissional enfermeiro que faz o cuidado assistencial ao paciente.

Em geral, os problemas são resolvidos unicamente pela equipe. Em situações mais prementes (fora de possibilidade de cura, várias comorbidades), acionamos equipe multidisciplinar que contemple as demandas do paciente e familiares. Na maior parte das vezes, a comunicação é realizada individualmente. (MR11)

Infelizmente não temos muito contato, mas entendemos a importância em todo o processo, o contato maior é com a enfermagem, estamos sempre em contato. (MR1)

O trabalho em equipe multiprofissional vai além da simples solicitação da avaliação e conduta de outro profissional, é necessário haver comunicação clara entre os envolvidos, através de uma Clínica Ampliada e a institucionalização de *Rounds* entre os membros da equipe hospitalar, em que todos os profissionais envolvidos encontram-se presencialmente para discussão e elaboração de um plano individualizado ao sujeito hospitalizado (CAMPOS, 2007; GUZINSKI, 2019).

Campos (2007) teoriza sobre a necessidade de reformulação no processo de trabalho hospitalar, cunhando o termo Clínica Ampliada, em que o cuidado é descentralizado da equipe médica, passando para uma corresponsabilidade entre os profissionais envolvidos, assim, todos possuem a mesma finalidade, o mesmo objetivo, ou seja, cuidar o sujeito em todas as suas dimensões. Tal dispositivo é importante para a implementação de um verdadeiro trabalho em equipe, pois somente assim cada profissional pode entender a amplitude do que o outro pode realizar, para que chegue ao objetivo comum.

Segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais, cooperação e atendimento mais efetivo, seguro e, possivelmente, humano.

A comunicação de ND é uma tarefa complexa, variados estudos enaltecem a importância do trabalho multiprofissional, principalmente no contexto hospitalar.

A pesquisa de Cabeça e Souza (2017), em uma unidade de terapia intensiva neonatal, fortalece essa premissa, pois os resultados foram ao encontro da valorização do trabalho multiprofissional, visto a possibilidade de compartilhamento da responsabilidade para tomadas de decisões com relação a comunicação de ND, visto ser um ato multidimensional. Porém esse trabalho em equipe deve ser contínuo e sistemático, embasado no respeito, compreensão e valorização do outro.

Portanto, apesar da instituição de prática dos MRs contar com equipe completa de profissionais, ainda é possível perceber que há pouco trabalho efetivo entre tais profissionais,

que a Clínica Ampliada não se faz presente como rotina de trabalho no local pesquisado. Por isso, sugere-se a importância de maior conhecimento dos conceitos entre todos os profissionais e sua efetivação prática.

Nesta pesquisa não ficam claros os motivos para tal, porém sabe-se, através de outros estudos, que ainda há bastante resistência ao verdadeiro trabalho multiprofissional, em que os cuidados são compartilhados entre todos os profissionais envolvidos, mais uma vez é possível perceber uma atitude paternalista e médico-centrada, o que acaba por ser um retrocesso aos princípios do SUS.

Araújo et al. (2017) citam que o trabalho multiprofissional ainda é um desafio a ser perseguido, pois embora haja a compreensão do conceito do trabalho interdisciplinar, a prática se mostra difícil, pois há uma lacuna entre o trabalho desenvolvido por equipes e o mero aglutinamento de profissionais, sendo imprescindível articular ações entre os núcleos para a efetivação do trabalho em equipe, sendo que alguns profissionais ainda questionam a tentativa desse novo fazer.

Silva et al. (2015) reforçam as dificuldades de implementação desta prática, visto ser uma nova metodologia de trabalho, em que muitos profissionais envolvidos devem se adaptar a esse novo processo, ampliando seus conhecimentos e olhar sobre o processo saúde/doença. Soma-se a isso o excesso de trabalho dos residentes tanto médicos quanto multiprofissionais, uma vez que ambos acabam assumindo responsabilidades de trabalhador do serviço, impedindo-os, por vezes, de realizarem atividades de campo com os demais profissionais. Há, assim, a necessidade de educação continuada, bem como apoio institucional para tais práticas, tão importantes no contexto atual de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A bioética e a ética deontológica são disciplinas fundamentais para o pleno exercício prático de qualquer profissional da saúde. As mesmas buscam assegurar que os profissionais desempenhem seus papéis com responsabilidade e prudência. Sendo assim, orienta um percurso que garanta o respeito aos direitos dos sujeitos enfermos.

Neste estudo os MRs de uma clínica cirúrgica de hospital universitário foram o público-alvo da pesquisa, cujo principal objetivo foi compreender como os princípios éticos e bioéticos estão presentes e orientam as condutas de MR no momento de comunicar ND aos pacientes e familiares, pautados principalmente sob a ótica da teoria Princípalista de Beauchamps e Childress (2002), e os quatro princípios teorizados pelos autores, como as primeiras categorias de análise e discussão.

Dessarte, compreendeu-se que os MRs possuíam um nível de conhecimento bioético e deontológico, muitas vezes, frágil, visto a falta de unanimidade em suas condutas profissionais, como, por exemplo, o respeito ao Princípio da Autonomia. No entanto, mostraram-se bastante preocupados e incomodados no que se refere ao princípio da justiça, tanto com vistas a sua própria atuação quanto ao sofrimento e desrespeito ao paciente em situações que levam a refletir sobre a questão.

Assim, a maioria dos MRS referiu em seus discursos o respeito à autonomia do sujeito, pois disseram reger suas condutas a partir do desejo do paciente, como no caso de alta a pedido, sem que haja a indicação médica. Muitos dos respondentes disseram que entenderam tal solicitação como direito do paciente, desde que ele possua total consciência da sua decisão, baseada nas orientações pertinentes à indicação médica de primeira escolha. Em contraponto, outros colegas para a mesma questão, desvincularam o princípio da autonomia ao respeito do desejo do paciente, mesmo que muito bem informado a respeito dos riscos e dos benefícios, sendo que o código de ética profissional ampara a decisão de recusas sobre os tratamentos e as questões referidas ao paciente ou seu representante legal.

A questão do uso do TCLE prévio, em relação à realização de procedimento médico, é outro assunto que foi amplamente abordado, por fazer parte do princípio de autonomia e ética deontológica. Neste subitem, ficou evidenciado o respeito e obrigatoriedade do uso de tal documento, assinado pelo paciente ou seu representante legal, por exemplo, antes da realização de procedimento cirúrgico. Porém, sabe-se que o TCLE faz parte dos itens elencados pela instituição, no checklist cirúrgico, como requisito de segurança do paciente, e,

sendo um protocolo institucionalizado, facilita, assim, sua compreensão e prática, em teoria, pois pouco foi mencionado sobre o processo de obtenção do TCLE.

A recusa ao tratamento, também, foi analisada por meio da entrevista de pesquisa. A maioria dos MRs verbalizaram entendimento e compreensão de tal questão, como um exercício legítimo da autonomia do sujeito. Porém, também, referiram praticar, exaustivamente, a persuasão ou indução, para que o paciente aceite a primeira indicação terapêutica, que para eles é a melhor alternativa em termos de decisão clínica e de prognósticos. Não obstante, em caso de recusa por parte do enfermo, os profissionais disseram ser mantido o acompanhamento clínico na mesma especialidade ou indicada outra possibilidade de tratamento, assim, o paciente permanece assistido.

Diante do exposto, interpreta-se que mesmo teoricamente conhecendo o princípio da autonomia e sabendo ser importante sua aplicação no exercício da medicina, ainda existem dificuldades na desconstrução de ideias conhecidas como verdadeiras, por muito tempo, na prática médica. Analisa-se que a quebra e a introjeção de novos paradigmas em ações e atitudes tão cimentados possa requerer mais tempo para serem incorporados. No entanto, fatores como a educação permanente, as discussões sobre os casos com ampla abrangência, ou seja, dos clínicos em todas as áreas, aos bioéticos, sedimentariam e valorizariam outros aspectos do fazer médico.

O Princípio da Beneficência e Não Maleficência pareceram mais claros de serem absorvidos na prática. Os MRs entenderam a necessidade de buscar sempre o melhor para o paciente, e nas suas condutas deram, em suas palavras, um sentido adequado à beneficência. Pois entendiam ser motivada por compaixão, benevolência e bondade. Dessa maneira, demonstraram através da não aplicação de obstinação terapêutica, na busca, quando necessário, da palição e do cuidado, ou seja, na procura do melhor para o paciente.

Quanto a não maleficência, princípio que tem caráter obrigatório, o profissional é obrigado a abster-se de causar danos ao paciente. Neste item, poucas falas foram sinalizadas, que pudessem ser diretamente inseridas quanto ao conceito do princípio. Acredita-se que, pela razão de ser um dever *prima facie*, está mais incorporado ao agir médico, pelo menos, nesse grupo estudado.

O Princípio da Justiça é expresso como pertencente ao direito do sujeito e leva em consideração a dignidade humana. Nesta categoria, o cancelamento cirúrgico foi o tópico principal evidenciado e discutido, uma vez que foi assunto recorrente nas falas dos MRs entrevistados.

Sendo assim, os MRS relataram que isso ocorre com muita frequência no campo de prática dos participantes. As suas falas foram contundentes ao quanto representa uma circunstância difícil e antiética, para o paciente e seus familiares, como também para a equipe médica, pelas graves repercussões que decorrem do acontecido: transtornos psíquicos, clínicos e éticos para os dois lados, isto é, ocasiona sofrimento aos pacientes e aos profissionais de saúde. Os MRs além de entenderem o cancelamento cirúrgico como danoso à pessoa debilitada, também compreendem essa “falta” como o não cumprimento de um direito do sujeito, visto que em muitos casos, orientam seus pacientes a realizarem queixa junto à ouvidoria da instituição. O sentimento de impotência frente aos muitos e graves problemas do atendimento em saúde no país e na própria instituição de aprendizado gera estresse, sentimentos de injustiça e, também, fere as condutas que preconizam as boas práticas médicas. Logo, infringem as questões de segurança do paciente, causam danos por vezes irreparáveis e, ao que parece, são problemas que não serão solucionados nem mesmo em médio prazo.

Como uma categoria relevante – A Comunicação em Saúde -, fez-se importante discutir as ações de comunicação, representado, principalmente, pelas ND. Em um primeiro momento os MRs foram instigados a pensar sobre o conceito de ND, quando quase todos fizeram associação com a possibilidade de óbito e doença terminal. No entanto, algumas vezes, vislumbraram o conceito de maneira mais ampliada. Assim, identificaram outras situações como ND a serem comunicadas, tais quais: procedimentos e necessidade do uso de métodos invasivos, limitações terapêuticas para o caso em questão (ausência de cura), amputações, perda de voz e, inclusive, comunicação com o paciente sobre dificuldades técnicas e estruturais da instituição de saúde onde foram admitidos, troca de terapêutica, amputações, nível de amputação, dentre outras.

Verificou-se que os MRs aprendem a se comunicar por meio de sua prática médica e o pelo espelhamento com os preceptores. Assim, relataram que não houve, em quase nenhum momento de sua formação, um trabalho pedagógico específico para tal aprendizado. Muitos participantes associaram a capacidade de comunicar-se bem a valores e habilidades intrínsecos à pessoa, e não como uma ação que deve ser apreendida. Inclusive, todos os MRs relataram não ter conhecimento sobre os protocolos de comunicação de ND. Salienta-se que esses instrumentos são de fácil acesso para leitura e conhecimento, o que possibilitaria seu entendimento e sua prática. Além disso, podem funcionar como gatilho para aprender a iniciar uma boa comunicação e ter um diálogo mais aprimorado, sempre ao nível de compreensão do paciente. Sabe-se que isso não é o suficiente, mas poderia ser um início motivador do

aprendizado. Com isso, fica para as pesquisadoras uma pergunta: especialidades muito técnicas omitem ou valorizam pouco tais questões ou depende do serviço onde estão localizadas? Acredita-se que esse último fato tenha maior determinação, pois existe ampla literatura e livros on line oferecidos por instituições como o Instituto Albert Einstein e o INCA no Rio de Janeiro. Nesses locais, todas as pessoas envolvidas nos processos de ND precisam fazer as capacitações e formações para tal. Uma comunicação feita de modo inadequado pode trazer dor, fantasias e sofrimentos desnecessários ao paciente. No código de ética médica, é preconizado e obrigado ao médico fazê-la de forma pertinente de modo a dar a informação adequada, de maneira conveniente, na extensão que o paciente deseja saber e conforme seu nível de compreensão.

Portanto, assinala-se que o processo de comunicar ND, segundo os participantes, é penoso ao paciente e aos familiares, mas também para quem comunica. No entanto, julgou-se que muitas vezes, pelo que expressaram alguns dos MRs, o processo de comunicação/informação apenas faz parte de um atuar técnico que, em meio a tantas dificuldades, pressa, número de pacientes a serem atendidos, fica delegado a um plano secundário. Como, conceitualmente, comunicar e informar são diferentes, os MRs disseram cumprir com a obrigação ética de informar os pacientes, sobre seu diagnóstico, possibilidades terapêuticas e prognóstico, sempre mantendo, segundo eles, a veracidade das informações.

Por fim, suas falas corroboram a existência do trabalho multiprofissional no campo de atuação, contudo, somente solicitam cuidado ao paciente quando julgam ser necessário. Assim, demonstraram um pensamento e ações que ainda não leva consideração o cuidado integral ao paciente, no sentido de discussões conjuntas, elaboração e condutas, percepção de outras profissões e especialidades, corroborando a ideia da dificuldade dos médicos, pelo menos do grupo estudado em participar efetivamente de trabalho em equipes multidisciplinares, associando saberes em prol de um cuidado integral do doente. Apenas um dos MRs relatou contato mais próximo com a equipe multiprofissional, através de aplicativo o que, para as pesquisadoras, pode indicar uma comunicação, mas não a mais efetiva, embora atual.

Portanto, esta pesquisa sinaliza a necessidade de maior investimento pedagógico, pela da oportunidade de instruções e orientações durante a formação acadêmica e mesmo durante a residência médica, com a finalidade de desenvolver e/ou aprimorar as habilidades de comunicação como acima assinalado.

Destaca-se que a realização deste trabalho foi muito prazerosa e acreditamos que tenha sido relativamente fácil o acesso aos participantes, visto que a pesquisadora principal

atuou no local de prática, enquanto psicóloga residente. Dessa maneira, possuía conhecimento prévio da equipe médica e das clínicas envolvidas, bem como familiaridade com a instituição. Sendo tal situação facilitadora durante a pesquisa.

A limitação encontrada foi ao encontro do tempo dispensado para a realização das entrevistas, visto a solicitação dos MRs em realizá-las no local de prática, portanto havia preocupação com o tempo dispensado para tal. Contudo, todos os participantes foram solícitos e aceitaram participar da pesquisa sem recusas.

Sendo assim, os objetivos desta pesquisa foram alcançados. Espera-se que este estudo possa contribuir para a reflexão crítica das necessidades de desenvolvimento de habilidades humanas, que devem ser fortalecidas por do ensino, a fim de possibilitar a manutenção do aprimoramento e qualificação de acordo com as necessidades na atenção ao cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Aline. Para uma ética em pesquisa fundada nos Direitos Humanos. **Revista Bioética** 21 (3): 412-22, 2013. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/851>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 601-613, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.v21n62/601-613/pt>>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- AURÉLIO. **Dicionário do Aurélio Online 2018**. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/persuadir>>. Acesso em: 20 de Mar 2019.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 16-29, 2004. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902004000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jun. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6º ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BAILE, W; et al. Um protocolo em 6 etapas para transmitir más notícias: aplicação ao paciente com câncer. **The Oncologist** 2000; 5:302-311.
- BEAUCHAMP, T.L; CHILDRESS. J.F. **Princípio de ética biomédica**. 4º ed. São Paulo, SP. Editora Loyola, 1994.
- BESCHOREN, Nagele Fatica. **A convivência de uma unidade de cardiologia intensiva com a comunicação de notícias difíceis**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2018.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 maio 2018.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 abr 2016. Disponível em: http://www.gppege.org.br/ArquivosUpload/1/file/Res_%20CNS%20510-2016%20%20C3%29tica%20na%20Pesquisa.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf> Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12500%3Alegislacao-especifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813>. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. **Portaria interministerial mec/ms nº 1.077, de 12 de novembro de 2009**.

Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em: 22 jun. 2019.

CABEÇA, Luciana Palacio Fernandes; DE SOUSA, Francisca Georgina Macedo. Dimensions qualifying for communication of difficult news in neonatal intensive care unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, p. 37-50, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4153>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 849-859, 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000400007&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 jul. 2019.

CANO, Mariana Vicente; DE FREITAS BARBOSA, Hermes. Alta a pedido contra indicação médica sem iminente risco de morte. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Processo consulta nº50/2016-Parecer CFM nº 14/2017**. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2017/14>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

GARRAFA, V; MARTORELL, L. B; NASCIMENTO, W. F. Críticas ao princípalismo em bioética: perspectivas desde o norte, desde o sul. **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.2, p.442-451, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000200442&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 fev. 2018.

GARRAFA, Volnei; MANCHOLA-CASTILLO, Camilo. Releitura crítica (social e política) do princípio da justiça em bioética. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 18, n. 3, p. 11-30, 2017.

GEOVANINI, Fátima, BRAZ, Marlene. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em

oncologia. **Revista Bioética**, 21 (3): 455-62, 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/854>. Acesso em: 10 abr. 2017.

GUARESCHI, PA. **Ética e paradigmas na psicologia social: Ética e paradigmas**. 2008. p. 18-38. In: PLONER, KS., et al., org. **Ética e paradigmas na psicologia social [online]**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

GUZINSKI, Célia et al. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/89783/51786>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDIM, J. R. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 53 (1): 58-63, jan.-mar. 2009

GOMES, Cristiane A. et al. Tecnologia de comunicação alternativa para pessoas laringectomizadas por câncer de cabeça e pescoço. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 49, n. 5, p. 463-474, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação.** – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

JACCOBSEN, J.; JACKSON, V. A. A communication approach for oncologists: understanding patient coping and communicating about bad news, palliative care, and hospice. **J Natl Compr Canc Netw**. v. 7, n. 4, p. 475-480, abr. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19406044>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

JÚNIOR, Antonio Jorge Pereira; PEREIRA, Rayssa Mosanio Duarte; FERREIRA, Rebeca Simão Bedê. O limite da autonomia em face do direito à vida e a recusa a tratamento médico em casos de doenças crônicas. **Revista Brasileira de Direito Civil-RBDCivil**, v. 17, p. 201, 2018. Disponível em: <<https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/viewFile/278/236>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani; COSTA, Eliani. Ética e bioética: para dar início a reflexão. **Revista Contexto Enfermagem**. Jan-mar. 14(1): 106-110, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

LAKATOS, E. Maria; MARCONI, Marina. de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**, v. 7, 2010.

LINO, Carolina Arcanjo et al. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Rev Bras Educ Med**, v. 35, n. 1, p. 52-7, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a08v35n1.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

LOCH, Jussara de Azambuja. **Princípios da bioética**. Kipper DJ, organizador. Uma introdução à bioética. São Paulo: Nestlé Nutrition Institute, p. 12-9, 2002.

MARQUES FILHO, José. Termo de consentimento livre e esclarecido na prática reumatológica. **Rev. Bras. Reumatol. [online]**. 2011, vol.51, n.2, pp.179-183. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n2/v51n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. Edições Loyola, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTENEGRO, L.C. **A expressão da ética na prática de profissionais de saúde no contexto de unidades de internação hospitalar**. 2014. 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-9KPGJ3>>. Acesso em: 12 jul. 2019.

NETO, et al. Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. **Revista Medicina Minas Gerais**; 23(4): 518-525, 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=704944&indexSearch=ID>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

NONINO, A; MAGALHÃES, S; FALCÃO, D. Treinamento médico para a comunicação de más notícias: Revisão da literatura. **Revista brasileira de educação médica** 36 (2) 228-233, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/11.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes; DE ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533266019.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, p. 103-109, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102001000100016&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 03 de mar. 2017.

PEREIRA, C. R. et al. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 43-49, Jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000100043&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2019.

PEREIRA, M. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto Contexto Enfermagem**; 14(1):33-7, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

PEREIRA; FORTES; MENDES. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 7(1):227-35, jan., 2013.

PESSINI, Leo. **Bioética: alguns desafios.** Edições Loyola, 2002.

PESSINI, Léo. **As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr.** Revista Bioética 21 (1): 9-19, 2013. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a02v21n1> > Acesso em: 27 março, 2017.

PESSINI, Léo. **Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução.** Revista Thaumazein, Ano VII, v. 10, n. 19, Santa Maria, p. 75-85, 2017. Disponível em: periodicos.unifra.br/index.php/thaumazein/article/view/1983/pdf_. Acesso em: 26 de jan de 2018.

PINHEIRO, U. M.S. **Más noticias em oncologia: o caminho da comunicação na perspectiva de médicos e enfermeiros.** 2012. 115 p.(Mestrado em Patrimônio Cultural)–Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7352/PINHEIRO%2C%20URSULA%20MARI%A%20STOCKMANN.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 18 de abril de 2018.

RAMOS, Ana Paula; BORTAGARAI, Francine Manara. A comunicação não-verbal na área da saúde. Revista Cefac, v. 14, n. 1, p. 164-170, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/186_10.pdf Acesso em: 14 de junho de 2019.

RODRIGUES, Marlene K. et al. **Manual de gerenciamento de rotina: Clínica Cirúrgica.** Santa Maria, RS. HUSM, 2015

REGO, Sérgio; GOMES, Andréia; SIQUEIRA-BAPTISTA, **Rodrigo. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica.** Revista Brasileira de Educação Médica 32 (4): 482-491, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a11> > Acesso em 03 abril, 2017.

RODRIGUEZ, Maria Inês Fernandez. Despedida silenciada: Equipe médica, família, paciente–cúmplices da conspiração do silêncio. Psicologia Revista, v. 23, n. 2, p. 261-272, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/22771> Acesso em: 20 e março de 2017.

VÁZQUEZ, Norma Alicia; SÁNCHEZ, Mariana; NASR, Zuraya. **La beneficencia del médico en el tratamiento del enfermo con cáncer terminal desde la experiencia del familiar.** Acta bioethica, v. 24, n. 1, p. 57-65, 2018. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2018000100057&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 06/07/2019

SILVA, Adriana Campos; REZENDE, Daniela. **A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica.** Revista Brasileira de Estudos Políticos, v. 115, 2017. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514> Acesso em: 20 de junho de 2019.

SILVA FERNANDES, Marcelo Nunes et al. Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, n. 4, p. 90-97, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/50300-247975-1-PB.pdf> Acesso em: 15/07/2019

STELET, Bruno Pereira; CASTIEL, Luis David; MORAES, Danielle Ribeiro de. **Anomalia e o ensino da comunicação clínica na prática médica.** Cadernos de Saúde Pública, v. 33, 2017. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000203001&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 05/06/2019

SIQUEIRA, J. E. Reflexão bioética sobre a responsabilidade cidadã e o ato de cuidar. In: SIQUEIRA, J.E et al. (Org). **Bioética clínica.** Memórias do XI congresso brasileiro de bioética, III congresso brasileiro de bioética clínica e III conferência internacional sobre o ensino da ética. Brasília: CFM-SBB, 2016 **P.177 – 204.**

TAPAJÓS, Ricardo. **A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana:** o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 11, p. 165-172, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2007.v11n21/165-172/pt/> Acesso em: 05/ de julho de 2019.

TURATO, E.R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Revista de Saúde Pública, v.39, n.3, p.507-514, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf> . Acesso em: 10 abril 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-reitoria de graduação e pesquisa. **Manual de dissertações e teses da UFSM:** estrutura e apresentação. Ed. UFSM, 2015. Disponível em: http://w3.ufsm.br/biblioteca/phocadownload/Manual_de_Dissertacoes_e_Teses-2015.pdf. Acesso em: 12 dez. 2016.

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf Acesso em : 26 jan e 2018.

VICTORINO et al. **Como comunicar notícias difíceis:** revisão bibliográfica. Revista SBPH, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.53-63, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582007000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 março 2017.

ZIMMERMA, Alessandra Caroline Ortiz. Bioética clínica na concepção de profissionais de saúde em um hospital de pequeno porte. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2019.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS NA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Pesquisadores responsáveis: Prof^ª. Dr^ª. Maria Teresa Aquino de Campos Velho e Danieli Brum de Souza

Contato pelo email: mtcamposvelho @gmail.com ou danielibrumpsico@gmail.com

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria, RS.

Telefone e endereço postal completo: (55) 32208574

Avenida Roraima, 1000, prédio 26 sala 1334, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Prezado (a) Sr (a):

Você está sendo convidado a participar, como voluntário na realização da pesquisa de dissertação de mestrado intitulado: **ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS NA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS POR MÉDICOS RESIDENTES DA CLÍNICA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**. Este trabalho tem por objetivo analisar e compreender como os aspectos éticos e bioéticos estão presentes e orientam as condutas de residentes médicos no momento de comunicar notícias difíceis aos pacientes e familiares. O mesmo é relevante pelo estudo do impacto e conhecimento da aplicação da principiologia que é uma teoria da Bioética na condução de tal situação no campo da saúde/doença, principalmente em áreas que lidam diariamente com as mesmas.

Procedimentos: ao concordar em participar, a pesquisa será realizada através de um questionário com perguntas abertas e exemplificação de situações através de casos clínicos, as mesmas serão gravadas e posteriormente transcritas para análise do conteúdo.

Riscos: Ao ser entrevistado você poderá sentir desconforto ou cansaço.

Benefícios: Os benefícios indiretos que se espera com o estudo são proporcionar uma reflexão crítica quanto à importância da principiologia nas práticas médicas.

Você está livre para aceitar, recusar ou não fazer mais parte da pesquisa em qualquer momento do estudo, sem que isto venha a prejudicar o atendimento recebido durante o tratamento.

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Sigilo: As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas em eventos ou publicações científicas, sem a presença de nomes ou qualquer outra identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Após o término da pesquisa, os dados serão armazenados com extrema privacidade e confidencialidade dos sujeitos envolvidos no Departamento de Ginecologia e obstetrícia. Ressalta-se que os dados coletados ficarão armazenados por um período de cinco anos sob responsabilidade da Dra. Maria Teresa Aquino de Campos Velho, na sala 1334, localizada no 3º andar do Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, localizado no Campus da Universidade Federal de Santa Maria após esse período, os mesmos serão incinerados. Ao assinar na linha abaixo, significa que concorda em participar da pesquisa descrita acima. É preciso que a sua assinatura seja obtida antes da realização de qualquer procedimento do estudo. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu

RG _____ declaro que concordo em participar da pesquisa, tendo sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre os procedimentos nela envolvidos e benefícios da minha participação, e liberdade de não participação ou desistência em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo para mim. Os objetivos do

estudo foram explicados de forma adequada, tive ampla oportunidade para fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente. Afirmo ainda que, de livre e espontânea vontade, permito que os dados e informações a meu respeito sejam utilizados da forma como estabelecida entre eu e o pesquisador.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo. O presente documento está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Será assinado em duas vias, de teor igual, ficando uma em poder do participante da pesquisa e outra em poder do pesquisador.

Caso permaneçam dúvidas, você pode entrar em contato com o Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, pelo telefone (55) 32209362, ou com a pesquisadora Dr^a Maria Teresa Aquino de Campos Velho, pelo email.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do entrevistado

Santa Maria, _____ de _____, 2018.

APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS NA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS POR MÉDICOS RESIDENTES DA CLÍNICA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Pesquisador responsável: Profª Drª Maria Teresa Aquino de Campos Velho
Instituição Departamento: Departamento de Ginecologia
Contato pelo e-mail: mtcamposvelho@gmail.com
Local de coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria, RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de questionário semiestruturado, composto por perguntas e casos clínicos, no HUSM. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Ginecologia, prédio 26, CCS - 97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Maria Teresa Aquino de Campos Velho. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número Caae

Santa Maria, ____ de _____, 2018.

Assinatura do pesquisador responsável.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

IDADE: **SEXO:** **TEMPO DE FORMAÇÃO:**
INSTITUIÇÃO:
INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO: **PÚBLICA ()** **PRIVADA ()**
ESPECIALIDADE:
R1 () **R2()**
IDADE:

- 1) O que você entende por notícias difíceis? Poderia me citar uma situação pela qual você passou e que marcou a sua prática. Como foi essa experiência? Como se sentiu?
- 2) Qual a frequência, em sua prática clínica, que você precisa dar notícias difíceis.
- 3) Você teve durante a sua formação (aulas/capacitação) sobre esse aspecto da relação médico-paciente? Como aprendeu a lidar com situações difíceis? (na prática, seguindo os passos do preceptor, na graduação). Você conhece algum protocolo de comunicação de notícias difícil? O utiliza? Como?
- 4) Como você se sente ao comunicar notícias difíceis? O que é fácil? O que é difícil? A família participa? O diagnóstico é dado aos pacientes primeiro?
- 5) Como se dá o trabalho em equipe na clínica onde você exerce sua especialidade? A comunicação de notícias difícil é realizada com auxílio de outros profissionais? Quais?