

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**MADALENA DE FARIA SAMPAIO**

**Mistanásia em Cuidados Paliativos: Avaliação ética dos  
encaminhamentos de pacientes oncológicos com indicação de  
Cuidados Paliativos**

Londrina

2022

MADALENA DE FARIA SAMPAIO

**Mistanásia em Cuidados Paliativos: Avaliação ética dos encaminhamentos de pacientes oncológicos com indicação de Cuidados Paliativos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética com área de concentração em Cuidados Paliativos.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Rocha da Cunha

Londrina

2022

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central  
Pamela Travassos de Freitas – CRB – 9/1960

S192m  
2022 Sampaio, Madalena de Faria  
Mistanásia em cuidados paliativos : avaliação ética dos encaminhamentos de pacientes oncológicos com indicação de cuidados paliativos / Madalena de Faria Sampaio ; orientador: Thiago Rocha da Cunha. – 2022.  
79 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,  
Curitiba, 2022  
Bibliografia: f. 69-74

1. Bioética. 2. Cuidados paliativos. 3. Oncologia. 4. Morte - Aspectos morais e éticos. I. Cunha, Thiago Rocha da. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA CIÊNCIAS DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº09/2022  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

Em sessão pública às catorze horas do dia dezenove de abril do ano de dois mil e vinte e dois, via plataforma zoom <https://us06web.zoom.us/j/85019556600?pwd=ZWpGSTY3OFp2RDVKUEFhQ0pZY3J0Zz09> realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação **Mistanásia em Cuidados Palliativos: Avaliação ética dos encaminhamentos de pacientes oncológicos com indicação de Cuidados Palliativos** apresentada pela aluna **Madalena de Faria Sampaio** sob orientação do Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

**Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha**  
Presidente (PUCPR)

**Professora Doutora Carla Corradi Perini**  
Membro interno (PUCPR)

**Professora Doutora Úrsula Bueno do Prado Guirro**  
Membro externo (UFPR)

**Início: 14h Término 15h30.**

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerada APROVADA. O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluna: **Madalena de Faria Sampaio**

Professor Doutor Mário Antônio Sanches  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

*Dedico esse trabalho à minha família, em especial, ao meu esposo, que me apoiou incondicionalmente durante o processo. Às minhas filhas, que sofrem com minhas ausências. Aos meus pais, que sempre me incentivaram a fazer o meu melhor e, especialmente minha mãe, que me incentiva a viver uma vida acadêmica. Aos meus avós, in memoriam, Américo Hermenegildo Sampaio e Carlos Villela de Faria, que me inspiraram e me apoiaram para viver a Medicina.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir viver esse momento.

À minha família por todo apoio e parceria durante a caminhada.

Ao professor José Eduardo de Siqueira que me guiou no início da caminhada nos caminhos da Bioética.

Ao meu orientador, Thiago Rocha da Cunha, pelos direcionamentos, ensinamentos, apoio e pela paciência durante o processo.

Aos membros da banca, Úrsula Bueno do Prado Guirro e Carla Corradi Perini, pelas colaborações no projeto.

A minha ex-aluna, Fernanda Tolentino, que me auxiliou na coleta dos dados.

Aos meus colegas de mestrado da turma de Bioética da PUC Londrina, com os quais compartilhei o caminho até aqui.

Por último, mas não menos importante, aos meus colegas de trabalho e aos meus pacientes, que contribuíram com minha pesquisa, de forma direta ou indireta.

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana. “*

(Carl G. Jung)

SAMPAIO, M. de F. **Mistanásia em Cuidados Paliativos: Avaliação ética dos encaminhamentos de pacientes oncológicos com indicação de Cuidados Paliativos**. 2022. Dissertação. Mestrado em Bioética. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2022.

## RESUMO

**Introdução:** Este trabalho analisou os encaminhamentos aos Cuidados Paliativos (CP) de pacientes atendidos em um hospital oncológico da região norte do Paraná, buscando estabelecer uma análise sobre conflitos bioéticos relacionados ao tema, tendo como base a pergunta norteadora: Quais os conflitos bioéticos encontrados a partir da análise dos prontuários de pacientes oncológicos encaminhados aos Cuidados Paliativos? **Objetivo:** Analisar, a partir do campo da Bioética, os encaminhamentos aos CP de pacientes atendidos em um hospital oncológico, filantrópico, do Norte do Paraná. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e transversal, realizado a partir da análise dos prontuários de pacientes encaminhados à equipe de CP oncológicos do hospital de referência da região durante um mês de atendimento. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foram analisados 120 prontuários. Os dados analisados foram: data de nascimento, idade, clínica de entrada, data de entrada no hospital, diagnóstico oncológico, estadiamento na chegada ao hospital, tratamentos realizados com os pacientes, clínica que realizou o encaminhamento aos CP, o motivo do encaminhamento e a data do encaminhamento, através da qual calculou-se o tempo do paciente no hospital antes de ser encaminhado à equipe de CP. Os dados obtidos foram discutidos a partir do referencial teórico da Bioética, principalmente em conceitos relacionados à terminalidade da vida. **Resultados:** 53,3% dos pacientes eram do sexo masculino, maioria entre 61-79 anos e os tumores gastrointestinais os mais prevalentes. A maioria estava em estadiamento avançado na entrada do serviço, logo após o diagnóstico oncológico, com um terço já sem indicação de receber terapias modificadoras de doença. Como consequência, 60% foram encaminhados à equipe de CP com menos de seis meses de sua chegada ao serviço. **Discussão:** Percebe-se nas doenças mais prevalentes, que muitas poderiam ter sido diagnosticadas precocemente, conforme preconizado pela OMS. A maioria dos pacientes apresentava doença avançada na entrada do serviço; serviço este único de referência das regionais atendidas para tratamento oncológico, apontando que o rastreio e detecção precoce das neoplasias podem não ocorrer de forma eficaz, indicando uma forma específica de mistanásia caracterizada não exclusivamente pela morte evitável, mas pelo sofrimento extremo no momento da morte, que poderia ser evitado ou ao menos, minimizado caso houvesse políticas públicas de Atenção Primária melhor estabelecidas. Apesar da mistanásia ocorrida no momento diagnóstico e terapêutico, os pacientes encaminhados à equipe de CP têm seu sofrimento acolhido e tratado de forma adequada. **Considerações finais:** Este trabalho aponta para modificações que devem ocorrer no sistema de saúde público, como melhorias na atenção básica, especialmente com políticas de promoção e prevenção à saúde, aumento das equipes de CP, capacitação em CP em todos os níveis do sistema de saúde, além da inserção dos mesmos nos cursos de graduação e de ensino continuado das áreas da saúde como forma de ampliar o acesso a essa abordagem de cuidado.

**Palavras-chave:** Bioética; Cuidados Paliativos; Oncologia; Mistanásia.

SAMPAIO, M. de F. **Mysthanasia in Palliative Care: Ethical evaluation of referrals of cancer patients with indication of Palliative Care.** 2022. Master thesis. Masters in Bioethics, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2022.

## ABSTRACT

**Introduction:** This study analyzed the referrals to Palliative Care (PC) of patients treated at an oncology hospital in the northern region of Paraná, seeking to establish an analysis of bioethical conflicts related to the theme and based on the guiding question: what are the bioethical conflicts found in the medical records of cancer patients referred to Palliative Care? **Objective:** To analyze, from the field of Bioethics, referrals to PC of patients treated at a philanthropic oncology hospital in Northern Paraná. **Methodology:** This is a retrospective, observational and cross-sectional study, based on the analysis of the medical records of patients referred to the PC oncology team of the referral hospital in the region during a month of care. After approval by the Research Ethics Committee, 122 medical records were analyzed. The data analyzed were date of birth, age, clinic of entry, date of entry at the hospital, oncological diagnosis, staging on arrival at the hospital, treatments performed with patients, clinic that referred the PC, the reason for the referral and the referral date, through which the patient's time in the hospital was calculated before being referred to the PC team. The data obtained were discussed from the theoretical framework of Bioethics, mainly in concepts related to the end of life. **Results:** 53.3% of the patients were male, the majority between 61-79 years and gastrointestinal tumors were the most prevalent. Most were in advanced staging at entry into the service, shortly after cancer diagnosis, with a third no longer indicated for receiving disease-modifying therapies. As a result, 60% were referred to the PC team within six months of their arrival at the service. **Discussion:** It is noted in the most prevalent diseases, that many could have been diagnosed early, as recommended by the WHO. Most patients presented advanced disease at the entrance to the service; this service is the only reference of the regional ones attended for oncological treatment, pointing out that the screening and early detection of neoplasms may not occur effectively, indicating a specific form of mysthanasia characterized not exclusively by avoidable death, but by extreme suffering at the time of death, that could be avoided or at least minimized if there were better established public policies for Primary Care. Despite the mysthanasia that occurred at the time of diagnosis and therapy, patients referred to the PC team have their suffering accepted and treated appropriately. **Final considerations:** This work points to changes that must occur in the public health system, such as improvements in primary care, especially with health promotion and prevention policies, increase in PC teams, PC training at all levels of the health system, in addition to their inclusion in undergraduate and post-education courses in the areas of health as a way of expanding access to this care approach.

**Keywords:** Bioethics; Palliative care; Oncology; Mysthanasia.

## LISTA DE FIGURAS

*Figura 1- Cuidados Paliativo de acordo com a evolução da doença..... 22*

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil dos pacientes encaminhados aos Cuidados Paliativos.....	49
Tabela 2- Diagnóstico dos pacientes encaminhados aos Cuidados Paliativos	50
Tabela 3- Motivos de encaminhamento aos Cuidados Paliativos .....	51
Tabela 4- Tratamentos realizados antes do encaminhamento aos Cuidados Paliativos .....	51
Tabela 5- Tratamentos realizados nos pacientes com estadiamento avançado desde a entrada no hospital .....	52
Tabela 6- Tempo de encaminhamento para os Cuidados Paliativos dos pacientes em estadiamento avançado desde a entrada no hospital .....	53
Tabela 7- Tempo médio de seguimento até o encaminhamento aos Cuidados Paliativos .....	53
Tabela 8- Tempo de acompanhamento versus tempo de encaminhamento aos Cuidados Paliativos .....	54
Tabela 9- Análise descritiva do tempo do acompanhamento dos pacientes em estágio avançado com a equipe em relação ao tempo de encaminhamento aos Cuidados Paliativos .....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Atenção Domiciliar

AP – Atenção Primária

CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CEM – Código de Ética Médica

CFM – Conselho Federal de Medicina

CP – Cuidados Paliativos

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

EAPC – *European Association of Palliative Care*

IAHPC - *International Association of Hospice and Palliative Care*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

POF - Pesquisa Orçamentária Familiar

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
1.1 CUIDADOS PALIATIVOS .....	20
1.2 BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS .....	29
1.3 DISTANÁSIA .....	38
1.4 ORTOTANÁSIA .....	40
1.5 MISTANÁSIA .....	41
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	45
<b>3 RESULTADOS</b> .....	48
<b>4 DISCUSSÃO</b> .....	56
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	69
<b>ANEXOS</b> .....	75
Anexo I- Parecer Consubstanciado do CEP.....	75
Anexo II- Instrumento de pesquisa: planilha utilizada para captação dos dados e posterior análise .....	79

## INTRODUÇÃO

Considerando que a transição demográfica da população brasileira e a incorporação de novas tecnologias – como as utilizadas nas Unidades de Terapia Intensiva, as quais conseguem prolongar por um maior tempo a vida biológica dos pacientes e possibilitar a mudança do perfil demográfico da população brasileira, onde observamos o envelhecimento populacional – podem ser fontes de importantes conflitos bioéticos que repercutem não apenas no âmbito clínico, mas em toda estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o setor público quanto privado. Este trabalho analisou os encaminhamentos aos Cuidados Paliativos (CP) de pacientes atendidos em um hospital oncológico do Norte do Paraná, buscando estabelecer uma análise sobre conflitos bioéticos relacionados ao tema.

Os Cuidados Paliativos são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o conjunto de abordagens que melhoram a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, que enfrentam o problema associado a doenças potencialmente fatais através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros problemas físicos, psicossocial e espiritual (WHO, 2020). Pela IAHPC (International Association of Hospice and Palliative Care), CP são os cuidados holísticos ativos de indivíduos de todas as idades, com sérios sofrimentos relacionados à saúde devido a doenças graves, especialmente aqueles que estão perto do fim da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores. Esses cuidados devem ser fornecidos aos pacientes durante o curso da doença, conforme suas necessidades, em conjunto com as terapias que são modificadoras da doença, podendo influenciar de forma positiva o curso da mesma (IAHPC, 2018).

Quando se acompanha pacientes oncológicos, é evidente o fato de cuidarmos de pacientes com doenças graves, as quais ameaçam a continuidade da vida. Sendo assim, os CP quando inseridos precocemente no cuidado integral desses pacientes, está associado a melhor qualidade de vida, menos sintomas depressivos, cuidados menos agressivos no final da vida, melhora do prognóstico e sobrevida mais longa (HUI; BRUERA, 2016). Temel e colegas, em seus estudos mostraram que os pacientes em CP precoce tinham, além de

melhor qualidade de vida, menos sintomas depressivos durante sua evolução (TEMEL *et al.*, 2010).

Na oncologia, o acompanhamento realizado a partir dos Cuidados Paliativos é recomendado na presença de: sintomas físicos agudos não controlados (dor, dispneia, vômito, *delirium*); sintomas físicos crônicos agravados (anorexia-caquexia, ansiedade e depressão, declínio geral da função); questões psicossociais (diretivas antecipadas de cuidado, dificuldades financeiras); assuntos de questões existenciais e espirituais (sentido da vida, esperança, legado e dignidade, religiosidade e espiritualidade, bem-estar total) (SANTOS; REIS-PINA, 2019).

O hospital no qual esta pesquisa foi realizada é referência em tratamento oncológico na região de Londrina, atendendo mais de 100 municípios com serviço de Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica, Radioterapia, Quimioterapia e atendimento multidisciplinar para pacientes da região. Trata-se de um Hospital filantrópico que atende, em sua grande maioria (mais de 90% dos atendimentos), pacientes provenientes da rede pública do SUS, com alguns atendimentos a pacientes particulares e da saúde complementar. O hospital possui o CACON (Centro de Alta Complexidade em Oncologia), sendo referência em tratamento oncológico de cinco regionais de saúde para adultos e de oito regionais para crianças, e o único centro de saúde responsável pelo atendimento oncológico de toda essa população. O encaminhamento para este serviço ocorre através de sistema de referência da Atenção Primária (AP) e de outros serviços, quando realizado diagnóstico de doença oncológica. Por ser o único centro oncológico da região, toda a população atendida no sistema público de saúde, quando diagnosticada com doença oncológica, é referenciada para o nosso hospital para início de seguimento e tratamento.

A equipe de Cuidados Paliativos existe no Hospital em questão desde 2010, sendo uma equipe bem estruturada com atuação efetiva de uma equipe multidisciplinar. Conta com médicos especialistas em diversas áreas, a maioria com área de atuação em Medicina Paliativa, somados a psicólogos, assistente social, enfermeiros, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, farmacêutico e capelão. Também possui um atendimento ambulatorial, domiciliar e internação hospitalar em unidade própria de CP, além do atendimento conjunto às demais

especialidades em internações realizadas em setores gerais do hospital, no formato de interconsulta.

A equipe de CP do Hospital do Câncer de Londrina trouxe a percepção nos atendimentos diários de que os encaminhamentos ocorriam de forma tardia, ou seja, pacientes encaminhados à equipe já estavam com suas doenças oncológicas avançadas e sem propostas terapêuticas modificadoras de doença, e não de forma precoce, em conjunto com as terapias específicas para assegurar uma melhor sobrevivência durante o processo de adoecimento. Esse cenário motivou o início deste trabalho a partir de uma pergunta inicial: os encaminhamentos aos CP deste hospital ocorrem de forma tardia?

Importante enfatizar que esta pesquisa, inicialmente, tinha por objetivo abordar o conceito de encaminhamento precoce aos CP em pacientes oncológicos. Partindo da premissa de que os atendimentos para equipe de CP oncológicos ocorriam de forma tardia, pensamos em avaliar os encaminhamentos à tal equipe e após análise dos dados encontrados, relacioná-los com base no referencial teórico da Bioética.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Anexo I), foi realizado o levantamento dos encaminhamentos aos CP do Hospital em todas as modalidades de atendimento no mês de fevereiro de 2020. Dados do prontuário eletrônico foram avaliados e a análise estatística descritiva foi realizada no *software Excel*. Após análise dos resultados, foi realizada a avaliação dos dados levantados.

Ao iniciar a análise, os resultados mostraram que a hipótese deste trabalho não havia sido confirmada, de forma que os pacientes foram, em sua maioria (60%), encaminhados com menos de seis meses de entrada, ou seja, da chegada no Hospital de referência para tratamento oncológico de sua regional. Isso sugere, portanto, que os pacientes chegam para início do tratamento oncológico com doença avançada e incurável. Esse achado, a percepção dos encaminhamentos não ocorrerem de forma tardia, e sim precocemente quando observado o tempo de chegada ao serviço de oncologia, levou à alteração da metodologia e da discussão Bioética de encaminhamentos tardios em oncologia para mistanásia e terminalidade, temas que surgiram após a análise dos resultados.

O objetivo geral deste trabalho foi o de analisar, a partir do campo da Bioética, os encaminhamentos aos CP de pacientes atendidos em um hospital oncológico do Norte do Paraná. Os objetivos específicos trabalhados foram: descrever o perfil dos encaminhamentos de pacientes oncológicos aos CP em um hospital oncológico do norte do Paraná; e avaliar as questões bioéticas que emergem a partir da análise dos dados dos encaminhamentos de pacientes oncológicos aos CP.

Os CP se relacionam aos pressupostos éticos e normativos da Bioética por atuarem de maneira interdisciplinar, de forma centrada na pessoa (o foco do cuidado é o ser humano doente, seus valores, suas crenças e sua vivência). Tais cuidados buscam o bem maior do paciente e família, evitando fazer o mal e sempre levando em consideração a autonomia do ser humano atendido. São voltados a seus valores e suas vivências e têm por parâmetro máximo o respeito à sua dignidade.

Dentro das correntes teóricas da Bioética, a Bioética Principlista de Beauchamp e Childress, muito se relaciona com esses Cuidados, pois além de estabelecer parâmetros para a pesquisa com seres humanos, traz recomendações para o comportamento dos profissionais de saúde perante o atendimento de pacientes (DEJEANNE, 2011).

De todo modo, são bem estabelecidas as críticas ao principlismo de Beauchamp e Childress, sobretudo por suas limitações na identificação, análise e proposta de solução para conflitos bioéticos relacionados ao contexto socioeconômico, onde os aspectos clínicos se desenvolvem (CUNHA; LORENZO, 2014). Por isso, levando em conta a realidade brasileira – marcada pelos conflitos bioéticos persistentes relacionados à desigualdade socioeconômica que está presente em todas as regiões do País, incluindo no norte do Paraná, a Pesquisa Orçamentária Familiar (POF) de 2017-2018, divulgada em outubro de 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrou que no Paraná, 18,1% do total de 3.961.208 famílias vivem com dois a três salários mínimos por mês; a maior parte das famílias, 32,1% delas, vive com três a seis salários mínimos mensais, enquanto 16,3% vivem com seis a 10 salários mínimos; 7,8% vivem com 10 a 15 salários mínimos; 4,3%, com 15 a 25 salários mínimos; e 2,6%, com mais de 25 salários mínimos (GRONGA, 2019) – entende-se que a discussão bioética do trabalho não deveria ficar restrita

à temática do Principlismo, mas também adentrar nas questões referentes à Bioética Social, especialmente com o suporte dos estudos sobre mistanásia.

Desta forma, este trabalho buscou adotar referenciais teóricos que, ao mesmo tempo em que não negam contribuições pontuais do Principlismo, vão além destas categorias principiológicas. A categoria de mistanásia, por exemplo, que apesar de não ser um assunto comumente discutido em trabalhos relacionados aos CP, aparece aqui neste estudo por ter sido uma das questões bioéticas de maior destaque (PAIVA; CUNHA, 2020). Ela surge após a percepção inicial de que os pacientes tiveram, muito provavelmente, diagnósticos tardios, pois apresentaram necessidade de encaminhamento à equipe de CP logo após sua entrada no serviço de oncologia ao qual foram referenciados. Essa ideia vem do fato de que na região da pesquisa, o hospital é o único a fornecer tratamento oncológico. Assim, os pacientes são referenciados a ele logo após o diagnóstico de doença oncológica na Atenção Primária de saúde de seus municípios.

Os pacientes chegam ao hospital referência com doenças avançadas, grande parte deles inclusive sem a possibilidade de qualquer tratamento oncoespecífico, mesmo que em caráter paliativo, o que indica a presença de sofrimento desnecessário, evitável, decorrente de falhas estruturais nas políticas de promoção e prevenção de saúde primária.

Mistanásia, do grego *mis* (miserável) e *thanatos* (morte), faz referência a uma morte ruim, infeliz, miserável e prematura por estar fora e/ou antes do seu tempo. Tida como potencialmente evitável, consiste em uma das piores modalidades de morte, pois ocorre sem que haja qualquer tratamento humanitário. Ocorre por abandono, descaso e desamparo. A mistanásia ultrapassa o contexto médico hospitalar e nos faz pensar sobre uma morte que foi provocada de forma lenta e sutil, pelo descaso do sistema público. A palavra também dá significado às pessoas que morrem sem ter acesso a nenhuma assistência, que são deixadas à própria sorte na sociedade e, principalmente, nos hospitais, com corredores lotados e falta de leitos, com pacientes moribundos e abandonados pelo Estado e por todos (PESSINI, 2015; FERREIRA; PORTO, 2019; MENDONÇA; SILVA, 2014, PAIVA; CUNHA, 2020).

Tendo isso em vista, o trabalho se delimitou a partir da questão norteadora: quais são os conflitos bioéticos encontrados a partir da análise dos

prontuários de pacientes oncológicos encaminhados aos Cuidados Paliativos? Para isso, foi realizado um estudo retrospectivo transversal, com avaliação de prontuários eletrônicos dos pacientes encaminhados em um mês (no caso, fevereiro de 2020), em todas as modalidades de atendimento (ambulatorial e internação hospitalar). Os dados avaliados foram: data de nascimento (idade), sexo, clínica de entrada no hospital (pacientes entram no serviço referenciados da Atenção Primária para clínica cirúrgica adequada à patologia), diagnóstico que motivou referência ao serviço oncológico, estadiamento (inicial ou doença avançada), tratamentos aos quais o paciente foi submetido (quimioterapia curativa ou paliativa, radioterapia curativa ou paliativa, cirurgia), qual clínica responsável pelo encaminhamento ao serviço de CP, a data que ocorreu (para cálculo do tempo entre chegada no hospital e encaminhamento aos CP) e motivo do encaminhamento à equipe.

Após análise dos dados, buscou-se entender as questões bioéticas existentes com relação ao adoecimento desses pacientes aos CP e à terminalidade. Por fim, ao se perceber que havia uma questão importante com relação à Bioética Social a ser discutida, com foco no tema mistanásia, pois a pesquisa, ainda em seu início, sugeriu a existência de lacunas no serviço de saúde pública da região do Norte do Paraná, principalmente na atenção básica – uma vez que esta é a responsável por ser a porta de entrada dos pacientes ao serviço de saúde pública e pelos encaminhamentos desses aos serviços de maior complexidade para exames complementares, quando/se necessários para diagnóstico de algumas patologias. Conforme será apresentado e discutido a frente, esse conflito bioético de origem social repercute fortemente na clínica, pois, a partir da ocorrência de diagnósticos tardios temos um maior dano à saúde dos pacientes, com mais sofrimento associado ao processo de adoecimento, trazendo perdas para paciente e família. Como consequência temos um aumento na demanda por serviços de Cuidados Paliativos para melhor acolhimento de pacientes com doenças incuráveis e em estágio avançado, bem como a percepção da maior necessidade de capacitação de profissionais de saúde em CP, ampliando o acesso dos pacientes a essa forma de cuidado.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

No referencial teórico do trabalho, foram abordados os temas que posteriormente serviram como base para a discussão dos resultados encontrados nesta pesquisa. Portanto, neste capítulo são encontrados os temas “Cuidados Paliativos”, suas definições e princípios; “Bioética e Cuidados Paliativos” com a intersecção das duas disciplinas; bem como a fundamentação dos conceitos de “Distanásia, Ortotanásia e Mistanásia”, pelas quais foram abordadas as formas de morte assistida existentes e que se relacionam com os resultados.

### 1.1 CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados Paliativos teve sua primeira definição em 1990, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesta, foi definido como os cuidados totais e ativos dirigidos a pacientes fora de possibilidade de cura (CREMESP, 2008). Em 2002, o conceito foi revisado pela mesma instituição e depois, novamente em 2017, recebeu algumas mudanças necessárias para ampliar o acesso de pacientes com necessidades paliativas a essa abordagem:

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2002, p.84)

Os CP são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam o problema associado a doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros problemas físicos, psicossocial e espiritual. (WHO, 2017, n.p)

O IAHPIC (*International Association for Hospice & Palliative Care*), em 2018, não concordando com a definição existente da OMS por acreditar que limitava os CP àqueles que tinham doenças ameaçadoras à continuidade de suas vidas – e acreditando que essa abordagem e cuidado deveriam ser

ofertados a todos os pacientes que, de alguma forma, vivem com doenças graves, crônicas e com condições complexas de saúde, mesmo que não próximos de sua morte –, desenvolveu um projeto para revisar e adotar, baseado em consenso, uma nova definição dos Cuidados Paliativos (IAHPC, 2018).

Dessa forma, durante o ano de 2018, a instituição realizou uma ampla pesquisa com mais de 400 membros da IAHPC oriundos de 88 países, pela qual deu origem à definição e a alguns princípios listados em tópicos, semelhantes aos princípios listados pela OMS em 1990, revisados em 2002 e depois em 2017:

Os cuidados holísticos ativos de indivíduos de todas as idades, com sérios sofrimentos relacionados à saúde, devido a doenças graves, especialmente àqueles que estão perto do fim da vida, e tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores.” Esses cuidados devem ser fornecidos aos pacientes, durante o curso da doença, conforme suas necessidades, em conjunto com as terapias que são modificadoras da doença, podendo influenciar de forma positiva o curso da doença (IAHPC, 2020.)

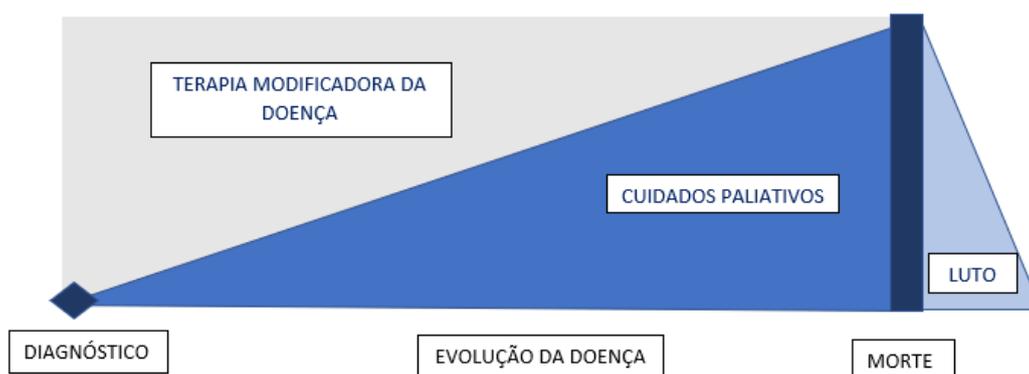
Seguindo essa linha da IAHPC, nos últimos anos identificou-se um grande apelo por parte das Sociedades e Organizações de saúde para que os CP fossem integrados precocemente nos cuidados dos pacientes com doenças ameaçadoras à vida, especialmente os pacientes oncológicos. A Organização Mundial da Saúde, em sua página, ao definir os CP e citar suas atribuições, diz:

É aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias destinadas a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para entender e gerenciar melhor as complicações clínicas angustiantes (OMS, 2020, n.p).

Essa maior demanda ocorre em decorrência do envelhecimento populacional observado no mundo nos últimos anos. Marcucci *et al.* (2016) relatam que o envelhecimento populacional tem relação com o aumento das DCNT (doenças crônicas não transmissíveis). Afirma ainda que essas condições são frequentemente associadas às limitações físicas e sociais do avançar da idade, com quadros de multimorbidade, com a necessidade de cuidados contínuos e com a sobrecarga dos cuidadores e conseqüente aumento da demanda de CP.

Os CP evoluíram nas últimas décadas a partir de uma filosofia de cuidado ao fim da vida, voltada a uma disciplina profissional com experiência em gerenciamento de sintomas físicos, sintomas psicossociais, cuidados espirituais, apoio ao cuidador, comunicação médico-paciente, tomada de decisões complexas e, também, atendimento e cuidados do fim da vida (HUI *et al.*, 2018). Assim, podemos afirmar que hoje, os CP são mais do que apenas cuidar daqueles que se encontram em seu final de vida, tal como visto em sua proposta inicial, mas cuidar de pessoas que apresentam doenças graves e geradoras de sofrimento durante todo o curso de sua doença e, de preferência, o mais precoce possível. A imagem abaixo (Figura 1) traz o papel dos CP durante a evolução de uma doença grave.

Figura 1- Cuidados Paliativo de acordo com a evolução da doença



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Emanuel *et al.* (1999)

A abordagem é feita de forma individualizada, mas seguindo os princípios dos CP publicados em 2002 pela OMS juntamente com sua definição. São eles:

- Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
- Abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;

- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;

- Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (OMS, 2002).

Os CP têm como objetivo principal o cuidar do paciente, com foco na melhora da qualidade de vida e na manutenção da dignidade humana no curso de uma doença crônica, na terminalidade da vida, na morte e no período de luto. Na atualidade, sabe-se que mudanças na qualidade de vida podem ter uma importância biológica. Nesse sentido, uma intervenção que melhora a qualidade de vida e reduz o estresse crônico frente ao enfrentamento de sua doença pode afetar a função imunológica e ter o potencial de impactar positivamente o curso da doença (MENDES *et al.*, 2020).

Houve grandes progressos em relação à prática dos CP e do suporte para pacientes oncológicos nos últimos anos, sendo agora amplamente reconhecido que o Cuidado Paliativo e sua abordagem deve ser utilizada sempre que identificadas as necessidades, independentemente do estágio da doença e não apenas no final da vida. Assim, muitos pacientes que já recebem as terapias oncológicas precisarão de CP e de suporte como parte de um plano compreensível de cuidado (CHERNY *et al.*, 2010).

Simone e Tripodoro (2006) dizem em seu artigo que os Cuidados Paliativos têm três componentes essenciais unidos pela comunicação efetiva. São eles: o apoio psicossocial e espiritual, o trabalho em equipe e o controle de sintomas, especialmente nos pacientes oncológicos – onde os sintomas decorrentes do crescimento tumoral passam ser de difícil controle, causando piora da qualidade de vida destes – momento em que o controle adequado dos sintomas passa a ser crucial.

A EAPC (*European Association of Palliative Care*), em 2003, preocupada com a formação em CP dos profissionais de saúde, lançou um guia orientador para a educação no tema. Nesse guia é sugerido a educação em CP por níveis, onde todos os profissionais de saúde receberiam uma formação básica em relação aos princípios e às práticas dos Cuidados Paliativos, e aqueles cujo trabalho exige conhecimento mais amplo teriam uma educação especializada

(GAMONDI *et al.*, 2013). Dessa forma, o acesso a esses cuidados poderia ser garantido para grande parte da população. Muito tem se falado no Brasil sobre a inserção dos CP na graduação médica, a fim de aprimorar a formação de médicos com conhecimentos, habilidades e atitudes básicas em CP. Guirro (2021) desenvolveu um instrumento, *PalliComp*, para avaliar a aquisição de competências em CP pelos alunos de Medicina, o qual se baseia nas competências descritas como essenciais pela EAPC em 2013 voltados a uma prática médica adequada.

Os CP iniciaram no mundo na década de 1960. Entretanto, no Brasil, assim como em outros países, isso aconteceu tardiamente, nas décadas de 1980-1990. Nessa época, o Brasil vivia uma Medicina hospitalocêntrica, com foco na Medicina curativa, sendo o paciente, sem essa possibilidade terapêutica, abandonado pela equipe de saúde por não haver mais o que ser feito. Frente a essa situação, que alguns profissionais começaram a estudar sobre a morte e o processo de morrer, tendo buscado no exterior aprofundar seus conhecimentos em CP e, ao regressarem, adaptaram esse conhecimento à realidade brasileira, iniciando os CP no Brasil (RODRIGUES; ZAGO, 2010).

Todavia, o Brasil carece de leis federais que garantam os direitos aos CP para toda população, mas existem algumas normativas importantes que podem ser utilizadas para garantir o direito dos pacientes e respaldar os profissionais de saúde em suas atuações. São resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e artigos do Código de Ética Médica (CEM).

**Resolução do CFM 1805/2006:** Essa resolução teve uma grande polêmica envolvida. Quando lançada em 2006, foi revogada pelo Ministério Público sob a alegação de ferir o código penal de nosso país, entendendo que falava a favor da Eutanásia, e, portanto, poderia trazer prejuízo às pessoas envolvidas, como profissionais e pacientes. Após três anos de discussão jurídica, em janeiro de 2010, a resolução foi legitimada, entendendo que se tratava de algo lícito, a Ortotanásia (MENEZES; VENTURA, 2013).

A resolução diz em seu art. 1º:

É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da

pessoa ou de seu representante legal (RESOLUÇÃO 1805/2006).

Em seu art. 2º, salienta:

O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar (RESOLUÇÃO 1805/2006).

Nesse sentido, a resolução determina que o médico deve ofertar os CP como cuidado continuado.

**Resolução do CFM 1995/2012:** Essa resolução fala sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. No art. 1º, define:

Diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (RESOLUÇÃO 1995/2002).

Em seu art. 2º, diz:

Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade (RESOLUÇÃO 1995/2002).

Ainda, em seus parágrafos detalha que:

1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente (RESOLUÇÃO 1995/2002).

O CEM, em sua última revisão de 2018 – e desde sua edição anterior, em 2009 – traz colocações importantes com relação aos CP. Em seus *Princípios Fundamentais*, o princípio XXII, enfatiza que:

Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados (CFM, 2018, n.p)

Sendo assim, o médico deverá evitar a Distanásia e propiciar a Ortotanásia através de medidas de conforto. No Capítulo IV, o qual versa a respeito da relação médico- paciente, em seu artigo 36, 2º parágrafo, tem-se que:

Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos (CFM, 2018, n.p).

Ainda no artigo 41 deste mesmo capítulo, é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Em seu parágrafo único, esclarece:

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 (CFM, 2018, n.p).

Assim, todos os médicos devem prestar CP tendo como foco o conforto quando dos casos de pacientes com doença incurável, não abandonando-o sem proposta curativa (CFM, 2018)

A política pública de Atenção Domiciliar (AD), apesar de se referir diretamente aos CP no sistema de saúde, garante uma humanização no atendimento da população com a possibilidade de cuidado multiprofissional em casa, baseado nas necessidades dos usuários e de suas famílias e cuidadores, favorecendo a integralidade do cuidado. O que, em certa medida, vai ao encontro da filosofia de cuidado dos CP. Em seu artigo 3º, traz os objetivos do Serviço de Atenção Domiciliar:

- I - Redução da demanda por atendimento hospitalar;
- II - Redução do período de permanência de usuários internados;
- III - Humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e
- IV - A desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS (CFM, 2018, n.p).

O Brasil não tem os CP difundidos em todo seu território, portanto, tem seu acesso irrestrito a toda população. Todavia, isso tem melhorado, como nos mostra o estudo de Clark *et al.* (2019) e o Atlas Global de Cuidados Paliativos do *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (2020). Nestes, os autores classificam os níveis de desenvolvimento em CP dos 198 países do mundo, no ano de 2017, e classificam o Brasil como 3b, com prestação de CP generalizados, onde há o desenvolvimento destes cuidados ativos em várias localidades com o crescimento do apoio local nessas áreas; múltiplas fontes de financiamento; disponibilidade de morfina; vários serviços de CP hospitalares de uma variedade de provedores; e a provisão de algumas iniciativas de treinamento e educação em CP de organizações.

Tais mudanças consistem em uma vitória, pois no mapeamento anterior de 2014, o Brasil era classificado como 3a, com prestação isolada, onde os CP ocorrem de forma irregular em escopo e sem apoio; as fontes de financiamento muitas vezes são fortemente dependentes de doadores; a disponibilidade limitada de morfina; e um pequeno número de serviços de CP que são limitados em relação ao tamanho da população (WPCA, 2014). Como podemos observar, houve uma melhora importante nos CP do Brasil.

Seguimos caminhando em conjunto aos demais profissionais de saúde, Sociedades Médicas, conselhos de classes e Academia Nacional de CP buscando melhorias para uma maior abrangência em todo território nacional,

como nos mostram as vitórias dos últimos anos. Alguns estados instituíram leis estaduais de CP enquanto aguardam uma lei federal que proteja todos os cidadãos do país. Estas leis são:

- Rio Grande do Sul (Lei nº 15.277, de 31 de janeiro de 2019): as diretrizes são o fortalecimento de Políticas Públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objetivo a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado; a realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; a organização das ações e dos serviços voltados ao cuidado integral na Rede da Atenção à Saúde, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes constatadas em evidências científicas; atendimento multiprofissional com oferta de cuidado compatível com cada nível de atenção e evolução da doença; a formação de profissionais e promoção de educação permanente por meio de atividades que visem a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta política.

- Paraná (Lei nº 20.091, de 19 de dezembro de 2019): no Estado, a lei tem como objetivos integrar os CP em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde; promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas enfermas por doenças extensas e potencialmente fatais; incentivar o trabalho em equipe multiprofissional, sendo esta constituída minimamente por profissionais de medicina, enfermagem, serviço social e psicologia; fomentar a inclusão de conteúdos disciplinares sobre CP nos cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação da área da saúde; ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os profissionais que já atuam na assistência com ações paliativas; promover a disseminação de informações sobre cuidados paliativos na sociedade; ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas das pessoas enfermas.

- São Paulo (Lei nº 17.292, de 13 de outubro de 2020): nesta, a política pública tem como diretrizes a capacitação dos profissionais; o atendimento multidisciplinar; o fortalecimento de políticas públicas que visam o desenvolvimento da saúde do cidadão e práticas sociais e individuais de autocuidado; respeito à dignidade humana garantindo sua intimidade, autonomia

e confidencialidade de seus dados de saúde durante o processo de adoecimento; o respeito à liberdade de expressão da vontade do paciente de acordo com seus valores, crenças e desejos.

- Minas Gerais (Lei nº 23938, de 23 de setembro de 2021): no Estado, a política pública tem como diretrizes apoiar e incentivar uma filosofia de cuidados para as pessoas com agravamento de suas doenças crônicas; incentivar a oferta de CP iniciados precocemente junto a outras medidas terapêuticas modificadoras de doença; integrar os CP à rede de atenção à saúde; contribuir para a disseminação de informação sobre os CP na sociedade; incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar; garantir uma atenção à saúde humanizada baseada em evidências, abrangendo toda a linha de cuidado em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e em integração com os serviços especializados.

Outra grande vitória foi a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, na qual a Comissão Intergestores Tripartite resolveu, em seu artigo 1º, dispor sobre as diretrizes para a organização dos CP à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, definiu em seu parágrafo único que os CP devem fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da RAS (Rede de Atenção à Saúde). No artigo 2º, define como elegível aos CP toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica. E no artigo 5º, define que os CP devem ser ofertados em todos os níveis de atenção, em qualquer ponto da rede de atenção à saúde (atenção básica, domiciliar, ambulatorial, urgências e emergências e hospitalar).

Com relação à educação, não se tem no Brasil uma diretriz que oriente o ensino obrigatório de CP na graduação. Entretanto, em outubro de 2021, a Deputada Federal Luísa Canziani realizou uma audiência pública para debater o fomento da disciplina de CP nas faculdades de graduação de Medicina, com resultados positivos e promissores.

## 1.2 BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS

A Bioética surgiu com Van Rensselaer Potter, na década de 1970, diante da preocupação em relação aos avanços na ciência – principalmente na área de biotecnologia e seus impactos à sobrevivência planetária. Diante disso, Potter propôs esse ramo do conhecimento para que as pessoas pensassem nas implicações – sejam elas positivas ou negativas – dos avanços da ciência sobre a vida dos seres vivos, não somente humanos. Em suas palavras, “nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável” (POTTER *apud* JUNQUEIRA, 2011, p. 18).

A Bioética ou “ética da vida”, como também é conhecida, pode ser definida como:

A ciência que tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações (JUNQUEIRA, 2011, p. 20).

A Bioética é a reflexão realizada de forma transdisciplinar, focada prioritariamente na vida humana. Se relaciona a grandes evoluções tecnológicas, das ciências biomédicas e do cuidado com a saúde daqueles que necessitam, independente da situação social (PAIVA *et al.*, 2014). A Bioética estabelece a comunicação entre ciência e tecnologia, entre o indivíduo e a sociedade. Assim, constrói uma ética responsável e solidária (LIMA *et al.*, 2021).

O avanço tecnológico da saúde que envolve a vida, traz atualmente para a sociedade situações que antes não foram pensadas, fazendo com que surja o debate acerca dos limites aos manejos da vida, a necessidade de se formular instrumentos jurídicos compatíveis com a atual situação vivida, bem como refletir sobre a responsabilidade dos profissionais da área da saúde (LIMA *et al.*, 2021).

A Bioética aborda discussões, conflitos e dilemas morais que dizem respeito às relações humanas. Ela entende que o ser humano é capaz de atuar de forma livre e de ser responsabilizado por seus atos, uma vez que é um indivíduo com competência moral e cognitiva. Esses atos podem ter, por sua vez, efeitos irreversíveis sobre outros seres humanos, estando essas ações envoltas por interesses e valores que irão refletir nos conflitos entre os envolvidos (COSTA *et al.*, 2016).

Os CP se relacionam fortemente com a Bioética, por se tratar de uma abordagem interdisciplinar (ou seja, várias clínicas conversam entre si e trocam experiências por um bem comum: a melhor assistência ao paciente), por atuar de forma centrada na pessoa (o foco do cuidado é o ser humano doente, seus valores, suas crenças e sua vivência); e por buscar atuar pautando-se em princípios da Bioética, buscando o bem maior do paciente e família, evitando fazer o mal, minimizando o sofrimento decorrente da doença e de possíveis intervenções médicas obstinadas, sem propósito terapêutico relevante, sempre levando em consideração, além da autonomia, a dignidade do ser humano atendido.

Nos CP, especialmente quando lidam com pacientes em sua terminalidade da vida, são muitos os questionamentos sobre o que é tecnicamente possível e eticamente correto, assim como até quando se deve prosseguir com o tratamento sem ferir a dignidade humana. Devem existir limites para a terapêutica modificadora de doença, pois há momentos em que não convém continuar o tratamento que objetiva a cura, pois ele não trará benefícios e, por vezes, poderá ser fonte de sofrimento. Deve-se respeitar a autonomia do indivíduo e os princípios de beneficência e não maleficência (MAINGUE *et al.*, 2020), princípios esses da Bioética.

Chaves *et al.* (2011) discutem a relação dos Cuidados Paliativos e a Bioética, demonstrando que o fim da possibilidade terapêutica curativa (ou modificadora de doença) não deve determinar o fim da relação profissional de saúde-paciente, mas sim, estreitá-la, pois é nesse momento que a ética da relação se tornará essencial para que ocorra a discussão dos princípios éticos norteadores das decisões clínicas. Através da autonomia, respeitando os valores do paciente, da Beneficência, ponderando benefícios e danos com o conceito de proporcionalidade, da não-maleficência, prevenindo e removendo ações que são prejudiciais, e da Justiça, dando a cada um aquilo que necessita.

O Princípio da Não-maleficência possui uma longa tradição na área médica, pois tem sua origem no Juramento Hipocrático e consequente importância, já que serve como orientação efetiva aos profissionais da saúde. Esse princípio exige dos médicos que não causem danos às pessoas, e não apenas danos físicos, mas também outros danos, como os mentais, psicológicos e aqueles que impedem a realização dos interesses do paciente. A ética médica

está ligada à máxima *Primum non nocere*, “Acima de tudo (antes de tudo), não causar dano” (PUDENZI, 2002, n.p).

A não-maleficência requer apenas que intencionalmente nos abstenhamos de executar ações que causem dano a outro. As obrigações são as obrigações de não prejudicar e não causar riscos de danos (comprometimento da reputação, da propriedade, da privacidade ou da liberdade). Muitas vezes é difícil delimitar a linha entre a assistência devida ou inferior, ou ainda, aquela que excede a devida (PUDENZI, 2002).

Na maioria das vezes, o Princípio de Não-Maleficência envolve abstenção, enquanto o Princípio da Beneficência requer ação. Por vezes, na prática da medicina, acabam causando danos ao pensar em um benefício, um bem maior. Portanto, recomenda-se examinar conjuntamente os princípios da Beneficência e da Não-Maleficência (KIPPER; CLOTET, 2020).

O da Beneficência exige mais de seus autores que o da Não-Maleficência, pois precisa realizar ações positivas para causar o bem e não apenas se abster de ações nocivas. A Beneficência deve ser decomposta em dois princípios. O primeiro, a Beneficência positiva, onde as ações devem sempre ser orientadas para a promoção do bem; e o segundo, o da Utilidade, no qual deve-se buscar o equilíbrio entre o benefício e os possíveis danos de uma ação. A Beneficência positiva requer a propiciação de benefícios, enquanto a Utilidade requer que os benefícios e as desvantagens sejam ponderados (PUDENZI, 2002).

O princípio da Beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício do outro (PUDENZI, 2002). O código Hipocrático diz que profissionais de saúde têm a obrigação de usar suas habilidades, entendimento, conhecimento e sua habilidade de decidir e julgar para fazer o bem ao doente que atende. Isso implica que o tratamento proposto será com foco no melhor interesse do paciente, sem expô-lo a danos e sofrimento e sem que haja uma expectativa de um bem maior (ANDRADE *et al.*, 2017).

Beneficência significa “fazer o bem”, e Não-Maleficência significa “evitar o mal”. Assim, sempre que o profissional da saúde propor um tratamento a um paciente, ele deverá reconhecer a dignidade deste último e considerá-lo em sua totalidade (todas as dimensões do ser humano devem ser consideradas: física, psicológica, social, espiritual), pensando em oferecer o melhor tratamento ao seu

paciente, tanto no que diz respeito à técnica quanto no que se refere ao reconhecimento das necessidades físicas, psicológicas ou sociais do paciente. Um profissional deve, acima de tudo, desejar o melhor para o seu paciente, para restabelecer sua saúde, prevenir um agravo ou promover sua saúde (JUNQUEIRA, 2011).

Nos CP, o sujeito é visto como ser biopsicossocial, exigindo uma abordagem integral e humanizada na assistência. O conhecimento técnico, respaldado nos pilares da Bioética, principalmente na Teoria Principlista (Beneficência, Não-Maleficência, Autonomia e Justiça), funciona como norteador das decisões. O respeito à Autonomia é o início do direito do paciente em questionar seu plano terapêutico, para que fique de acordo com seus desejos. Esse princípio deve ser entendido como absoluto para as boas práticas em CP, onde o foco é o paciente a ser respeitado, mesmo quando este não estiver mais apto a tomar as decisões (BENARROZ, 2009).

Dentro da terminalidade da vida, não se deve aceitar verdades absolutas, mas antes refletir e ponderar as melhores condutas para cada paciente sem respostas prontas, porém com um olhar pluralista, como faz a Bioética. Apesar da Teoria Principlista ser necessária e ter sua importância, diversos autores justificam que a reflexão Bioética deve ocorrer baseada em valores e referenciais, e não somente em princípios – sendo estes transformados em pontos de referência a serem fundamentados para elaborar uma reflexão Bioética (MACHADO *et al.*, 2007).

Ainda com questões referentes à Autonomia dos pacientes em terminalidade ou fim de vida, Lima e Manchola-Castillo (2021) trazem em seu artigo a visão do autor Illich, para quem a medicina moderna, com caráter interventor do ato médico, tira decisões que deveriam ser dos pacientes e a passam aos médicos. Dessa forma, suprime a autonomia do paciente e seu direito de tomada de decisões frente aos tratamentos que gostaria ou não de se submeter, bem como onde deseja falecer.

A Bioética traz contribuições essenciais aos CP, visto que esses são praticados principalmente em situações relacionadas à morte, ao sofrimento, à dor e à incapacidade multidimensional – situações em que a dignidade e autonomia das pessoas está comprometida, e onde determinantes sociais, econômicos, culturais e jurídicos estão fortemente presentes. A Bioética afirma

que a Autonomia está ligada ao pluralismo moral, estando suas escolhas sempre relacionadas ao contexto em que vivem e interagem. Assim, para garantir as decisões autônomas dos pacientes, deve-se levar em consideração as questões culturais, sociais, econômicas e jurídicas presentes (LIMA; MANCHOLA-CASTILLO, 2021).

A difícil condução profissional pelos agentes de saúde nos casos que ocorrem dilemas éticos exige um melhor preparo dos profissionais para saber como e o que fazer em situações de conflito, sendo decisões restritas e relacionadas à necessidade de cada paciente. Dentre os vários dilemas éticos que o avanço da ciência trouxe consigo, estão as questões relacionadas ao prolongamento da vida. O avanço tecnológico permitiu novas intervenções, aumentando a sobrevivência de pacientes com doenças incuráveis. Entretanto, como consequência transformou a fase final da vida em um sofrido processo de morte, na maioria das vezes institucionalizado e em um leito hospitalar. De nada adianta os conhecimentos tecnológicos se não forem praticados por profissionais que os saibam integrá-los em uma assistência que reconheça o paciente como sujeito, permeado de humanização (FERRAI, 2008).

Ainda dentro do tema terminalidade da vida e cuidados com o paciente em fim de vida, os CP, dentro do modelo assistencial baseado na Humanização e na Integralidade do cuidado, promove um atendimento individualizado, considerando o contexto social no qual os pacientes estão inseridos em seu processo de adoecimento e morte, fazendo com que paciente e familiar sejam os sujeitos do processo de morrer, com suas crenças e valores sendo acolhidas e respeitadas e com respeito à Autonomia em suas tomadas de decisões sobre seu tratamento. Aqui a Bioética pode ser entendida como uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem o viver, sendo esse entendido como a relação interpessoal e não a vida biológica apenas (WITTMANN-VIEIRA; GOLDIM, 2012).

Quando os pacientes em CP não são mais capazes de receber alimentação e hidratação, surge outra questão Bioética. Familiares associam alimentos à saúde; oferecer alimento ao doente é sinônimo de cuidar, de humanidade e de compaixão. Nesses casos, a decisão de manter ou suspender a alimentação é uma decisão complexa, devendo ser compartilhada entre equipe interdisciplinar, paciente e familiares. Quando a vontade de não ser alimentado

vem do paciente, em respeito ao princípio da Autonomia, esse desejo deve ser respeitado. Em alguns momentos, efeitos indesejáveis da alimentação, principalmente a artificial, podem causar dano aos pacientes, levando a piora da qualidade de vida e indo contra o objetivo real dos CP. Nos cuidados de fim de vida, o assunto alimentação é conflitante, por isso a importância de as condutas serem definidas em conjunto com paciente e familiares, levando em consideração seus desejos e sua cultura (BENARROZ, 2009).

Os conceitos de vulnerabilidade e proteção são intrínsecos aos caminhos da vida e da morte, sendo as situações de vulnerabilidade inerentes ao processo do fim da vida. Aqui, o profissional de saúde tem um papel importante na proteção do paciente, promovendo a aceitação da finitude e o reconciliando com a evolução natural da doença até a morte. A vulnerabilidade do paciente em estágio terminal de sua doença indica que a proteção deveria ser o primeiro dos princípios morais a guiar as condutas e escolhas dos profissionais de CP (LIMA; MANCHOLA-CASTILLO, 2021).

O dicionário traz vulnerabilidade como “qualidade ou estado de vulnerável”, sendo vulnerável aquilo que significa “o que pode ser vulnerado”, por sua vez, vulnerar é o ato de “ferir, ofender, melindrar”. Assim, todos somos vulneráveis, pois estamos todos, de alguma forma, intencional ou não, sujeitos a sermos, feridos, ofendidos e/ou melindrados por agentes de qualquer natureza. O ser humano é sempre um ser vulnerável, podendo estar ou não em situação de vulnerabilidade, podendo a vulnerabilidade ser uma condição possível para todos os seres humanos ou uma condição provável para os que estão em risco (HOSSNE, 2009).

Com relação ao ser humano na área assistencial da saúde, precisa-se entender que esse não está isolado, ele faz parte de um sistema, ligado por elos, e que todos esses elos podem ser atingidos pela vulnerabilidade, mas que ao final, essa vulnerabilidade irá afetar diretamente o último elo, o paciente. Os elos podem ser os profissionais de saúde, as instituições, o sistema de saúde como um todo ou até mesmo as políticas públicas em saúde. Portanto, importante ao avaliar a vulnerabilidade dos pacientes, ampliar também o olhar para a vulnerabilidade de todos os elos envolvidos no sistema que o atendem (HOSSNE, 2009).

Cunha e Garrafa (2016) analisam em seu artigo o conceito de vulnerabilidade em cinco diferentes regiões do mundo, a partir da Bioética. Na América Latina, a Bioética caracteriza-se por analisar conflitos levando em consideração os processos históricos e as relações de poder que refletem nas desigualdades sociais. Por isso, o conceito de vulnerabilidade está fortemente relacionado à dimensão social da vulnerabilidade, em que as diferenças socioeconômicas entre os diferentes segmentos da população são destacadas como influência direta na forma como algumas pessoas são vulneráveis em maior ou menor grau. Essa situação exige que o Estado exerça um papel protetor a fim de reduzir as diferenças e situações de vulnerabilidade. A vulnerabilidade social é reforçada pelas desigualdades existentes e situações de injustiças sociais, dando continuidade ao pensamento de que algumas vidas teriam maior valor que outras (CUNHA; GARRAFA, 2016; MACHADO; GARRAFA, 2018).

A Bioética de Proteção surgiu na América Latina como uma crítica à teoria Principlista, principalmente referente ao Princípio da Autonomia, por entender que os mais empobrecidos e com um menor grau de instrução e acesso às informações não conseguem exercer de forma plena sua autonomia, trazendo uma reflexão ética em relação à justiça sanitária em situações de restrição de recursos. A bioética de proteção dita que devemos considerar o contexto socioeconômico da população e suas desigualdades para organizar e tomar as decisões de saúde pública, sendo assim, as ações em saúde sempre devem visar a proteção daqueles mais vulneráveis, as necessidades dos menos favorecidos deve ser uma prioridade moral dos gestores quando se trata de políticas de saúde pública (ROCHA; OLIVEIRA; SANTANA, 2019).

Na esfera da saúde pública, a Bioética de proteção vem abordar os problemas de justiça no acesso em situações de escassez de recursos. A Bioética de proteção visa proteger a qualidade de vida dos seres humanos, e no caso da saúde pública, garantir uma boa qualidade de assistência à saúde, permitindo que haja um acesso efetivo aos dispositivos para cobertura completa de suas necessidades em saúde (SCHRAMM, 2007).

A Bioética tem grande importância como campo de reflexão na fase de fim de vida, pois nessa fase de cuidado os limites de investimento nas decisões de prolongar (ou não) a vida humana, devem ser determinados pelo conceito de morte digna, sendo a solução mais correta para cada situação aquela que está

diretamente ligada à dignidade da pessoa em processo de morte inevitável, respeitando suas decisões (ANDRADE *et al.*, 2013).

Os CP promovem a humanização no final da vida, através de uma abordagem com foco na morte digna, guiada por alguns princípios éticos que fundamentam a medicina paliativa, sendo esses: a veracidade, pela qual devemos nos pautar na verdade com o paciente e família; a proporcionalidade terapêutica, de forma a adotar medidas terapêuticas que sejam úteis em cada fase de cuidado; o duplo efeito, onde sabemos que cada ação resulta em efeitos positivos e negativos, mas os positivos devem sempre ser maiores que os negativos e que o motivo da escolha terapêutica; da prevenção, prevenção de complicações decorrentes do adoecimento, com aconselhamento dos familiares; e do não abandono, estando sempre presente durante o curso da doença, acompanhando paciente e família, sendo solidário (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Os CP são imprescindíveis para o cuidado ao paciente em fim de vida, e totalmente inserido dentro das reflexões bioéticas, como apontamos nos parágrafos acima. A pessoa vivenciando sua terminalidade encontra-se em estado de vulnerabilidade – muitas vezes consciente orientado – com direito de participar nas tomadas de decisões relacionadas a seu tratamento e seu cuidado, quer seja o Princípio da Autonomia. Os profissionais devem avaliar, juntamente com paciente e família, os riscos e benefícios de cada decisão, respeitando o Princípio da Beneficência e da Não Maleficência, assegurando o uso de recursos disponíveis, garantindo uma assistência digna, Princípio da Justiça. Assim sendo, os CP têm o objetivo de resguardar não a integridade corporal ou a saúde de nossos pacientes, mas a dignidade humana, sendo essa a possibilidade de cada ser humano, dentro de sua consciência, agir livremente e se autodeterminar (ZACCARA *et al.*, 2013).

Desta forma, estão os Cuidados Paliativos inteiramente inseridos no campo das reflexões Bioéticas, que devem ser consideradas na atenção ao paciente em fim de vida, levando em consideração questões de vulnerabilidade, respeitando a integridade, a dignidade e a individualidade de cada pessoa (ZACCARA *et al.*, 2013).

### 1.3 DISTANÁSIA

Apesar de mais frequente em nosso cotidiano do que seu antônimo Eutanásia (do grego *eu-* boa e *thanatos-* morte, “boa morte”), pouco se comenta sobre a Distanásia. Distanásia (do grego *dis-* afastamento e *thanatos-* morte, “morte prolongada”) significa o prolongamento exagerado da morte de um paciente. Pelo dicionário Aurélio, “Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”. Trata-se do ato médico que, visando salvar a vida do paciente terminal, acaba causando grande sofrimento, porque o ato não prolonga a vida propriamente dita, mas sim o processo de morrer, já que a morte é desfecho certo (PESSINI, 2021).

O que ocorre, como explica Martin (1998, p. 54):

Com a modernização da medicina, novos estilos de praticar a ciência e novas atitudes e abordagens diante da morte e do doente terminal emergiram. O paradigma tecno científico da medicina se orgulha, com bastante razão, diante dos significativos avanços obtidos nos últimos cem anos nas ciências e na tecnologia biomédica. Atualmente, doenças e feridas antigamente letais são curáveis desde que tenham tratamento adequado. O orgulho, porém, facilmente se transforma em arrogância e a morte, ao invés de ser o desfecho natural da vida, transforma-se num inimigo a ser vencido ou numa presença incômoda a ser escondida.

Distanásia é, nesse sentido, a tentativa de retardar a morte o máximo possível. Para tal, emprega todos os meios médicos disponíveis, ordinários e extraordinários ao alcance, sendo esses proporcionais ou não, mesmo que isso cause dores e sofrimentos a uma pessoa cuja morte é iminente e inevitável. De forma resumida, é o prolongamento artificial da vida de um doente, que já sem chance de cura ou de recuperação de sua saúde pela Medicina, por meio de condutas que acabam não prolongando a vida propriamente dita, mas sim o processo de morrer (BARROSO; MARTEL, 2010).

Distanásia é sinônimo de Obstinação Terapêutica (*l'acharnement thérapeutique*), definida por Jean-Robert Debray, na década de 1950, como:

O comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício

esperado, é menor que os inconvenientes previsíveis. (PESSINI, 2021, n.p)

Podemos também dizer que a Distanásia ocorre quando usamos tratamentos fúteis que não trazem benefícios, mas também podem trazer malefícios ao paciente. Futilidade, como citado por Grinberg e Tripodoro (2017), é o ato médico cuja aplicação ao paciente é desencorajada por ser essa clinicamente ineficaz, não trazer melhora ao prognóstico do paciente, sintomas ou doenças intercorrentes, ou porque previsivelmente produz danos pessoais, familiares, econômicos ou sociais, desproporcionais ao benefício esperado.

A “Obstinação Terapêutica” ou “Distanásia” é um termo moderno, como dito acima, ainda pouco utilizado no meio médico brasileiro e na área da saúde. Ele tem seu significado atribuído à uma morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. Esse significado torna evidente um dos dilemas mais atuais na área da saúde: as ações distanásicas crescentes que ocorrem em nossos hospitais, de forma que essa questão adotou dimensões éticas importantes, pois coloca em jogo a dignidade humana, mais precisamente, a dignidade no ato de morrer (SANTANA *et al.*, 2010).

Com o avanço da Medicina contemporânea e com o surpreendente avanço tecnocientífico ocorrido nas últimas décadas, os médicos se sentem na obrigação de utilizar todos os recursos disponíveis para o cuidado de seus pacientes, correndo o risco de entender, inclusive, como uma exigência ética, surgindo no médico o desconforto em não utilizar de toda essa tecnologia, estando esses confundindo uma possibilidade de agir com um dever de agir (FLORIANI, 2021).

Pessini (2021) sugere ao longo da reflexão ética sobre a Distanásia:

A filosofia dos cuidados paliativos constitui-se numa resposta de cuidado integral aos pacientes que estão fora de possibilidades terapêuticas. O cuidado integral visa atender as necessidades físicas, corporais, relacionais, afetivas, existenciais e espirituais da pessoa humana. (n.p)

Morrer com dignidade significa viver com dignidade até o último momento. Para isso, o paciente precisa ser considerado e entendido como um ser humano, sobretudo no momento de sua morte. Isso se dá através do respeito a suas

crenças, seus valores e sua autonomia com participação nas tomadas de decisões. A morte sem sofrimento e cercada da presença de entes queridos em um ambiente tranquilo e sereno constrói uma morte digna (GÓMEZ SANCHO, 2015).

#### 1.4 ORTOTANÁSIA

Ortotanásia é, de todos os modelos bioéticos de morte por intervenção, a que mais se relaciona com os CP, pois um não existe sem o outro. Não terá pacientes para palição se não houver a definição de permitir uma morte natural; e não ocorrerá uma boa morte se não for o paciente bem amparado por uma equipe com foco no controle de sintomas e sofrimentos.

O termo Ortotanásia origina-se do prefixo *orto*: certo e *thanatos*: morte, e é usada com o significado de morte apropriada, no tempo certo. Consiste em não utilizar procedimentos desnecessários com o intuito de adiar o processo natural, o que implicaria em um aumento de sofrimento. Não significa negligência ou abandono do paciente, pois trata-se de um processo terapêutico pautado na humanização do cuidado, onde os cuidados são para proporcionar melhor qualidade de vida e de morte ao paciente. Dessa forma, a prática da Ortotanásia caracteriza a manifestação da morte boa ou desejável, no tempo certo, sem interrupção de tratamentos necessários para amenizar a dor (ALMEIDA; MELO, 2018).

Ortotanásia trata da morte correta, em seu tempo correto, diferente da Eutanásia, apressada por ação intencional externa, ou da Distanásia, onde a morte é combatida com métodos extraordinários e desproporcionais. É aceitar a morte, permitindo que essa siga seu curso, evitando procedimentos extraordinários e excepcionais na Ortotanásia. Assim como nos CP, são admitidos recursos e procedimentos para aliviar o sofrimento dos pacientes terminais, como dor e outros sintomas (BARROSO; MARTEL, 2010).

Devemos distinguir Ortotanásia da Eutanásia. Eutanásia foi, por muito tempo, utilizada de forma ampla para se referir tanto às ações comissivas, quanto às omissivas que antecipavam o momento de morte do paciente. Compreende-se Eutanásia como ação médica intencional de adiantamento, através de ação que provoque a morte do paciente que se encontra em situação

considerada irreversível e incurável, de acordo com os padrões médicos atuais, e que esteja em intenso sofrimento físico ou psíquico; ação essa com exclusiva finalidade benevolente (BARROSO; MARTEL, 2010).

Na Ortotanásia, o indivíduo em estágio terminal de uma doença crônica e irreversível é direcionado pela equipe de saúde envolvida em seu cuidado para uma morte sem sofrimento, dispensando a utilização de métodos fúteis de prolongamento da vida, tais como ventilação artificial ou outros procedimentos invasivos. A finalidade principal do cuidado é não promover o adiamento da morte, evitando o uso de recursos que agridam a dignidade humana na finitude da vida, proporcionando morte digna e humana (MACHADO *et al.*, 2007).

A prática da Ortotanásia está garantida pela resolução 1805/2006 do CFM, na qual tem-se que:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Na resolução fica claro que o médico, além de poder suspender ou não o início de procedimentos invasivos, ele deve cuidar de forma integral, evitando sofrimentos e permitindo uma boa morte ao paciente.

## 1.5 MISTANÁSIA

Apesar de não ser um dos conceitos de morte assistida comumente abordados em estudos relacionados aos CP, neste trabalho a mistanásia aparece para discussão baseado no fato de ter sido esse tema uma das questões bioéticas que se destacou nos resultados. A percepção da demora de diagnóstico, demora em referenciar o paciente para o serviço de Oncologia e, com isso, perda da possibilidade de tratamento curativo por grande parte dos pacientes, com uma demanda rápida para equipe de CP especializada.

A mistanásia, do grego *mis* (miserável) e *thanatos* (morte), faz referência a uma morte ruim, infeliz, miserável, prematura por estar fora e/ou antes do seu

tempo e potencialmente evitável. O termo foi cunhado por Marcio Fabri dos Anjos, em 1989, para substituir o termo Eutanásia Social, pois Eutanásia significa “boa morte”, a morte por compaixão para dar uma boa morte, uma morte digna a pacientes com doenças graves em grande sofrimento (PESSINI, 2015). Assim, mistanásia não se confunde com a Eutanásia, pois a morte é antecipada com sofrimento, enquanto a Eutanásia é antecipada por compaixão, para aliviar um sofrimento.

A palavra mistanásia vem para dar significado à morte de milhares de pessoas que ocorre sem nenhuma assistência, abandonadas à própria sorte em lixões, viadutos, pontes, ruas e, principalmente, nos hospitais com corredores lotados, sem leitos, com pacientes moribundos e abandonados pelo Estado e por toda sociedade. Consiste em uma das piores modalidades de morte, pois ocorre sem que haja qualquer tratamento humanitário, ocorre por abandono, descaso e desamparo. A mistanásia ultrapassa o contexto médico hospitalar e faz pensar sobre uma morte que foi provocada de forma lenta e sutil, pelo descaso do sistema público e da estrutura governamental e de razões outras, como incompreensão e a falta de vontade política de resolver questões polêmicas e difíceis (MENDONÇA; SILVA, 2014).

Em uma sociedade mistanásica, o outro vale aquilo que produz e não o que é em sua natureza ontológica. Diante disso, vive-se um momento em que há a perda da sensibilidade pelo outro, fazendo com que o interesse da maioria se sobreponha aos valores como compaixão, respeito, empatia e o altruísmo. Como resultado, tem-se que o sistema de saúde atual está afetando uma parte da população, os vulneráveis, negros, pobres, idosos, entre outros, que são deixados de lado para morrer, sem os devidos cuidados. Discutir sobre o tema mistanásia faz refletir que tanto o viver como o morrer, devem ocorrer respeitando a dignidade (PAIVA; CUNHA, 2020).

Nos países desenvolvidos, o termo eutanásia social é usado para se referir a escolha de que pacientes deverão ou não receber medicamentos e investimentos de alto custo, baseados na questão do custo-benefício. Baseia-se na incapacidade econômica de países custearem tratamentos necessários para dar a assistência devida a pacientes acometidos de doenças incuráveis. Baseados no fato de que os recursos econômicos são limitados, devem ser reservados aos pacientes com potencial de cura, e assim, possibilidade de

retorno a uma vida produtiva. Diferente deste cenário, nos países emergentes, refere-se ao risco permanente de morte antecipada que está sujeita a população menos privilegiada, vulnerável, por falta de condições mínimas de vida e acesso à saúde precário. Assim, nesses países, *mistanásia* vem substituir o termo *Eutanásia social* ou *morte social*, pois o termo *Eutanásia* refere-se a uma morte que implica a ação (ou intenção) do sujeito, já a *mistanásia* é um deixar morrer, uma morte que poderia ser evitada, sendo esta miserável e infeliz (RICCI, 2017; PAIVA; CUNHA, 2020).

A *mistanásia* difere das outras modalidades de terminalidade da vida (*Ortotanásia* / *Distanásia* / *Eutanásia* / *Suicídio assistido*) pela crueldade presente, explicada por fatores que antecedem a morte do indivíduo, como o fato do mesmo estar em situação vulnerável, dolorosa e miserável causada por doença potencialmente curável, mas com sua morte prematura causada por ação ou omissão humana ou estatal, causando maus-tratos, abandono ou violência (VARGAS *et al.*, 2019).

A *mistanásia* nada tem de boa morte, pois é a morte miserável [de tantos] que ocorre por abandono; abandono esse pelos governantes, nos três níveis do governo, quando em nível social essa morte tem como causa a pobreza, a violência, as chacinas, a falta de infraestrutura e condições mínimas de se ter uma vida digna, entre outras. A palavra, por fim, dá significado à morte das pessoas que morrem sem ter acesso a nenhuma assistência, que são deixadas à própria sorte, na sociedade e, principalmente, nos hospitais com corredores lotados e falta de leitos, com pacientes moribundos e abandonados pelo Estado e por todos (PESSINI, 2015; FERREIRA; PORTO, 2019).

No âmbito da saúde, as mortes causadas pela diminuição do financiamento da saúde, pelo mau uso do dinheiro disponível no orçamento, pelo fechamento de leitos, serviços e unidades de saúde, pela abertura indiscriminada de escolas médicas com profissionais cada vez menos capacitados no mercado, a desvalorização dos gestores pelos profissionais da saúde e a falta de compromisso dos três poderes com a vida da população são causas da *mistanásia* que ocorre no dia a dia, afetando principalmente a população mais vulnerável, dependente do estado para prover sua atenção à saúde (FERREIRA; PORTO, 2019; MENDONÇA; SILVA, 2014).

Pode-se pensar a mistanásia causada como fruto da maldade humana, não somente como aquelas que foram pensadas ou premeditadas, mas também causadas pela falta do planejamento do bem. No contexto da saúde, isso ultrapassa o campo hospitalar, mas considera também aquela morte lenta como consequência do descaso do sistema e da estrutura de saúde, bem como das políticas públicas de saúde (VIEIRA, 2011).

Numa sociedade onde os recursos financeiros destinados à saúde, apesar de serem consideráveis, não conseguem garantir qualidade no atendimento para todos cidadãos, a grande e mais urgente questão ética a ser discutida no caso do doente pobre, miserável, que está em fase avançada de sua enfermidade não é a Eutanásia, nem a Distanásia, destinos esses reservados para doentes que conseguiram quebrar as barreiras de exclusão e tornar-se pacientes, mas sim, a mistanásia – destino reservado para aqueles abandonados em seu sofrimento, em quartos escuros e apertados das favelas ou embaixo das pontes das grandes cidades (MARTIN, 1998).

Dentro dos CP, pode-se dizer que a mistanásia por imprudência ocorre quando o médico não dá importância aos CP, que deveriam ser instituídos a pacientes com doença em estágio terminal, provocando uma morte com sofrimento e potencialmente evitável se atendido por equipe capacitada no alívio do sofrimento. Mistnásia por negligência, no contexto dos CP, ocorre quando há o abandono do paciente sem proposta curativa (WANSSA, 2012).

## 2 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, com aprovação em 22 de setembro de 2020 (CAAE 36219920.8.0000.0020) (Anexo I).

Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e transversal, realizado a partir da análise dos prontuários de pacientes encaminhados à equipe de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer de Londrina, durante um mês de atendimento. O mês escolhido para avaliação foi fevereiro de 2020, baseado no fato de ter sido o último mês antes do início da Pandemia, onde o hospital passou por transformações em seu atendimento, com grande restrição dos atendimentos.

O Hospital do Câncer de Londrina é um hospital filantrópico que tem mais de 90% do seu atendimento destinado ao SUS. É o centro de referência em tratamento oncológico em Londrina e para mais de 100 municípios da região, sendo referência para acompanhamento e tratamento do câncer em adultos para cinco regionais de saúde e para crianças em oito regionais. Os pacientes são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao hospital através da “Oncoguia”.

Todos os pacientes das regionais onde é referência, quando recebem um diagnóstico de doença oncológica por exames de imagem ou por exames de anatomia patológica realizados em centros de menor complexidade, recebem um encaminhamento feito pela UBS ao hospital, onde ocorre uma triagem e os pacientes são agendados para “clínicas de entrada” no serviço. Essas clínicas são as que recebem o paciente, a porta do serviço para a população, em sua maioria, clínicas cirúrgicas, entre elas Gastrocirurgia, Ginecologia, Torácica, Urologia, Cabeça e Pescoço e Neurocirurgia. Elas realizam a primeira avaliação do paciente, avaliam a necessidade de cirurgia para início de tratamento e após encaminham para o acompanhamento da Oncologia Clínica. Pacientes com doenças hematológicas são diretamente encaminhados para equipe de Hematologia.

A equipe de Cuidados Paliativos existe no Hospital desde 2010, sendo uma equipe bem estruturada e com atuação efetiva de uma equipe interdisciplinar. Conta com médicos especialistas em diversas áreas, a maioria com área de atuação em Medicina Paliativa, com psicólogo, assistente social, enfermeiros, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, farmacêutico e capelão. Realiza atendimentos nas modalidades ambulatorial, domiciliar e internação hospitalar em unidade própria de CP, além das interconsultas realizadas de forma conjunta às demais especialidades em internações realizadas em setores gerais do hospital. Os pacientes são encaminhados à equipe através de solicitação de parecer pelo sistema eletrônico, feito pela equipe titular do paciente em questão. Esse parecer pode ser para atendimento conjunto com a equipe ou para acompanhamento exclusivo pela equipe de CP, quando o paciente não mais será submetido a tratamentos modificadores de doença.

Este trabalho começou com a pergunta norteadora: “Quais os conflitos bioéticos encontrados nos prontuários de pacientes oncológicos encaminhados aos Cuidados Paliativos?”. Assim, o objetivo geral foi o de analisar, a partir do campo da Bioética, os encaminhamentos aos CP de pacientes atendidos em um hospital oncológico do Norte do Paraná. Os objetivos específicos foram o de descrever o perfil dos encaminhamentos desses pacientes e avaliar as questões Bioéticas que emergem a partir da análise dos dados dos encaminhamentos de pacientes oncológicos aos CP.

Inicialmente, foram observados 124 prontuários eletrônicos dos pacientes encaminhados ao CP no mês de fevereiro de 2020. Após uma validação dos dados, foram excluídos três por estarem em duplicidade e outro por estar equivocado, pois o encaminhamento seria para oncologia clínica, mas realizado de forma errônea no sistema eletrônico para equipe de CP. Os dados analisados dos prontuários foram data de nascimento, idade, clínica de entrada (aquela que recebeu o paciente no hospital), data de entrada no hospital, diagnóstico oncológico, estadiamento na chegada ao hospital (avaliado como avançado ou inicial), tratamentos realizados com os pacientes (quimioterapia curativa ou paliativa, radioterapia curativa ou paliativa e cirurgia), clínica que realizou o encaminhamento aos CP, o motivo do encaminhamento e a data do encaminhamento, através da qual calculou-se tempo do paciente no hospital antes de ser encaminhado à equipe de CP.

Com relação aos motivos dos encaminhamentos, as informações dadas pelos médicos solicitantes nos pedidos de parecer permitiram dividi-las em:

- Abordagem para criação de vínculo + Doença avançada: Paciente encaminhado por doença avançada, para iniciar vínculo com equipe, uma vez que percebido fora de possibilidade de cura e em breve seguimento com CP de forma exclusiva;

- Abordagem para criação de vínculo + Controle de sintomas: Início de vínculo com equipe para posterior atendimento exclusivo, mas no momento com necessidade também de controle de sintomas difíceis;

- Controle de sintomas;

- Piora clínica importante: paciente com piora clínica importante, necessitando CP exclusivo.

- Doença avançada + Controle de sintoma;

- Busca ativa equipe de UTI CP: Hospital conta com médica paliativista na UTI que realiza busca ativa de casos que necessitam de CP;

- A pedido de familiares;

- Cuidados de fim de vida.

Para análise dos dados, considerou-se uma análise estatística descritiva realizada no *software Excel*, onde foram construídas as tabelas para o auxílio da caracterização dos pacientes em questão. Aos pacientes foi assegurado o anonimato.

Na hipótese inicial, acreditava-se que a questão Bioética predominante para discussão eram os encaminhamentos tardios aos CP, baseado no fato da percepção de que os pacientes chegavam para os CP com a doença bastante avançada, sem possibilidade de tratamento específico. A hipótese inicial de encaminhamento tardio não foi confirmada pelos dados analisados, que nos trouxeram informações sugerindo que os pacientes chegam ao hospital, o centro de referência de doenças oncológicas da região, já com doenças avançadas, sem possibilidade de cura, mudando o foco da discussão Bioética para as questões bioéticas de terminalidade e final da vida e Bioética Social.

### 3 RESULTADOS

A análise dos dados permitiu, inicialmente, traçar um perfil dos pacientes encaminhados aos Cuidados Paliativos no mês de fevereiro de 2020. A Tabela 1 apresenta um breve perfil de todos os pacientes analisados, pela qual pode ser observada que a frequência dos gêneros é bem próxima, sendo 46,7% do gênero feminino e 53,3% masculino.

Em relação à faixa etária dos pacientes, a prevalente foi a de 61-79 anos com 49,2%, e a menos prevalente 18-40 anos com 3,3%, sendo mais de 62% acima de 60 anos. Também foi analisada a clínica de entrada, aquela especialidade que recebeu no hospital para primeira consulta o paciente vindo da UBS. Os resultados apontam destaques por suas altas frequências, como a clínica de Gastrocirurgia com 30,0%, Oncologia Clínica 20,0%, Cirurgia de Cabeça e Pescoço 10,8% e Urologia 10,0%, seguidas por outras de menor frequência, detalhadas abaixo.

Com relação ao estadiamento, pacientes foram classificados no momento de sua entrada no hospital referência oncológico como com doença inicial, passível de tratamento curativo, ou doença avançada, onde doença metastática, passível apenas de tratamentos paliativos para controle de doença e não cura.

Tabela 1- Perfil dos pacientes encaminhados aos Cuidados Paliativos

<b>Perfil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	56	46,7%
Masculino	64	53,3%
<b>Idade</b>		
De 18 a 40 anos	4	3,3%
De 41 a 60 anos	41	34,2%
De 61 a 79 anos	59	49,2%
De 80 anos ou mais	16	13,3%
<b>Clínica de Entrada</b>		
Gastrocirurgia	36	30,0%
Oncologia clínica	24	20,0%
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	13	10,8%
Urologia	12	10,0%
Ginecologia	11	9,2%
Cirurgia Torácica	8	6,7%
Neurocirurgia	6	5,0%
Hematologia	4	3,3%
Oncologia cirúrgica	3	2,5%
Nefrologia	1	0,8%
Ortopedia	1	0,8%
Radiologia	1	0,8%
<b>Estadiamento</b>		
Avançado	99	82,5%
Inicial	21	17,5%

Fonte: A autora, 2022.

Também foram analisados os tumores mais frequentes nos pacientes encaminhados. O número de tumores mais frequentes condiz com as clínicas que mais encaminham. Os tumores gastrointestinais, quando somados, são responsáveis por 32,60% dos encaminhamentos para os CP, sendo eles os de fígado, intestino, pâncreas e vias biliares, esôfago e estômago. Os cânceres de cabeça e pescoço são os mais comuns de forma isolada, com 12,5%, seguidos pelo câncer de mama, com 10,8%. A tabela 2 detalha abaixo a distribuição dos encaminhamentos em relação ao diagnóstico de base dos pacientes.

Tabela 2- Diagnóstico dos pacientes encaminhados aos Cuidados Paliativos

<b>Diagnóstico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
CA de cabeça e pescoço	15	12,5%
CA de mama	13	10,8%
CA de fígado	11	9,2%
CA de intestino	11	9,2%
CA de pâncreas/vias biliares	10	8,3%
CA de próstata	9	7,5%
CA de colo uterino	6	5,0%
CA de pulmão	6	5,0%
CA hematológico	6	5,0%
Glioblastoma	6	5,0%
CA de esôfago	5	4,2%
Indeterminado	5	4,2%
CA de rim	3	2,5%
CA de adrenal	2	1,7%
CA de bexiga	2	1,7%
CA de ovário	2	1,7%
CA estômago	2	1,7%
CA de pênis	1	0,8%
CA neuroendócrino	1	0,8%
CA de pele	1	0,8%
Carcinomatose peritoneal	1	0,8%
CEC de pele	1	0,8%
Sarcoma	1	0,8%

Fonte: A autora, 2022.

Legenda: CA= câncer/ neoplasia

Quando avaliados os motivos que determinaram os encaminhamentos aos Cuidados Paliativos, percebe-se que a grande maioria, 71,7%, foi encaminhada para criação de vínculo, por doença avançada, ou seja, pacientes que ainda estavam em tratamento oncológico paliativo, mas com indicação de início de vínculo com equipe de CP, pois em breve, muito provavelmente passariam para modalidade de forma exclusiva. Na tabela 3, são demonstrados os motivos encontrados para o encaminhamento à equipe.

**Tabela 3-** Motivos de encaminhamento aos Cuidados Paliativos

<b>Motivo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Abordagem para criação de vínculo + Doença avançada	86	71,7%
Abordagem para criação de vínculo + Controle de sintomas	19	15,8%
Controle de sintomas	4	3,3%
Piora clínica importante	4	3,3%
Doença avançada + Controle de sintoma	3	2,5%
Busca ativa equipe de UTI CP	2	1,7%
A pedido de familiares	1	0,8%
Cuidados de fim de vida	1	0,8%

Fonte: A autora, 2022.

Na tabela 4, são apresentadas as taxas dos tratamentos a que todos os 120 pacientes encaminhados no mês avaliado foram submetidos. Lembrando que alguns deles receberam mais de uma modalidade. Dito de outra forma, um paciente pode ter recebido quimioterapia paliativa com radioterapia paliativa, ou ter recebido quimioterapia curativa em um primeiro momento, e posteriormente quimioterapia paliativa, justificando o porquê de não se obter a soma de 100% ao final.

**Tabela 4-** Tratamentos realizados antes do encaminhamento aos Cuidados Paliativos

<b>Tratamento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Quimioterapia Curativa	42	35,0%
Quimioterapia Paliativa	27	22,5%
Radio Curativa	34	28,3%
Radio Paliativa	12	10,0%
Cirurgia	39	32,5%

Fonte: A autora, 2022.

Em um segundo momento, foram avaliados apenas os pacientes que já entraram ao serviço, no Hospital do Câncer de Londrina, em estadiamento avançado. Ou seja, sem possibilidade de terapêutica curativa, mas apenas paliativa, para controle e estabilização da doença oncológica. No total dos 120 encaminhamentos, 99 pacientes (82,5%) estavam nessa situação. Na Tabela 5, observa-se todas as possíveis combinações de tratamentos realizados pelos pacientes em estadiamento avançado ao diagnóstico. Cerca de 69% dos pacientes realizaram algum tratamento ou alguma combinação, o tratamento

mais frequente foi a quimioterapia paliativa exclusiva (16,2%) e a quimioterapia curativa exclusiva (11,1%). Dentre os 99 pacientes em estadiamento avançado, 31,3% não receberam nenhum tratamento modificador de doença (quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia).

**Tabela 5-** Tratamentos realizados nos pacientes com estadiamento avançado desde a entrada no hospital

<b>Tratamento - Avançados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
QXTP	16	16,2%
QXTC	11	11,1%
QXTC + RXTC	7	7,1%
Cirurgia	7	7,1%
Cirurgia + RXTP	6	6,1%
Cirurgia + QXTC + RXTC	5	5,1%
Cirurgia + QXTP	3	3,0%
Cirurgia + RXTC	3	3,0%
QXTP + RXTP	2	2,0%
RXTC	1	1,0%
RXTP	1	1,0%
QXTC + QXTP	1	1,0%
QXTC + QXTP + RXTC	1	1,0%
Cirurgia + QXTC	1	1,0%
Cirurgia + QXTP + RXTP	1	1,0%
Cirurgia + QXTC + RXTP	1	1,0%
Cirurgia + QXTP + RXTC	1	1,0%
Nenhum	31	31,3%
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: A autora, 2022.

Abaixo, na tabela 6, trazemos o tempo de encaminhamento para os Cuidados Paliativos a partir da entrada no serviço, ou seja, quanto tempo após a entrada no hospital de referência esse paciente foi encaminhado à equipe de CP. Percebe-se que 25,3% dos pacientes foram encaminhados com menos de um mês; 18,2 % de um a três meses; e 16,2 % de três a seis meses. Isso significa dizer que a maioria, quase 60% dos pacientes, foram encaminhados a uma equipe especializada de CP com menos de seis meses de início do seu tratamento e, provavelmente, do seu diagnóstico.

*Tabela 6-* Tempo de encaminhamento para os Cuidados Paliativos dos pacientes em estadiamento avançado desde a entrada no hospital

<b>Tempo de encaminhamento</b>	<b>Contagem</b>	<b>%</b>
Menos que 1 mês	25	25,3%
Até 3 meses	18	18,2%
De 3 meses a 6 meses	16	16,2%
De 6 meses a 1 ano	17	17,2%
De 1 ano a 2 anos	10	10,1%
Mais que 2 anos	13	13,1%
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>

Fonte: A autora, 2022.

Quando se observa a relação entre o tempo até o encaminhamento para os Cuidados Paliativos e a proposta inicial de tratamento para o paciente, percebemos que entre pacientes que receberam proposta curativa e proposta paliativa, não houve diferença nos tempos de seguimento, sendo os primeiros encaminhados em média com 269 dias e os demais com média de 246 dias até o encaminhamento. Quando observamos os pacientes sem proposta de tratamento curativo oncológico, notamos que esses foram encaminhados com média de 98 dias, conforme demonstrado na tabela 7 abaixo.

*Tabela 7-* Tempo médio de seguimento até o encaminhamento aos Cuidados Paliativos

<b>Proposta de tratamento</b>	<b>Tempo médio de Encaminhamento</b>
Proposta curativa	269
Proposta paliativa	246
Nenhuma	98

Fonte: A autora, 2022.

Percebe-se, a partir dos dados trazidos na tabela 8 abaixo, que os pacientes que não chegaram a ser acompanhados pela equipe – provável óbito antes da resposta de parecer – em sua maioria, 61,5%, foram aqueles com solicitação de parecer até 3 meses desde sua entrada ao serviço.

**Tabela 8-** Tempo de acompanhamento versus tempo de encaminhamento aos Cuidados Paliativos

Tempo de acompanhamento	Tempo de encaminhamento						Total
	Menos de 1 mês	Até 3 meses	De 3 meses a 6 meses	De 6 meses a 1 ano	De 1 ano a 2 anos	Mais que 2 anos	
0 dias	35,9%	25,6%	10,3%	17,9%	2,6%	7,7%	100,0%
Menos de 7 dias	10,5%	21,1%	10,5%	26,3%	10,5%	21,1%	100,0%
De 1 semana a 1 mês	23,1%	23,1%	23,1%	7,7%	15,4%	7,7%	100,0%
De 1 mês a 3 meses	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
De 3 meses a 6 meses	21,4%	7,1%	28,6%	14,3%	14,3%	14,3%	100,0%
De 6 meses a 1 ano	0,0%	0,0%	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	100,0%
Mais que 1 ano	14,3%	0,0%	28,6%	14,3%	28,6%	14,3%	100,0%
<b>Total</b>	25,3%	18,2%	16,2%	17,2%	10,1%	13,1%	100,0%

Fonte: A autora, 2022.

Por último, na tabela 9, avaliou-se a média de tempo de seguimento com a equipe, a depender do tempo que demorou para serem encaminhados. Percebe-se que os pacientes com indicação de Cuidados Paliativos nos primeiros 3 meses de chegada ao hospital, foram os que tiveram menor tempo de acompanhamento em razão do óbito precoce. Pacientes que foram para equipe nos primeiros 30 dias viveram 39 dias, em média; os que foram encaminhados de um a três meses, viveram a média de 10 dias após avaliação da equipe. Pacientes que demoraram dois anos para ter seu encaminhamento à equipe, viveram em média 105 dias após a avaliação, provavelmente por se tratar de neoplasia com característica indolente ou por esses pacientes terem chegado ao serviço de oncologia de forma mais precoce, com possibilidade de tratamento modificador de doença.

*Tabela 9-* Análise descritiva do tempo do acompanhamento dos pacientes em estágio avançado com a equipe em relação ao tempo de encaminhamento aos Cuidados Paliativos

<b>Tempo de encaminhamento</b>	<b>Contagem</b>	<b>%</b>	<b>Média (dias)</b>
Menos que 1 mês	25	25,3%	39,3
Até 3 meses	18	18,2%	10,9
De 3 meses a 6 meses	16	16,2%	119,0
De 6 meses a 1 ano	17	17,2%	61,0
De 1 ano a 2 anos	10	10,1%	140,2
Mais que 2 anos	13	13,1%	105,6

Fonte: A autora, 2022.

## 4 DISCUSSÃO

A avaliação dos dados dos resultados desta pesquisa sugere que os pacientes das regionais atendidos pelo hospital oncológico em questão, chegam de forma tardia ao serviço de referência do qual fazem parte, muitas vezes sem possibilidade de terapia específica oncológica. A maior parte destes pacientes acaba sendo encaminhada rapidamente para a equipe de CP do serviço. Esse dado, somado ao fato de o hospital ser a única referência em oncologia, acompanhamento e tratamento das regionais por ele atendidas, sugere a ocorrência de diagnóstico tardio oncológico no território.

Sabe-se que as doenças oncológicas estão entre as principais causas de morte no mundo. Segundo a OMS, em 2015, as doenças oncológicas foram apontadas como a primeira ou segunda causa de morte em adultos com mais de 70 anos em 91 dos 172 países do mundo. Ainda, a terceira ou quarta causa em outros 22 países (BRAY *et al.*, 2018). No Brasil, em 2014, os óbitos por neoplasia aparecem em quarto lugar para homens, sendo a principal neoplasia a de pulmão.

Na oncologia, o diagnóstico precoce é fundamental, pois permite que o paciente seja submetido a tratamentos mais simples, menos agressivos e com maior possibilidade de cura. Para isso, o Caderno de Rastreamento do Ministério da Saúde traz os principais sinais de alerta para a suspeição das patologias oncológicas mais prevalentes, visando diagnóstico precoce com possibilidade de tratamento modificador de doença e, com isso, melhor prognóstico (BRASIL, 2010). Algumas das neoplasias possuem indicação de diagnóstico precoce, isto é, após surgirem os sinais de alerta; outras delas (câncer de mama, de colo de útero e de cólon e reto) possuem indicação de rastreamento populacional, antes do aparecimento dos primeiros sintomas.

As neoplasias que, segundo a OMS e o Caderno do MS são passíveis de diagnóstico precoce e tratamento precoce, são: neoplasia de mama, de colo uterino, cólon e reto, cavidade oral, nasofaringe, laringe, estômago, pele (melanoma), outros cânceres de pele, bexiga, próstata, retinoblastoma e testículo (BRASIL, 2010).

Identificou-se nas doenças mais prevalentes dos encaminhamentos à equipe de CP muitas patologias que fazem parte do rastreamento precoce

preconizado pelo MS. A análise dos dados indica que muitos desses pacientes, 82,5%, já chegaram ao hospital com doenças bastante avançadas, algumas sem proposta de tratamento oncológico específico. Isso sugere que essas doenças poderiam ter sido diagnosticadas mais precocemente, aos primeiros sinais de alerta, conforme preconizado na literatura médica. Isso levanta algumas questões: Como está o acesso da população ao serviço de saúde? Como está sendo feita a promoção e prevenção de saúde em nossa população? Como está o acesso aos exames complementares necessários para o diagnóstico precoce?

Em 2015, a OMS fixou um plano mundial de ação, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), para diminuir (ou acabar) com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir às pessoas, em todos os lugares, que possam desfrutar de paz e de prosperidade. Esse plano é uma agenda, com 17 objetivos e 169 metas que devem ser alcançadas pelos países até 2030. A ODS 3 diz respeito à saúde, com ações que buscam assegurar uma vida saudável através da promoção de bem-estar para todas as pessoas. Dentro da ODS 3, temos 13 metas relacionadas à saúde (OPAS, 2021).

A quarta meta tem por objetivo, “Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar” (OPAS, 2021, n.p). Para conseguir tal feito, deve ser feita através de trabalhos na atenção básica de promoção, prevenção, identificação e tratamento precoce destas patologias. Quando se analisa os pacientes encaminhados à equipe de CP, preocupa a possibilidade de estar ocorrendo um diagnóstico tardio das doenças oncológicas, com pacientes sendo referenciados ao serviço de referência de doenças oncológicas para início de acompanhamento e tratamento com doenças em estadiamento avançado, sendo que uma parte importante deles – mais de 30% – já chega sem possibilidade de receber terapêutica modificadora da doença oncológica. Esse dado indica que a população esteja encontrando algumas barreiras em seu acesso ao serviço de saúde.

O Sistema Único de Saúde - SUS foi uma conquista da população garantida na Constituição de 1988, pelo artigo 196 da Lei nº 8080/1990. Nesta, em seu art. 2º, tem-se que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Nesse sentido, o estado deve garantir políticas públicas e sociais visando a

redução de doenças e agravos à saúde, assegurando o acesso universal e igualitário a toda população para ações de promoção (BRASIL, 1990).

Ainda, no Art.5º, item III, a Lei diz que são objetivos do SUS “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.” (BRASIL, 1990, n.p)

A doença oncológica é uma forma de doença grave, progressiva, e muitas vezes evolui para doença intratável e incurável, mesmo com os esforços terapêuticos. Mas quando se avaliam os tumores mais comuns dos pacientes que já adentraram o serviço de referência com doenças avançadas, percebe-se que são, em sua maioria, tumores de cabeça e pescoço, de mama e tumores gastrointestinais.

Tumores de cabeça e pescoço são doenças que se relacionam aos hábitos de vida, como tabagismo e etilismo – hábitos esses que podem ser trabalhados na forma de promoção de saúde e redução de riscos para a prevenção de doenças crônicas na Atenção Básica de Saúde. Os tumores de mama têm seu rastreio pré-estabelecido pelo Caderno do Ministério de Saúde, com mamografias bianuais em mulheres de 50-74 anos, ou antes em pacientes com histórico familiar de neoplasia de mama. Os tumores gastrointestinais têm rastreamento indicado para câncer de intestino em pacientes de 50-74 anos (BRASIL, 2010).

Quando se analisa o tempo demorado desde o início de tratamento e acompanhamento oncológico para o encaminhamento à uma equipe de CP, percebe-se que 25,3% dos pacientes foram encaminhados com menos de um mês, 18,2 % de um a três meses e 16,2 % de três a seis meses, ou seja, quase 60% foram encaminhados aos CP com menos de seis meses de início do seu tratamento, provavelmente, do seu diagnóstico, entendendo que o hospital é o serviço de referência oncológico da região e os pacientes são encaminhados logo já no diagnóstico de doenças oncológicas. Isso sugere, portanto, que os diagnósticos ocorrem em momento tardio da evolução da doença, e não em momento oportuno, propiciando atendimento e tratamento efetivos contra a doença em questão.

Outro dado que sugere o diagnóstico oncológico tardio é o de 99 dos 120 pacientes, ou seja, 82,5% dos pacientes encaminhados à equipe de Cuidados

paliativos já serem considerados com doença avançada na entrada do serviço do hospital oncológico. Tendo em vista que o hospital em questão é tido como o serviço de referência da região, ou seja, único local para referenciamento dessa população com doenças oncológicas, sugere-se que o rastreamento e a detecção precoce das neoplasias não ocorre de forma eficaz, apesar de preconizados, sugerindo a presença de uma forma específica de mistanásia que se caracteriza, não exclusivamente pela morte evitável, mas por uma forma em que o sofrimento extremo no momento da morte poderia ser evitado ou, ao menos, minimizado (PAIVA; CUNHA, 2020).

Pacientes atendidos pela rede pública de saúde – vulneráveis por não conseguir suprir através da rede de saúde suplementar ou particular os atendimentos que deveriam estar recebendo do governo – estão sofrendo com atrasos no diagnóstico. Como consequência desse atraso, não conseguem ser inseridos no Sistema de Saúde a tempo de receberem tratamento de suas patologias, no caso deste trabalho, de doenças oncológicas.

A tabela 5 anteriormente apresentada traz dados preocupantes sobre os tratamentos propostos aos pacientes que chegaram ao hospital com doença avançada, já que 31,3% dos pacientes que deram entrada no serviço de oncologia com doença considerada em estadiamento avançado não receberam nenhuma proposta de tratamento e não foram submetidos a nenhuma modalidade de tratamento oncológico (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia), curativa ou mesmo paliativa. Isso indica que os pacientes já chegaram com doença muito avançada e com uma funcionalidade ou com performance *status* ruim, impossibilitando o início de terapias modificadoras de doença.

Aqui, baseados no fato de que o hospital em questão é a única referência de acompanhamento e tratamento oncológico das regionais atendidas, novamente tem-se indícios da ocorrência desta forma específica de mistanásia na região do Norte do Paraná, pois pacientes não têm conseguido atendimento, diagnóstico e seguimento com tempo hábil de receber essas terapias. Os pacientes, em sua vulnerabilidade social, ficam à margem dos serviços de saúde. Logo, acabam tendo uma morte antecipada, uma morte precoce e evitável por não terem tido a chance de receber um tratamento para suas doenças. Quando se fala em vulnerabilidade no âmbito da saúde, na área assistencial da saúde é preciso entender que o paciente não deve ser avaliado de forma isolada, ele faz

parte de um sistema ligado por elos – profissionais de saúde, instituições de saúde e as políticas públicas de saúde – que podem ser atingidos pela vulnerabilidade, mas que ao final, essa vulnerabilidade irá afetar diretamente o último elo, o paciente, aquele que será ferido ao final (CUNHA; GARRAFA, 2016; MACHADO; GARRAFA, 2018).

Percebendo a chegada ao serviço de referência com doenças oncológicas avançadas, sem possibilidade curativa, entende-se que os pacientes possam ter sido vítimas de mistanásia no sentido da crueldade ocorrida, e isso por não terem tido acesso ao diagnóstico mais precocemente, explicado por fatores que antecedem a morte do indivíduo, como o fato do mesmo estar em situação vulnerável, dolorosa e miserável causada por doença potencialmente curável, e com sua morte prematura causada pela omissão humana ou estatal (VARGAS *et al.*, 2019).

A palavra mistanásia dá significado à morte das pessoas que morrem sem ter acesso a nenhuma assistência, que são deixadas à própria sorte na sociedade e, principalmente, nos hospitais abandonados pelo Estado e por todos (PESSINI, 2015; FERREIRA; PORTO, 2019). Os pacientes tiveram seu diagnóstico, como sugerem os achados da pesquisa, de forma tardia, não tendo possibilidade de receber um tratamento curativo, o que nos faz suspeitar que não tiveram acesso, no nosso Sistema Público de Saúde, ao atendimento médico e a exames diagnósticos complementares em tempo adequado.

Apesar da mistanásia ocorrida no momento diagnóstico e terapêutico, os pacientes que são encaminhados à equipe de Cuidados Paliativos acabam tendo seu sofrimento acolhido e tratado de forma adequada, pois faz parte dos princípios dos CP a abordagem integral com foco em controle da dor e outros sintomas estressantes, integrando aspectos psíquicos e espirituais no plano de cuidado do paciente e oferecendo um sistema de suporte que o possibilite viver da melhor forma possível até o momento de sua morte (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Quando se observa o motivo do encaminhamento para os CP, percebe-se que 71,7% dos pacientes foram encaminhados ao serviço para criação de vínculo, para contato e vínculo com a equipe antes da indicação de CP exclusivos, por percepção de doença avançada, o que confirma o dado anterior

dos pacientes encaminhados à equipe de CP já por doença oncológica avançada, sem possibilidade terapêutica.

Quando se abordam os Cuidados Paliativos oncológicos, trabalha-se com a integração aos CP desde o início do seguimento, para um cuidado integral, com abordagem de fontes de sofrimento, de todas as esferas do ser humano (física, social, espiritual e psicológica), a fim de tentar minimizar o sofrimento da evolução da doença, bem como os efeitos dos tratamentos propostos. A OMS define que o CP:

[...] é aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias destinadas a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para entender e gerenciar melhor as complicações clínicas angustiantes (WHO, 2020, n.p).

Nos últimos tempos, os Cuidados Paliativos têm deixado de ser uma especialidade responsável pelos cuidados de fim de vida e passou a ser uma disciplina profissional com experiência em gerenciamento de sintomas físicos, sintomas psicossociais, cuidados espirituais, apoio ao cuidador, comunicação médico-paciente, tomada de decisões complexas e, também, atendimento e cuidados do fim da vida (HUI *et al.*, 2018). Todo esse cuidado é feito com foco no atendimento humanizado dos pacientes, minimizando o sofrimento e melhorando a qualidade durante o curso da doença.

Ao avaliar os dados desta pesquisa, observa-se que apenas 15,8% dos pacientes foram encaminhados para vínculo + controle de sintomas, e apenas 3,3% para controle de sintomas exclusivamente. As doenças oncológicas, bem como o tratamento dessas doenças, como radioterapia e quimioterapia, são fonte de sintomas desagradáveis, sintomas angustiantes, sendo o encaminhamento para uma equipe de CP – especialista em abordar sintomas – um grande aliado para o atendimento integral e humanizado desse paciente, com foco na melhora da qualidade de vida dele e de sua família (MENDES *et al.*, 2020).

O controle adequado de sintomas, não somente sintomas físicos, mas também o das outras esferas, como social e psico-espiritual, melhora a vivência do paciente durante o tratamento oncológico, melhorando também a aderência ao tratamento. Assim, uma intervenção que melhora a qualidade de vida e reduz

o estresse crônico frente ao enfrentamento de sua doença pode afetar a função imunológica e tem o potencial de impactar positivamente o curso da doença (MENDES *et al.*, 2020).

Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo possui de sua posição na vida dentro do seu contexto cultural e do sistema de valores nos quais ele vive, quais sejam seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A qualidade de vida também é definida como “a percepção do paciente sobre o seu estado físico, emocional e social, sendo a avaliação desta subjetiva e complexa” (WITTMANN-VIEIRA; GOLDIM, 2012, n.p).

Outros dados da pesquisa – 71,7% dos pacientes encaminhados para criação de vínculo por doença avançada – mostram que os médicos encaminhadores, aqueles que encaminharam os pacientes para equipe de CP, entendem a necessidade de vínculo precoce com a equipe antes dos cuidados propriamente de fim de vida. Infelizmente, os pacientes, ao chegarem no hospital com doenças já avançadas, como revelam os 31,3% dos pacientes que não tiveram indicação de tratamento específico, mesmo que de forma paliativa, ou os quase 60% dos paciente que necessitaram de Cuidados Paliativos com menos de 6 meses do início o acompanhamento oncológico, não tiveram a possibilidade de receber esse encaminhamento de forma precoce aos CP, não por falta de conhecimento da necessidade do acompanhamento, mas porque não havia a possibilidade de ser feito. Os médicos do Hospital não tiveram, em muitos casos, a opção de encaminhar nossos pacientes de forma mais precoce pelo estadiamento dos pacientes na entrada do hospital.

Apenas um dentre os 120 pacientes encaminhados no mês foi encaminhado para cuidados de fim de vida, reforçando a ideia de que este hospital tem um bom entendimento de CP precoce e não apenas para cuidados de fim de vida. Quando se aborda a terminalidade da vida no contexto da Bioética, levantam-se diferentes modalidades de intervenção do fim da vida, entre elas a eutanásia, que não será discutida neste trabalho por não ser uma prática permitida no país, Ortotanásia e Distanásia. Os CP, ao reconhecerem a morte como um processo natural e terem como um de seus princípios o não adiar e não adiantar o processo de morte, presta um atendimento humanizado e assim, propicia uma morte digna, uma morte boa.

Ortotanásia, como discutido, é a definição de boa morte, é a morte priorizada pelas equipes de Cuidados Paliativos. Consiste em não utilizar procedimentos desnecessários com o intuito de adiar o processo natural, o que implicaria em um aumento de sofrimento. Não significa negligência ou abandono do paciente, pois trata-se de um processo terapêutico pautado na humanização do cuidado, onde os cuidados são para proporcionar melhor qualidade de vida e de morte ao paciente. Dessa forma, a prática da Ortotanásia caracteriza a manifestação da morte boa ou desejável, no tempo certo, sem interrupção de tratamentos necessários para amenizar a dor (ALMEIDA; MELO, 2018).

A prática da Ortotanásia oferece ao paciente um momento natural de morte, sem antecipá-la ou adiá-la. Nesta, a morte se define como parte do ciclo da vida, dando ao paciente em CP o direito de morrer com dignidade, sem prolongar de forma artificial o processo natural da morte. Sendo assim, é o comportamento médico que diante de uma morte iminente – e não evitável – suspende determinadas ações que prolongariam a vida dos pacientes através de tratamento inútil, causando danos e sofrimentos desnecessários (PAIVA *et al.*, 2014).

Importante ressaltar que a Ortotanásia, apesar de não constar na legislação do país, é defendida pelo Conselho Federal de Medicina - CFM como abordagem apropriada para o cuidado no fim da vida. Através de sua resolução 1805/2006, autoriza ao médico limitar ou suspender procedimentos ou tratamentos que postergam a vida de pacientes em fase terminal de doença incurável, respeitada a vontade da pessoa e de seu representante legal. Também, pode ser facultada aos médicos a sua realização mediante o consentimento da família (PAIVA *et al.*, 2014). A resolução diz, em seu artigo 1º:

É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. (RESOLUÇÃO CFM n. 1.805/2006, n.p)

Em seu artigo 2º:

O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e

espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.  
(RESOLUÇÃO CFM n. 1.805/2006, n.p)

A resolução determina que o médico oferte Cuidados Paliativos como cuidado continuado.

Os pacientes atendidos por equipes de CP no seu momento de terminalidade são acolhidos no seu sofrimento existencial ou espiritual; acolhidos no sofrimento psíquico e físico e amparados, quando necessário, em suas demandas sociais, para que sua terminalidade seja vivenciada da forma mais tranquila possível, e a morte, desta forma, ocorra de forma natural e em momento oportuno. São evitados quaisquer tipos de intervenção que não tragam nenhum benefício ao paciente, mas ao contrário, possam trazer dano prolongando tempo de processo de morte sem possibilidade de alterar o desfecho final: a morte.

Nos CP evita-se que ocorra a Distanásia ou a Obstinação Terapêutica, entendendo que no processo de adoecimento dos pacientes – quando a morte é tida como certa e intervenções mais invasivas não trarão nenhum benefício adicional – pode-se trazer danos e sofrimento. A Distanásia, conforme anteriormente apontado, é o prolongamento artificial da vida de um doente, que já se encontra sem chance de cura ou de recuperação de sua saúde pela Medicina, por meio de condutas que acabam não prolongando a vida propriamente dita, mas sim o processo de morrer (BARROSO; MARTEL, 2010). Pacientes com doenças graves, intratáveis, que não são acompanhados por equipes de CP, são mais suscetíveis a sofrerem Distanásia.

Ou seja, Distanásia é o prolongamento exagerado da vida quando não há mais a possibilidade de cura ou de melhora do paciente, condição que gera agonia, dor e sofrimento ao prorrogar o processo de morte dos pacientes. Dito de outra forma, ocorre o prolongamento do processo de morte dos pacientes sem que haja a possibilidade de cura, ou mesmo de melhor clínica ou da qualidade de vida deles. Sendo assim, esses tratamentos instituídos são tidos como fúteis para o paciente vivenciando a terminalidade. Investimentos de cura nesses pacientes, os quais já não têm essa possibilidade, podem ser considerados uma agressão à dignidade humana, pois pode comprometer a qualidade de vida sem trazer benefícios (PAIVA *et al.*, 2014).

No cuidado de pacientes cursando sua terminalidade, deve-se ponderar cada intervenção clínica, pensando sempre em evitar a obstinação terapêutica – comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis (PESSINI, 2015). Deve-se ponderar, também, sempre entre os benefícios e os malefícios das ações médicas em pacientes vulneráveis que estão frente a sua morte breve.

Assim, toda vez que um profissional da saúde propuser um tratamento a um paciente, ele deverá reconhecer a dignidade do paciente e considerá-lo em sua totalidade (todas as dimensões do ser humano devem ser consideradas: física, psicológica, social e espiritual), pensando em oferecer o melhor tratamento, tanto no que diz respeito à técnica e no que se refere ao reconhecimento das necessidades físicas, psicológicas ou sociais do paciente, transformando de forma positiva o curso da doença (JUNQUEIRA, 2011).

A tabela 7 traz a suspeição de provável morte precoce e antecipada dos pacientes com diagnóstico avançado logo na sua entrada ao hospital, quando indica que o dado que pacientes com alguma proposta de tratamento, curativo ou paliativo, demoraram em média 250 dias (8 meses) para serem encaminhados à uma equipe de CP, enquanto pacientes sem proposta terapêutica nenhuma, ou seja, aqueles com doenças mais avançadas ou com estado geral mais comprometido, tiveram uma média de 98 dias até serem encaminhados para a equipe, aproximadamente 3 meses.

Na tabela 9, observou-se que esses pacientes rapidamente encaminhados à equipe de Cuidados Paliativos foram acompanhados por um tempo curto, os com até 30 dias da entrada foram em média acompanhados por 39 dias e os que foram encaminhados de 30-90 dias de sua entrada, tiveram média de 11 dias de seguimento com equipe antes de sua morte.

Ainda observando os dados, na tabela 8 nota-se que os pacientes que não chegaram a ser acompanhados pela equipe – provável óbito antes da resposta de parecer – em sua maioria, 61,5%, foram aqueles com solicitação de parecer até 3 meses desde sua entrada no serviço. Sugerindo, mais uma vez, que pacientes chegam ao serviço de referência oncológico com doenças graves, avançadas e já no seu final de vida.

Podemos inferir, a partir da análise dos encaminhamentos de pacientes oncológicos aos CP, que pacientes estão chegando ao serviço referência de oncologia de nossa regional com doença avançada, muitos já sem possibilidade de tratamento oncológico logo ao diagnóstico, com indicação de Cuidados Paliativos por doença avançada, sem possibilidade de serem submetidos a tratamentos específicos oncológicos e tendo como consequência mortes ocorrendo de forma precoce em decorrência da doença.

Com a dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce e com doenças oncológicas sendo descobertas de forma cada vez mais tardia, ocorre também uma demanda aumentada pelo atendimento em Cuidados Paliativos, para que haja o controle adequado de sintomas angustiantes, como dor e outros sintomas físicos; e abordagem de sintomas não físicos, inerentes ao adoecimento e à percepção da proximidade da morte. No Brasil, não existem muitos serviços de Cuidados Paliativos, o que pode ocasionar, com o aumento da demanda e escassez de equipes, uma continuidade da mistanásia sofrida pela população, com a presença de sofrimento durante o curso da doença, sendo que isso poderia ser potencialmente evitável com o aumento das equipes, aumentando assim, o acesso dos pacientes com doenças crônicas incuráveis às equipes de CP.

Outra forma de aumentar o acesso da população para que recebam uma abordagem paliativa e um atendimento humanizado, integral, com foco no alívio do sofrimento desses pacientes com doenças incuráveis, é a capacitação em Cuidados Paliativos. Essa capacitação deve ocorrer para todos os profissionais de saúde durante sua graduação, para médicos generalistas e, de forma mais específica e mais ampla, através de uma especialização para aqueles cujas especialidades atendam doenças graves, com potencial de agravar-se durante seu curso e que são, de alguma forma, ameaçadoras à continuidade da vida.

Assim, o aumento das equipes de Cuidados Paliativos, a melhora da capacitação em Cuidados Paliativos por profissionais da rede básica, além da inserção dos Cuidados Paliativos na graduação das faculdades da área da saúde são importantes fatores para ampliar o acesso da população a essa abordagem de cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da discussão dos resultados do trabalho, pode-se observar um encaminhamento precoce à equipe de Cuidados Paliativos, a maioria com seis meses de entrada no serviço. Tal serviço, como afirmado, é tido como referência regional para doenças oncológicas. Observa-se, também, que os encaminhamentos precoces não ocorrem para controle de sintomas ou apoio durante o tratamento oncológico específico, isto é, para um atendimento integral e humanizado, como acredita-se que deve ser.

Os encaminhamentos têm ocorrido de forma precoce, uma vez que os pacientes têm chegado ao serviço com doenças avançadas, funcionalidade e qualidade de vida ruins, ou seja, com performance geral que impossibilita serem submetidos a tratamentos oncológicos específicos modificadores de doença, mesmo que de forma paliativa, para que a doença seja estabilizada e possam com isso ganhar alguns meses de vida.

Nesse sentido, pode-se concluir com esta pesquisa que os municípios da região Norte do Paraná deveriam investir na atenção básica de saúde, fortalecendo o Sistema Público de Saúde, estabelecendo Políticas Públicas de promoção e prevenção à saúde e melhorando condições de trabalho, além de fornecer formação continuada aos profissionais que lá atuam, pois essa é a porta de entrada do cidadão ao Sistema Único de Saúde.

É através da atenção básica que os pacientes poderão ter acesso aos serviços de promoção, prevenção e diagnóstico precoce de doenças crônicas não transmissíveis e doenças oncológicas. A atenção básica deve ser responsável pela realização da prevenção, bem como pelo rastreamento das doenças determinadas pelo Caderno de Saúde de Rastreamento do Ministério da Saúde, entre elas as oncológicas, passíveis de detecção precoce.

Assim, pode-se concluir que este trabalho aponta para algumas modificações que deveriam ocorrer no sistema de saúde público, entre elas: melhorias na atenção básica, com melhoria nas ações de promoção e prevenção em saúde, e melhorias na oferta de exames complementares na rede básica de saúde, aumentando as possibilidades de diagnósticos precoces, no caso, diagnóstico oncológico precoce.

Finalmente, considerando que os encaminhamentos tardios e a redução das possibilidades de tratamento ou de cuidados mais adequados no âmbito paliativo resultam, sobretudo, das deficiências que se iniciam nas políticas de prevenção e promoção à saúde na Atenção Primária, as quais vão se sobrepondo às demais deficiências organizacionais no sistema público e privado de saúde, este trabalho aponta para a possibilidade de existência de um processo generalizado de mistanásia cujo desfecho se expressa nos Cuidados Paliativos. Este problema deve ser analisado com maior atenção em trabalhos futuros no campo da Bioética, da Saúde Pública, dos Cuidados Paliativos e outras áreas interdisciplinares com interface no problema.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H. R. A.; MELO, C. F. Práticas de Ortotanásia e cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal: uma revisão sistemática da literatura. **Enfermeria Global**, v. 51, pp. 545-560, jul. 2018.

ANDRADE, C. G., *et al.* Bioética, cuidados paliativos e terminalidade: revisão integrativa da literatura. **Rev enferm UFPE (Recife)**, v. 7 (especial), pp. 888-97, 2013.

ANDRADE, J. S., *et al.* Princípios bioéticos e nutrição em cuidados paliativos. **Acta Portuguesa de Nutrição**, v. 9, pp. 12-16, 2017.

BARROSO, L. R.; MARTEL, L. de C. V. A Morte como ela é: Dignidade e Autonomia Individual no Final da Vida. **Revista da EMERJ**, v. 13, n. 50, 2010.

BENARROZ, M. O., *et al.* Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v. 25, n. 9, pp.1875-1882, set 2009.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Primária n. 29**. Rastreamento. (Série A). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRAY, F., *et al.* Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of Incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, v. 68, n. 6, pp. 394-424, 2018.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

CHAVES, J. H. B., *et al.* Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Revista Dor** [online], v. 12, n. 3, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000300011>. Acesso em 27 nov. 2021.

CHERNY, N., *et al.* European Society for Medical Oncology (ESMO) Program for the Integration of Oncology and Palliative Care: a 5-year review of the Designated Centers' incentive program. **Annals of Oncology**, v. 21, n. 2, pp. 362-369, 2010.

CLARK, D. *et al.* Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. **Journal of Pain and Symptom Management**, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**. Brasília, p. 179, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1805;2006**. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>. Acesso em 10 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1.995/2012**. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=244750>. Acesso em 12 out. 2021.

COSTA, R. S., *et al.* Reflexões Bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde Debate** (Rio de Janeiro), v. 40, n. 108, pp. 170-177, 2016.

CUNHA, T. e GARRAFA, W. Vulnerability: A Key Principle for Global Bioethics? **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, n. 25, pp. 197-208, 2016.

CUNHA, T.; LORENZO, C. Bioética global na perspectiva da Bioética crítica. **Revista Bioética** (Brasília), v. 22, n.1, pp.116-125, 2014.

CREMESP. Cuidado Paliativo. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, 2008. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf). Acesso em 23 ago. 2021.

DEJEANNE, S. Fundamentos da Bioética e a teoria principlalista. **Thaumazein**, v. IV, n. 7, pp. 32-45, 2011.

EMANUEL, L. L., *et al.* **The Education for Physicians on End-of-life Care** (EPEC). Curriculum, 1999.

FERRAI, C. M. M., *et al.* Uma leitura Bioética sobre cuidados paliativos: caracterização da produção científica sobre o tema. **Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo, v. 2, n. 1, pp. 99-104, 2008.

FERREIRA, S.; PORTO, D. Mistanásia x Qualidade de vida. **Rev. bioét.** (Impr.), v. 27, n. 2, pp. 191-205, 2019. Doi: 10.1590/1983-80422019272000

FLORIANI, C. A. Considerações Bioéticas sobre os modelos de assistência no fim da vida. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 9, e00264320, 2021.

GAMONDI, C. *et al.* Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos – parte1. **European Journal of Palliative Care**, v. 20, n. 2, 2013.

GÓMEZ SANCHO, M. *et al.* **Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones**. Gaceta Médica de Bilbao., v. 112, n. 4, pp. 216–218, 2015.

GONGRA, A. Jovens são mais afetados pelo aumento da desigualdade social no Paraná. **Periódico UEPG** [redação de mídia integrada], Cidade e Cidadania.,

[s.l], 2019. Disponível em: <https://periodico.sites.uepg.br/index.php/cidade-cidadania/1824-jovens-sao-mais-afetados-pelo-aumento-da-desigualdade-social-no-parana>. Acesso em 12 jan. 2022.

GRINBERG, A. R.; TRIPODORO, V. A. Futilidad médica y obstinación familiar en terapia intensiva. Hasta cuándo seguir y cuándo parar? **MEDICINA** (Buenos Aires), v. 77, pp. 491-496, 2017.

GUIRRO, Ú. B. DO P.; CORRADI PERINI, C.; SIQUEIRA, J. E. de. PalliComp: um instrumento para avaliar a aquisição de competências em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 3, 2021.

HOSSNE, W.S. Dos referenciais da Bioética – a vulnerabilidade. **Bioethikos**-Centro Universitário São Camilo; v 3 n1, pp. 41-51, 2009

HUI, D; BRUERA E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. **Nat Rev Clin Oncol**. v. 13, n 3, pp 159-171, 2016.

HUI, D., *et al.* Improving Patient and Caregiver Outcomes in Oncology: Team-Based, Timely, and Targeted Palliative Care. **CA Cancer J Clin**, v. 68, n. 5, pp. 356-376, 2018.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE (IAHPC). **Palliative Care definition**, 2020. Disponível em <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>. Acesso em 22 jun. 2021.

JUNQUEIRA, C. R. **Bioética: conceito, fundamentação e princípios**. UNA-SUS/ UNIFESP – Especialização em Medicina da Família, São Paulo, 2011.

KIPPER, D. J.; CLOTET, J. Princípios da Beneficência e da Não-maleficência. *In* **Portal Médico** [online], 2020. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/bioetica/Partellprincípios.htm](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/Partellprincípios.htm). Acesso em 10 set. 2021.

LIMA, M. A; MANCHOLLA-CASTILLO, C. Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer”. **Rev. Bioét.** (Brasília), v. 29, n. 2, 2021.

MACHADO, K. D. G., *et al.* A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da Bioética. **Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo, v. 1, n. 1, pp. 34-42, 2007.

MACHADO, I.L.OGARRAFA, W. Vulnerabilidade social e proteção - um olhar a partir da bioética de intervenção. **Revista Brasileira de Bioética – Supp.**, v. 14, 2018.

MAINGUE, P. C. P. M., *et al.* Discussão Bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. **Rev. Bioét.** (Brasília), v. 28, n. 1, 2020.

MARCUCCI, F. C. I., *et al.* Identification of patients referred to Palliative Care in the Brazilian Family Health Strategy: an exploratory study. **Cad. Saúde Colet.** (Rio de Janeiro), v. 24, n. 2, 2016.

MARTIN, L. M. Eutanásia e Distanásia. In: COSTA, S. I. F., *et al.* (Orgs). **Iniciação à Bioética.** Brasília: CFM; 1998.

MENDES I. E. R., *et al.* Aumento da sobrevivência de pacientes oncológicos com cuidado paliativo precoce: revisão de literatura. In SILVA NETO, B. R. (Org.) **Difusão do conhecimento através das diferentes áreas da medicina 5.** Brasil: Atena Editora, 2020, pp. 106-112.

MENDONÇA, M. H; SILVA, M. A. M. Vida, dignidade e morte: Cidadania e Mistanásia. **Iusgentium**, v. 9, n. 6. Edição Extra, 2014.

MINAS GERAIS. **Lei n. 23.938, de 23 de setembro de 2021.** Estabelece princípios, diretrizes e objetivos para as ações do Estado voltadas para os cuidados paliativos no âmbito da saúde pública. Assembleia Legislativa de Minas Gerais (MG), Diário Oficial (MG), 2021.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável,** 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/objetivos-desenvolvimento-sustentavel>. Acesso em 10 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2. ed. Genebra: OMS, p 84, 2002.

PAIVA, F. C. L., *et al.* Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev. bioét.** (Impr.), v. 22, n. 3, pp. 550-60, 2014.

PAIVA, W.W.; CUNHA, T. R. da. Mistanásia em tempos de pandemia do COVID-19: reflexões iniciais a partir da Bioética Global. In: DADALTO, L. (Ed.). **Bioética e COVID-19.** 1 Ed. Indaiatuba: Editora FOCO, 2020.

PARANÁ. **Lei n. 20.091, de 19 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre a instituição dos preceitos e fundamentos dos Cuidados Paliativos no Paraná. Diário Oficial nº. 10588, 2019.

PESSINI, L. Distanásia: Até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, v. 29, n. 4, 2021.

PESSINI, L. Sobre o conceito ético de mistanásia. **A12 Redação**, 2015.

BRASIL. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em 20 set. 2021.

PUDENZI, L. **Princípios de ética biomédica**. Edições Loyola. São Paulo. Brasil, 2002.

RICCI, L. A. L. **A morte social**: Mistanásia e Bioética. São Paulo: Paulus, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei n. 15.277, de 31 de janeiro de 2019**. Institui a Política Estadual de Cuidados Paliativos e dá outras providências. **Diário Oficial – RS**, 2019.

ROCHA, I. L. S., OLIVEIRA, T.S. e SANTANA, L. A. Correntes da bioética: Reflexões sobre a bioética da proteção em saúde da família. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v 28, n 2, pp 39-43, 2019.

RODRIGUES; I. G.; ZAGO, M. M. F. Cuidados paliativos: realidade ou utopia? **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, pp. 136-141, 2010.

SANTANA, J. C. B., *et al.* Ortotanásia: significado do morrer com dignidade na percepção dos enfermeiros do curso de especialização em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo, v. 4, n. 3, pp. 324-331, 2010.

SANTOS, R. G; REIS-PINA, P. Referenciação Precoce para Cuidados Paliativos: O Racionamento dos Cuidados Eficientes de Saúde em Doentes Oncológicos. **Acta Med Port**; v. 32, n. 7-8, pp. 475-476, 2019.

SÃO PAULO. **Lei n. 17.292, de 13 de outubro de 2020**. Institui a Política Estadual de Cuidados Paliativos e dá outras providências. Diário Oficial - Executivo, 14/10/2020.

SCHRAMM, F. Proteger os vulnerados e não intervir onde não se deve. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 3, n 3, pp. 377-89, 2007.

SILVA, E.P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 3, pp. 504-508, 2008.

SIMONE, G.; TRIPODORO, V. **Fundamentos Del Cuidados Paliativos y Controle de Sintomas**. Buenos Aires: Pallium Latinoamerica, 2006.

SOUSA, A.T.O., *et al.* Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na Bioética. **Revista Cubana de Enfermeria**, v. 26, n. 3, pp. 117-129, 2010.

TEMEL, J. S.; *et al.* Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. **N Engl J Med.**, v. 363, n. 8, pp. 733-742, 2010.

VARGAS, M., *et al.* Mistanásia: a morte precoce, miserável e evitável como consequência da violação do direito à saúde no Brasil. *In 1º Congresso Direito e Humanos*, Barra Do Garças – MT, 22 a 25 de outubro de 2019.

VIEIRA, D. P. de C. Mistanásia - um novo instituto para um problema milenar. **Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**, v. 1, n. 2, pp. 62-65, 2011.

WANSSA, M do C. D. **Morte digna e lugar onde morrer**: Percepção de pacientes oncológicos e de seus familiares. 2012. Tese (Doutorado). Universidade do Porto, Porto, 2012.

WITTMANN-VIEIRA, R.; GOLDIM, J. R. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 3, pp. 334-339, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Who definition of Palliative care**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em 14 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative Care Cancer control**: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 05. Genève, 2007.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care**. 1a ed. Worldwide Palliative Care Alliance, 2014. Disponível: <https://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care**. 2a ed. Londres: Worldwide Palliative Care Alliance, 2020.

ZACCARA, A. A. L., *et al.* Cuidados Paliativos e Bioética: revisão sistematizada da literatura. *In III Congresso Internacional de Envelhecimento Humano*, Campina Grande – PB, 13 a 15 de junho de 2013.

## ANEXOS

Anexo I- Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONFLITOS ÉTICOS NO ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS AOS CUIDADOS PALIATIVOS: UMA ANÁLISE A PARTIR DA BIOÉTICA **Pesquisador:** MADALENA DE FARIA SAMPAIO **Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 36219920.8.0000.0020

**Instituição Proponente:** ASSOCIACAO PARANAENSE DE CULTURA  
- APC **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.293.047

#### Apresentação do Projeto:

Nos últimos anos tem havido grande apelo por parte das Sociedades e Organizações de saúde para que os cuidados paliativos sejam integrados precocemente nos cuidados dos pacientes com doenças ameaçadoras à vida, especialmente os pacientes oncológicos. Essa maior demanda ocorre em decorrência do envelhecimento populacional observado no mundo nos últimos anos, causando aumento das DCNT (doenças crônicas não transmissíveis). No entanto, percebe-se que o tempo correto para esse encaminhamento ainda é incerto, e mesmo em países onde há grande oferta de serviços, os encaminhamentos para os Cuidados Paliativos não ocorrem de maneira adequada. O encaminhamento precoce possibilita um melhor controle de sintomas durante o curso da doença, uma melhor qualidade de vida para o paciente e familiares/cuidadores, e uma abordagem integral de todas as esferas do sofrimento humano (psicológico, social, espiritual e físico). Esse trabalho tem como finalidade identificar como ocorre o encaminhamento dos pacientes à equipe de cuidados paliativos de um hospital oncológico do Norte de Paraná, com a finalidade de identificar os conflitos bioéticos relacionados à possibilidade de um padrão de encaminhamento tardio e a possível falta de equidade dos mesmos, com o intuito de sensibilizar os médicos especialistas das clínicas de origem, para a necessidade do atendimento conjunto precoce dos pacientes, de forma eticamente adequada a todos os pacientes.

Página 01 de

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar, a partir de princípios bioéticos da corrente Princípalista, os encaminhamentos aos cuidados paliativos de pacientes atendidos em um hospital oncológico do Norte do Paraná.

Objetivo Secundário:

- i. Descrever o cenário atual dos encaminhamentos dos pacientes oncológicos aos cuidados paliativos em um hospital oncológico do Norte do Paraná;
- ii. Analisar, através de revisão bibliográfica, a importância dos cuidados paliativos iniciado de forma precoce durante a evolução da doença ameaçadora a vida.
- iii. Avaliar se os princípios da beneficência e da não-maleficência estão sendo cumpridos no encaminhamento dos pacientes oncológicos aos Cuidados Paliativos.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos serão mínimos, tendo em vista que serão analisados apenas os dados dos prontuários, sem a identificação dos pacientes em análise.

Benefícios:

O benefício do trabalho é apontar possíveis falhas no encaminhamento atual para os Cuidados Paliativos, a longo prazo trazendo ganho para os pacientes oncológicos atendidos em nosso hospital, referencia na região Norte do Paraná para tratamento oncológico, com encaminhamento precoce para uma abordagem humanizada, visando melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Metodologia Proposta:

Página 02 de

O recurso metodológico desta dissertação pretende envolver duas etapas:

a) revisão integrativa para justificar a necessidade do encaminhamento precoce aos cuidados paliativos em pacientes oncológicos, relacionando com os princípios da beneficência e da não-maleficência da corrente Princípalista.

b) análise descritiva dos dados obtidos por meio de avaliação dos prontuários, objetivando descrever o quadro clínico e o momento da indicação aos cuidados paliativos.

A revisão integrativa será feita através da busca de artigos científicos nas bases de dados: PubMed, Scielo, BVS, entre os anos de 2015- 2020, utilizando os termos: Bioethics and "Palliative care" and Oncology inclusão os artigos deverão ser em inglês, espanhol ou português, trabalho com adultos. Excluídos trabalhos com crianças e outra língua que não as três citadas acima. Além disso, serão incluídos os trabalhos que respondam à

pergunta norteadora definida para a revisão integrativa, indicada do seguinte modo: "Quais são os principais conflitos éticos relacionados ao encaminhamento tardio de pacientes oncológicos aos cuidados paliativos?" Na análise dos prontuários, serão incluídos na pesquisa todos os prontuários de pacientes encaminhados para a equipe de cuidados paliativos do Hospital do Câncer de Londrina em um mês padrão (outubro) do ano de 2019, nas modalidades ambulatorial e internação hospitalar. Serão analisados os dados do prontuário e preenchido planilha de Excel com os dados pertinentes a pesquisa, como: data de entrada no serviço, diagnóstico oncológico, estadiamento da doença na entrada, tratamentos realizados, data do encaminhamento aos cuidados paliativos, bem como motivo do encaminhamento. Cuidados paliativos, bem como motivo do encaminhamento.

Desfecho Primário:

Identificar como ocorre o encaminhamento dos pacientes à equipe de cuidados paliativos de um hospital oncológico do Norte de Paraná, com a finalidade de identificar os conflitos bioéticos relacionados à possibilidade de um padrão de encaminhamento tardio e a possível falta de equidade dos mesmos, com o intuito de sensibilizar os médicos especialistas das clínicas de origem, para a necessidade do atendimento conjunto precoce dos pacientes, de forma eticamente adequada a todos os pacientes.

Página 03 de

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Ver item " Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações "

#### **Recomendações:**

Não há recomendações

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está aprovado

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê.

Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

#### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1600570.pdf	03/09/2020 22:43:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_TCLE.pdf	03/09/2020 22:42:37	MADALENA DE FARIA SAMPAIO	Aceito

Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores.pdf	03/09/2020 22:42:19	MADALENA DE FARIA SAMPAIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PDM_final_CEP.doc	03/08/2020 17:25:49	MADALENA DE FARIA SAMPAIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_HCL.pdf	03/08/2020 17:24:36	MADALENA DE FARIA SAMPAIO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	03/08/2020 17:24:17	MADALENA DE FARIA SAMPAIO	Aceito
Outros	PLANILHA_PACIENTES.docx	23/07/2020 15:45:36	MADALENA DE FARIA SAMPAIO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 22 de Setembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Ana Carla Efig**  
**(Coordenador(a))**

