

## O residente diante da finitude e o processo da tomada de decisão terapêutica: estudo qualitativo

*Residents facing finitude and the therapeutic decision-making process: a qualitative study*

*El residente frente a la finitud y el proceso de toma de decisiones terapéuticas: estudio cualitativo*

Fábio Gonçalves Ferreira<sup>1</sup> ; Cristiane Maria Amorim Costa<sup>1</sup> ; Bruna Dutra da Costa<sup>1</sup> ;  
Liana Amorim Corrêa Trotte<sup>1</sup> ; Alexandre da Silva Costa<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil; <sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil

### RESUMO

**Objetivo:** analisar, a partir do discurso do residente multidisciplinar, o processo de tomada de decisão terapêutica junto a pacientes em fim de vida em seu cenário de prática, trazendo como recurso bioético de análise a teoria por princípios de Beauchamp e Childress. **Método:** estudo qualitativo, com amostra composta por 25 residentes de três hospitais, utilizando a técnica *snow ball*. A coleta dos dados ocorreu de forma presencial e virtual no período de julho a outubro de 2022. Os dados foram tratados utilizando a análise de conteúdo temático-categorial. Os princípios éticos foram respeitados. **Resultados:** emergiram três categorias: o processo de tomada de decisão com pacientes em fim de vida; bases bioéticas utilizadas para nortear a tomada de decisão e; o mundo ideal e o mundo real do processo de tomada de decisão. **Considerações finais:** os princípios bioéticos de Beauchamp e Childress, quando utilizados, contribuem como norteador para a tomada de decisão terapêutica em fim de vida.

**Descritores:** Bioética; Equipe Interdisciplinar de Saúde; Cuidados Paliativos; Tomada de Decisão Clínica.

### ABSTRACT

**Objective:** based on multi-disciplinary residents' testimonies, to analyze the therapeutic decision-making process for end-of-life patients in their practice setting, with Beauchamp and Childress' theory of principles as bioethical resource for the analysis. **Method:** a qualitative study with a sample comprised by 25 residents from three hospitals, using the "snowball" technique. Data collection was conducted in-person and online from July to October 2022. The data were processed using thematic-categorical content analysis. All ethical principles were respected. **Results:** three categories emerged: The decision-making process for end-of-life patients; Bioethical grounds used to guide decision-making; and the ideal and real worlds in the decision-making process. **Final considerations:** when used, Beauchamp and Childress' bioethical principles contribute as a guiding beacon for end-of-life therapeutic decision-making.

**Descriptors:** Bioethics; Patient Care Team; Palliative Care; Clinical Decision-Making.

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar, a partir del discurso de residentes multidisciplinarios, el proceso de toma de decisiones terapéuticas con pacientes al final de la vida en la práctica clínica, utilizando como recurso bioético la teoría de los principios de Beauchamp y Childress. **Método:** estudio cualitativo, con una muestra de 25 residentes de tres hospitales, utilizando la técnica de bola de nieve. La recolección de datos se realizó de forma presencial y virtual de julio a octubre de 2022. Los datos se procesaron mediante análisis de contenido temático-categorial. Se respetaron los principios éticos. **Resultados:** surgieron tres categorías: el proceso de toma de decisiones con pacientes al final de la vida; las bases bioéticas utilizadas para orientar la toma de decisiones; y el mundo ideal y el mundo real del proceso de toma de decisiones. **Consideraciones finales:** los principios bioéticos de Beauchamp y Childress, cuando se utilizan, ayudan a orientar la toma de decisiones terapéuticas al final de la vida.

**Descriptores:** Bioética; Grupo de Atención al Paciente; Cuidados Paliativos; Toma de Decisiones Clínicas.

**Descriptores:** Bioética; Grupo de Atención al Paciente; Cuidados Paliativos; Toma de Decisiones Clínicas.

## INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica das últimas décadas, que ocorreu pelo avanço tecnológico dos métodos diagnósticos que, consequentemente, impactou no avanço do tratamento de doenças e no acesso aos serviços de saúde, bem como a transição demográfica vivenciada por diversos fenômenos sociais, como redução da taxa de natalidade e aumento da longevidade, influenciaram no aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e na demanda por cuidados em saúde que envolvem a tomada de decisão de forma multidisciplinar e compartilhada entre equipe, família e paciente<sup>1</sup>.

Artigo derivado da Dissertação de Mestrado "*Decisões terapêuticas com pacientes em fim de vida: a visão do residente*", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense (2023).

Autor correspondente: Fábio Gonçalves Ferreira. E-mail: [fabioferreira@hucff.ufrj.br](mailto:fabioferreira@hucff.ufrj.br)

Editora Científica: Thelma Spíndola; Editora Associada: Renata Flavia Abreu da Silva

As doenças crônicas não transmissíveis se apresentam, atualmente, como as de maior incidência de morbidade e mortalidade, resultando em um importante problema de saúde pública que necessita ser enfrentado com políticas de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, bem como no acompanhamento de qualidade dos indivíduos que sofrem com longos processos de adoecimento e cronicidade até seu desfecho final<sup>2</sup>.

Todas essas questões apontam para um cenário epidemiológico que anuncia grandes desafios para a assistência em saúde, com necessidade de estruturação e adequação do sistema de saúde para atendimento desta demanda emergente, personalização e adequação dos cuidados centrados nas reais necessidades dos indivíduos, além de formação e atualização dos profissionais que já atuam nos serviços.

Nessa perspectiva, há a necessidade de mudança do paradigma hospitalocêntrico e curativista no qual estamos organizados, para um cuidado compassivo e de conforto, centrado no paciente, visto que em muitos casos a cura ou controle da enfermidade em questão já não é mais possível<sup>3</sup>.

Os cuidados paliativos apresentam-se como um possível caminho para essa mudança de paradigma, pois preserva o respeito a autonomia do paciente, o controle adequado dos seus sintomas, a busca pela qualidade de vida sem prolongamento do morrer, e possibilita estratégias para aumentar a eficiência na melhoria da experiência dos pacientes e suas famílias neste enfrentamento do processo de adoecimento até seu desfecho final<sup>4</sup>.

Entretanto, a despeito da possibilidade de implementação precoce, desde o diagnóstico, dos cuidados paliativos já vivenciada e sedimentada em outros países, no Brasil temos uma abrangência ainda incipiente desta modalidade de cuidados, e a abordagem a esses pacientes e suas famílias têm se dado de forma lenta e heterogênea no território nacional<sup>5</sup>.

Estudos evidenciam a importância de uma abordagem integrada, multiprofissional e centrada no indivíduo em cuidados paliativos, destacando a promoção da tomada de decisões compartilhadas como fundamentais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, reduzindo o sofrimento e otimizando a utilização dos recursos do sistema de saúde<sup>5-9</sup>. Adiciona-se a necessidade de estudos que auxiliem na formação do futuro profissional que participará no processo de implementação dos cuidados paliativos junto ao paciente e seus familiares<sup>6</sup>.

Nesse contexto, a formação profissional, desde a graduação e, posteriormente, na residência, desempenha um papel crucial, pois é nesse período que os futuros especialistas desenvolvem habilidades e atitudes essenciais para a prática clínica.

Integrar ensinamentos sobre cuidados paliativos e decisão compartilhada na equipe multiprofissional que atuará junto ao paciente e seus familiares pode contribuir para o desenvolvimento da capacidade técnica dos residentes e promover uma abordagem alinhada às necessidades e preferências dos pacientes<sup>10</sup>. Portanto, a investigação sobre essas práticas na perspectiva dos residentes é vital para promover uma prática clínica que respeite a autonomia do paciente e melhore os desfechos gerais da assistência.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar, a partir do discurso do residente multidisciplinar, o processo de tomada de decisão terapêutica junto a pacientes em fim de vida em seu cenário de prática, trazendo como recurso bioético de análise a teoria por princípios de Beauchamp e Childress<sup>11</sup>.

## REFERENCIAL TEÓRICO

A teoria por princípios de Beauchamp e Childress, proposta no final da década de 1970, fornece uma estrutura bioética amplamente utilizada na prática médica e na pesquisa em saúde. Esta abordagem é baseada em quatro princípios fundamentais que guiam a tomada de decisões éticas e a prática clínica: respeito à autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Cada princípio desempenha um papel crucial na proteção dos direitos dos pacientes e na promoção de práticas justas e equitativas na saúde<sup>11</sup>.

O princípio da autonomia destaca a importância de respeitar a capacidade dos pacientes de tomar decisões informadas sobre seu próprio tratamento. Isso implica em garantir que os pacientes tenham acesso a todas as informações necessárias e sejam capazes de compreender as opções disponíveis. A autonomia enfatiza a necessidade de consentimento informado e a importância de respeitar as escolhas pessoais dos pacientes, mesmo que essas escolhas não coincidam com as recomendações médicas<sup>11</sup>.

A beneficência, por outro lado, foca na obrigação moral de promover o bem-estar dos pacientes e maximizar os benefícios do tratamento. Este princípio exige que os profissionais de saúde ajam de maneira a promover a saúde e a qualidade de vida dos pacientes, levando em consideração suas necessidades e preferências individuais. A beneficência está diretamente relacionada ao compromisso com a eficácia e a segurança das intervenções médicas<sup>12</sup>.

O princípio da não-maleficência complementa a beneficência ao exigir que os profissionais evitem causar danos aos pacientes. Este princípio orienta a prática clínica para prevenir e minimizar os riscos associados ao tratamento. Além

disso, destaca a importância de avaliar os potenciais efeitos adversos das intervenções e garantir que os benefícios superem os riscos<sup>11,12</sup>.

Finalmente, o princípio da justiça aborda a distribuição equitativa dos recursos e a necessidade de tratar todos os pacientes com imparcialidade e equidade. Esse princípio requer que os profissionais de saúde e os sistemas de saúde assegurem que os recursos sejam alocados de maneira justa e que todos os pacientes tenham acesso equânime ao tratamento e aos cuidados necessários. A justiça também abrange a consideração das desigualdades sociais e econômicas que podem impactar a equidade no acesso à saúde<sup>11</sup>.

Esses quatro princípios não são hierarquizados, sendo considerados *prima facie*, e, portanto, interagindo entre si, exigindo uma avaliação cuidadosa e equilibrada nas decisões éticas e práticas na saúde. Deste modo a teoria por princípios de Beauchamp e Childress fornece uma base sólida para a análise ética e para a implementação de práticas que respeitem os direitos dos pacientes e promovam uma assistência justa e eficaz<sup>11</sup>.

## MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, seguindo as recomendações de qualidade e transparência da pesquisa em saúde *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups (COREQ)*<sup>13</sup>.

Os participantes foram selecionados utilizando a técnica *snow ball*. Optou-se por essa técnica uma vez que a população é específica, não se tinha uma precisão prévia sobre seu tamanho e buscava-se uma generalização dos dados a partir de diferentes programas de residência, sendo esta técnica uma alternativa indicada considerando essas especificidades<sup>14</sup>.

A amostra foi composta por profissionais que participavam dos programas de residência multiprofissional de três hospitais localizados no estado do Rio de Janeiro. Os critérios de elegibilidade foram: residentes do programa multiprofissional e residência médica, a partir do segundo ano de curso, e que contemplassem unidades de internação não intensivas com assistência a pacientes em fim de vida.

O grupo foi iniciado pelo contato semente, ou seja, as primeiras pessoas selecionadas para a pesquisa e, no caso desta, sendo considerados os residentes de segundo ano presentes no ambiente de trabalho do pesquisador principal, podendo ser, posteriormente, selecionados residentes de segundo ano de qualquer outra residência multiprofissional ou médica do Brasil. A semente selecionada como primeira participante aceitou participar da pesquisa e indicou o segundo participante. A partir de então, todos os participantes foram indicados por seus antecessores, sendo o primeiro contato para participação realizado pelo entrevistado anterior que, após autorização, compartilhava o contato do indicado para o pesquisador responsável. Com as indicações, 25 residentes foram convidados para o estudo, não havendo recusa ou desistência.

Antes de iniciar a entrevista com os participantes do estudo, foi realizado um teste-piloto com a finalidade de verificar se o roteiro da entrevista não induzia a resposta do participante e alcançava o objetivo do estudo. Após os ajustes necessários, o roteiro foi composto por três partes: caracterização dos participantes; experiência profissional anterior e; ênfase nos cuidados no fim da vida, as decisões terapêuticas tomadas pela equipe multiprofissional, bem como as nuances éticas e bioéticas envolvidas.

Foram exploradas as seguintes perguntas por meio do roteiro de entrevista: Na sua graduação como foi trabalhada a temática da morte e do morrer? Como foi abordada a temática dos cuidados com pacientes no fim da vida? Em quais disciplinas? Com suas palavras defina o processo de tomada de decisão com pacientes em cuidados na terminalidade da vida. Durante a residência você recebeu conteúdo teórico sobre bioética e fim de vida? Durante a residência até o presente momento você já participou da discussão sobre condutas terapêuticas com pacientes em fim de vida? Como você descreveria sua participação no processo de tomada de decisão? E dos demais residentes? E dos profissionais do setor? Você identificou algum princípio ético/bioético nos quais foram baseadas as decisões? Você conseguiu reconhecer ou foi explicitamente citado? Quais foram esses princípios na sua opinião? Como você descreveria a participação do paciente e/ou a família neste processo de tomada de decisão? Na sua visão de residente, no cenário de prática da internação clínica, quem toma a decisão final sobre as condutas terapêuticas de fim de vida? Você concorda com esta dinâmica? Por quê? Na sua opinião estas decisões são mantidas e acatadas por todos os profissionais da saúde que pertencem àquela unidade? Por quê? Num mundo hipotético ideal, como, na sua percepção, deveriam ser tomadas as decisões terapêuticas de fim de vida?

A coleta dos dados ocorreu no entre 20 de julho e 25 de outubro de 2022, de forma presencial e virtual. Na modalidade virtual, utilizou-se as plataformas Zoom® e Google Meet® para os participantes que solicitaram esta forma de abordagem. As entrevistas individuais, nas modalidades presenciais e virtuais, foram conduzidas pelo pesquisador principal, enfermeiro, mestre em bioética e ética, sendo gravadas por um equipamento digital e duraram, em média,

20 minutos nas duas modalidades. Posteriormente, as falas foram transcritas na íntegra pelo pesquisador principal e conferidas por um segundo pesquisador, não ocorrendo a devolução para correção pelos participantes.

Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temático-Categorial possibilitando a exploração do material, o tratamento dos resultados e a interpretação. A análise temático-categorial se divide em três etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). Na etapa de pré-análise foram realizadas algumas operações preparatórias antes da análise propriamente dita dos dados. Nesta etapa as entrevistas foram transcritas e exaustivamente analisadas através de técnica de leitura flutuante, bem como, a formulação das hipóteses (provisórias) alinhada aos objetivos deste estudo<sup>15</sup>.

Durante a etapa de codificação, foi realizada a transformação sistemática dos dados brutos em unidades de registro (UR), unidades de significação, subcategorias e, por fim, categorias. As unidades de registro são uma segmentação ou recorte, a partir da qual se faz a segmentação do conjunto do texto para análise. As unidades de significação referem-se aos segmentos de texto que permitem compreender a significação das unidades de registro, recolocando-as no seu contexto, tratando-se sempre de uma unidade maior do que a UR. As subcategorias são classes que reúnem um conjunto de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado segundo os caracteres comuns destes elementos. As subcategorias são agrupadas em categorias, que considera a totalidade do texto na análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido<sup>15</sup>.

Para o tratamento e interpretação dos resultados foi realizada a transformação sistemática dos dados brutos em unidades de registro e unidades de sentido. A partir da etapa de tratamento dos resultados, foram realizadas inferências sobre o conteúdo e interpretação das falas a partir das categorias criadas para realizar a quantificação de forma que seja possível apresentar os dados finais através da comparação com o referencial teórico e a discussão dos achados.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente. Respeitou-se os princípios éticos que regem as pesquisas com seres humanos. Os participantes foram identificados pela letra R seguida de números consecutivos conforme sequência da entrevista. Destaca-se que os participantes assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Autorização de uso de depoimento na modalidade presencial e virtual.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 25 residentes sendo sete enfermeiros, três fonoaudiólogos, três assistentes sociais, dois fisioterapeutas, dois nutricionistas, dois terapeutas ocupacionais, três psicólogos e três médicos. Quanto ao sexo declarado houve predomínio do sexo feminino com 19 participantes.

Os entrevistados possuem menos de cinco anos de formados, estando ainda em fase de aperfeiçoamento profissional. No entanto, 14 participantes referem ter outras qualificações anteriores ou concomitantes com a residência: três informaram possuir outras graduações anteriores, 13 ter cursado ou estar em fase de conclusão de pós-graduações na modalidade *latu sensu* e um na modalidade *strictu sensu*, no grau de mestrado.

Neste estudo, os dados brutos foram transformados em 694 unidades de registro que foram agregadas em 39 unidades de sentido permitindo, posteriormente, descrever com mais exatidão as características do conteúdo apresentado no texto e a formulação de treze subcategorias. Ao final da estruturação da análise por meio do agrupamento das subcategorias de análise chegou-se a três categorias.

A partir dessa análise emergiram três categorias que serão discutidas a seguir: O processo de tomada de decisão com pacientes em fim de vida; Bases bioéticas utilizadas para nortear a tomada de decisão e; O mundo ideal e o mundo real do processo de tomada de decisão.

### O processo de tomada de decisão com pacientes em fim de vida

Esta categoria abarca 262 Unidades de Registro (UR) e cinco subcategorias, apresentadas na Figura 1, que discorrem sobre a percepção dos residentes quanto ao protagonismo do profissional médico no processo de tomada de decisão com pacientes em fim de vida.

Temas/Unidades de Significação	UR (n)	UR (%)	Subcategorias	Categoria
Legalmente e socialmente quem é o tomador de decisão final na visão do residente?	37	100	Centralização da tomada de decisão	<b>Processo de tomada de decisão com pacientes em fim de vida</b>
Falta de autonomia do residente para sugerir condutas	45	62,5	Dificuldade dos residentes na participação do processo de tomada de decisão	
Falta de acolhimento de sugestões pela equipe médica	27	37,5		
Tomada de decisão de forma multidisciplinar	32	100	Tomada de decisão de forma multidisciplinar	
Tomada de decisão compartilhada	66	75,9	Tomada de decisão de forma compartilhada com paciente e familiares	
Ausência de tomada de decisão compartilhada	21	24,1		
Paciente não querendo participar da tomada de decisão	4	11,8	Outros desafios relacionados à tomada de decisão	
Participação dos profissionais do setor no processo de tomada de decisão	19	55,9		
Associação de cuidados paliativos a fim de vida	5	14,7		
Terceirização da tomada de decisão (deixar que a família decida a parte técnica “cardápio terapêutico”)	6	17,6		

**Legenda:** UR – Unidade de registro

**Figura 1:** Construção das categorias analíticas: processo de tomada de decisão com pacientes em fim de vida. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2024.

Esse protagonismo não se apresenta somente na forma de liderança e articulação dos diversos saberes da equipe interdisciplinar, mas principalmente na centralização da tomada de decisões. Este desnivelamento hierárquico nas relações de poder da equipe causam um notório descontentamento por parte dos residentes como podemos notar nas falas a seguir:

*[...] infelizmente se sobressai, não acho que é certo, mas a equipe médica com certeza se sobressai na decisão[...]* (R4)

*[...] na teoria seria uma equipe multi para tomar decisões paliativas, mas o que eu vejo mais é o médico vindo e evoluindo, chamando a família e informando o que vai acontecer[...]* (R5)

*[...] sempre quem toma a decisão final é a equipe médica. Tudo tem que passar pelo aval da equipe médica[...]* (R6)

### Bases bioéticas utilizadas para nortear a tomada de decisão

Esta categoria abarca 170 UR e 04 subcategorias que explora o conhecimento dos residentes das bases bioéticas como subsídios para os cuidados paliativos (Figura 2).

Temas/Unidades de Significação	UR (n)	UR (%)	Subcategorias	Categoria
Respeito a autonomia do paciente	77	63	O respeito à autonomia: um princípio em construção	<b>Bases bioéticas utilizadas para nortear a tomada de decisão</b>
Heteronomia do paciente em casos de impossibilidade de decisão	13	10		
Impossibilidade clínica de atender ao desejo do paciente	4	3		
Utilização da ética/bioética na tomada de decisão	30	24	A não-maleficência no combate a distanásia	
Dificuldade de tomada de decisão com pacientes não oncológicos	5	38,5		
Alimentação como forma de cuidado ou de abandono (ausência de dieta)	8	61,5	A beneficência como imperativo moral das categorias da saúde	
Conflito/sofrimento moral na tomada de decisão	8	40		
Personalização da rotina institucional de forma individualizada para pacientes em fim de vida	12	60		
Existência de uma equipe de cuidados paliativos	13	100	A complexa incorporação da justiça na tomada de decisão	

**Legenda:** UR – Unidade de registro

**Figura 2:** Construção das categorias analíticas: bases bioéticas utilizadas para nortear a tomada de decisão. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2024.

A tomada de decisão com pacientes em fim de vida pode gerar conflitos morais e éticos para os profissionais de saúde nela envolvidos. Para que estes conflitos possam ser gerenciados de maneira adequada é importante que se utilize um recurso ou ferramenta bioética para dirimi-los ou mesmo atenuá-los.

As falas expressaram um certo desconhecimento dos princípios bioéticos e uma dificuldade na sua aplicabilidade prática na tomada de decisão com pacientes no fim da vida, no entanto deixam claro que o respeito a autonomia é visto como um princípio de suma importância:

*[...] eu sempre tenho que respeitar a vontade do paciente [...] como falei também, se o paciente está lúcido, orientado, ele tem que estar presente, ele tem que se decidir por ele, aí o acompanhante acho que tem que dar apoio, devido a questão do paciente seja qual ela for. (R1)*

*[...] a aula de bioética foi uma aula que me prendeu muito, me fez refletir sobre essas questões da morte e principalmente a que mais me chamou a atenção nas aulas foi entender que o processo da morte também pode ser uma decisão do paciente [...]. (R3)*

*[...] ele (paciente) quer saber sobre o que está acontecendo, até de diagnóstico, às vezes a família fala para não falar [...]. (R4)*

*[...] em relação aos cuidados de fim de vida eu me lembro do professor comentar mais em relação a decisão por exemplo de não realizar medidas invasivas, não fazer ressuscitação, que isso tem que ser conversado com a família, registrado em prontuário. Eu acho que mais para resguardar o profissional da saúde em relação a posicionamentos e problemas em seguida. (R12)*

### O mundo ideal e o mundo real do processo de tomada de decisão

Esta categoria abarca 265 UR e 04 subcategorias, que apontam questões relacionadas a importância do trabalho em conjunto e da abordagem interdisciplinar na assistência ao paciente (Figura 3).

Temas/Unidades de Significação	Nº UR	% UR	Subcategorias	Categoria
Atuação multidisciplinar vista como ideal de cuidado	43	50.6		
Comunicação como fator importante do cuidado	17	20		
Ajuste da linguagem para alcançar o entendimento de paciente e família	7	8.2		
Presença de preceptor como forma de otimizar o aprendizado do residente	4	4.7	O processo de tomada de decisão ideal na visão do residente	
Direito do paciente a informação	9	10.6		
Início precoce dos cuidados paliativos	5	5.9		
Heteronomia do paciente e casos de impossibilidade de decisão	13	14.1		
Erros de conduta por falha de comunicação	14	15.2		
Relacionamento interpessoal ruim entre categorias diferentes dificultando condutas terapêuticas	7	7.6		
Morte como assunto tabu	7	7.6		
Modelo curativista	22	24.2	A realidade do processo de tomada de decisão na visão do residente	<b>O mundo ideal e o mundo real do processo de tomada de decisão</b>
Falta de habilidade de comunicação para abordar paciente e família	13	14.1		
Questionamento de decisões por parte da equipe	11	11.9		
Quantidade insuficiente de profissionais	2	2.1		
Round feito em enfermaria coletiva (quebra da confidencialidade das informações)	3	3.2		
Contato com a temática sobre morte e morrer na graduação	25	44.6		
Contato com a temática sobre cuidados com pacientes no fim da vida na graduação	26	46.4		
Contato com a temática sobre cuidados com pacientes no fim da vida na residência	3	5.3	Fragilidades no ensino sobre manejo com pacientes em fim de vida na graduação e na residência	
Mudança de perspectiva sobre decisões a partir do contato com conteúdo teórico sobre bioética	2	3.7		
Presença de conteúdo sobre bioética na residência	32	100	A escassez do ensino da bioética na residência multiprofissional da área da saúde	

**Legenda:** UR – Unidade de registro

**Figura 3:** Construção das categorias analíticas: o mundo ideal e o mundo real do processo de tomada de decisão. Rio de Janeiro, 2024.

Há o destaque da necessidade de discutir em equipe multidisciplinar as decisões sobre o tratamento do paciente, a comunicação, o direito do paciente a informação e encaminhamento precoce dos pacientes com doenças avançadas e irreversíveis aos serviços de cuidados paliativos institucionais, quebra do paradigma curativista hospitalocêntrico a

despite the advance in knowledge about palliative care, the approach to finitude of life in academic teaching is presented as an ideal form for decision-making with patients at the end of life:

*[...] Eu acho que deveriam ser tomadas em conjunto até porque a clínica do paciente é complexa. Não é só a enfermagem que está ali no cuidado assistencial, existem outras categorias, outros olhares e outras abordagens. (R23)*

*[...] Acredito que existe um problema aí que é a falta de comunicação que é a situação mais grave aqui dentro hospital. Eu consigo enxergar isso. E a falta de comunicação não leva à discussão de casos [...]. (R03)*

*[...] Eu sei que não é uma coisa protocolar, mas ensinar algumas técnicas de dar más notícias. Sei que tem os protocolos e tal. Mas enfim, para a gente já ter um norte (R08)*

*[...] A gente pode até administrar como essa notícia vai ser dada, em que momento, com que auxílio, mas negar a informação de saúde do usuário sem que ele tenha solicitado eu acho algo muito complicado (R06)*

*[...] mesmo o paciente portador de uma doença crônica, que a gente sabe que o desfecho não vai ser a cura, a gente vai adiando e não encaminha para os cuidados paliativos (R16)*

*[...] Os outros residentes também, não vejo eles falando sobre isso. Não vejo mesmo. Acho que o desconforto deles também é grande de falar sobre cuidados paliativos, não vejo eles falando sobre isso. (R15)*

*[...] Estava tentando aumentar a vida, mas não a qualidade de vida, só o tempo. Era muito nesse sentido assim. (R04)*

*[...] Não foi trabalhada essa temática, por ser uma profissão generalista ele abarca diversas políticas sociais, a gente pode atuar em diversos campos e a saúde é um dos principais, mas quando a gente vai participar mesmo das disciplinas específicas acaba abordando mais a questão da legislação do SUS, não se aprofunda muito na prática com relação a finitude e não aborda essa temática (R06)*

## DISCUSSÃO

Quanto à caracterização da amostra, os participantes deste estudo se destacam por suas qualificações, embora tenham concluído a graduação poucos anos anteriores ao ingresso no programa de residência. As qualificações apresentadas demonstram o alto grau de investimento nos anos iniciais da carreira para uma melhor complementação da formação e ampliação do campo de atuação.

O processo de tomada de decisão com pacientes em fim de vida foi a primeira categoria analisada a partir das falas dos participantes. No escopo do processo de tomada de decisão com pacientes em fim de vida é importante salientar a singularidade deste momento para todos os envolvidos (pacientes, familiares e equipe multiprofissional). De um lado se apresenta o paciente, com toda sua trajetória e, uma família que deseja a perpetuação da vida deste paciente<sup>16</sup>. Do outro lado, a figura do médico e da equipe multidisciplinar que em suas mãos tem a difícil missão de ajudar a conduzir este processo de terminalidade da melhor forma possível sem que isso gere a quebra de paradigmas éticos ou mesmo uma judicialização por parte desta família.

As falas revelam que, atualmente, em contraposição a todo o desenvolvimento das categorias profissionais da área da saúde, a categoria médica ainda detém sobre si não só a responsabilidade, mas também o dever moral e social de decidir o desfecho na maioria dos casos de pacientes em terminalidade da vida. Nesta perspectiva precisa-se fomentar como modificar esta situação, visto que, vários estudos apontam para a importância e o padrão ouro da interdisciplinaridade no cuidado e manejo com pacientes em fim de vida e suas famílias<sup>12,17,18</sup>.

Por outro lado, o fato de a interdisciplinaridade ainda não ser uma realidade, afeta diretamente o desfecho das decisões tomadas pela categoria médica, visto que, estas decisões podem configurar-se como paternalismo forte<sup>11,19</sup>. Isto é, uma tomada de decisão, por parte do profissional da saúde, visando em princípio o bem do paciente, mas ignorando por completo seus valores, desejos e sua competência em tomar decisões relacionadas ao seu próprio caso.

Esta centralização do poder de decisão na categoria médica, sendo estes preceptores (staffs) ou mesmo os próprios residentes de medicina, pode estar associada à cultura biotecnocientífica, curativista e hospitalocêntrica na qual é baseada a formação na área da saúde. Nesta perspectiva, há falta de preparo dos médicos em lidar com pacientes em fim de vida bem como a implementação, de medidas terapêuticas obstinadas, por estes profissionais, para manter a vida a qualquer custo<sup>16</sup>.

Uma revisão de escopo com 40 estudos incluídos mapeou as evidências sobre como equipes multidisciplinares tomam decisões sobre a identificação de pacientes em estado iminente de morte e identificou que a tomada de decisão incluía desacordos entre os membros da equipe e o fato de os médicos serem frequentemente considerados os tomadores de decisão finais ou únicos<sup>18</sup>. Portanto, não fica claro como as experiências dos médicos individuais podem ser impactadas pela discussão com outros profissionais durante reuniões de equipe. Nesta perspectiva percebe-se que a centralização das decisões na equipe médica é algo real, que está presente nos campos de atuação multidisciplinar e que afeta os desfechos com pacientes em fim de vida.

Quanto as bases bioéticas utilizadas para nortear a tomada de decisão com pacientes em fim de vida, estas podem gerar conflitos morais e éticos para os profissionais de saúde nela envolvidos. Para que estes conflitos possam ser gerenciados de maneira adequada é importante que se utilize um recurso ou ferramenta bioética como diretriz. Os discursos expressam um certo desconhecimento dos princípios bioéticos e uma dificuldade na sua aplicabilidade prática na tomada de decisão com pacientes no fim da vida.

O estudo de Motta e colaboradores traz em sua discussão um resumo de alguns métodos de tomada de decisão em bioética clínica. Recomenda-se uma minuciosa análise do caso clínico em questão para então aplicar-se o método bioético de tomada de decisão composto por sete etapas (identificação do problema; análise dos fatos: quanto mais claros estiverem, mais fácil será a análise ética; identificação dos valores implicados, identificação dos valores em conflito, reformulação do problema; identificação do conflito fundamental; deliberação sobre o conflito fundamental; tomada de decisão; critérios de segurança [defendê-la publicamente e verificar se a decisão é antijurídica])<sup>20</sup>. Esta proposta prevê uma interação dos princípios bioéticos de Beauchamp e Childress, podendo ser utilizado como norteador para tomada de decisão.

Um estudo que teve por objetivo identificar os fatores que influenciam a tomada de decisões de profissionais de saúde diante de pacientes em cuidados de fim de vida evidenciou a preocupação da equipe em respeitar a autonomia dos pacientes, em proteger a dignidade, em agir com não-maleficência e em preservar a decisão compartilhada. No entanto, os resultados demonstram a necessidade de mais discussões e formação em cuidados paliativos para minimizar conflitos éticos<sup>16</sup>.

Os profissionais de saúde que atuam com pacientes em fim de vida devem utilizar a bioética na tomada de decisões, respeitando a autonomia dos pacientes. Devem fornecer informações e perspectivas necessárias para que os pacientes possam tomar decisões informadas sobre o futuro de seu tratamento e melhoria da qualidade de vida. Além disso, esses profissionais devem evitar causar danos desnecessários aos pacientes, prevenindo assim grande sofrimento durante o tratamento.

A reflexão, com base bioética, sobre decisões terapêuticas exige algo além do princípio de não-maleficência, pois os profissionais devem tomar medidas positivas para auxiliar seus pacientes e família, e não apenas abster-se de atos prejudiciais. Portanto, agir de forma a beneficiar o paciente durante a ação profissional torna-se uma obrigação moral a ser perseguida e não somente um ideal moral facultativo<sup>11</sup>.

Como no caso da não-maleficência podemos inferir que para alcançar o bem total do paciente um processo de comunicação, argumentação e captação dos valores e princípios desse paciente em questão precisam estar presentes para que as decisões a serem tomadas e as condutas a serem implementadas possam alcançar o máximo de benefício possível dentro do caso em questão levando-se em consideração as limitações técnicas e estruturais da instituição na qual o paciente estiver alocado.

Quanto a categoria o mundo ideal e o mundo real do processo de tomada de decisão, numa primeira visão os residentes apontam que a atuação multidisciplinar e a tomada de decisão de forma compartilhada se apresentam como formas ótimas para a tomada de decisões com pacientes no fim da vida, por outro lado, a comunicação ineficaz se destaca como fator interveniente no processo de tomada de decisão.

O processo de comunicação é de suma importância nos serviços de saúde pois permite não só a troca de informações entre os diversos membros da equipe como também facilitam as ações e tomadas de decisão frente aos pacientes e familiares. Não por acaso a melhoria da comunicação é uma das metas nacionais de segurança do paciente perseguida na atualidade e que com certeza tem muito a melhorar<sup>21</sup>.

No contexto de manejo com pacientes no fim da vida a comunicação de notícias difíceis que irão modificar totalmente as perspectivas futuras dos pacientes e seus familiares está presente em grande parte das vezes. Contudo, no processo comunicacional a omissão de informações cruciais pode levar paciente e familiares a atrasarem decisões importantes ou mesmo deixarem de tomá-las por não saberem exatamente sobre a evolução da doença e o quadro clínico atual do paciente.

Nessa relação do manejo com pacientes no fim da vida e seus familiares a questão comunicacional pode estar diretamente relacionada com os princípios bioéticos de Beauchamp e Childress<sup>11</sup> ferindo o respeito a autonomia e o seu direito a informação ao limitar as informações para uma decisão melhor orientada, ou mesmo o princípio da não-maleficência pois numa tentativa de diminuir o sofrimento do paciente com a omissão de determinadas informações pode-se causar dano com uma não tomada de decisão por falta de informações adequadas.

Outra percepção que se destaca são as falas que relataram sobre o encaminhamento precoce dos pacientes com doenças avançadas e irreversíveis aos serviços de cuidados paliativos institucionais. Importante frisar que este encaminhamento não se trata somente de uma transferência de cuidados entre uma equipe curativa e outra paliativa,

pois, o encaminhamento precoce se faz fundamental para o planejamento de tratamento, visando menor sofrimento do paciente e de seus familiares<sup>8,22,23</sup>.

Com esse mesmo entendimento, a *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA) em parceria com a Organização Mundial de Saúde lançaram a primeira versão do Atlas Global de Cuidados Paliativos no Final da Vida ressaltando que o encaminhamento deve ser precoce, bem antes da fase terminal, e abranger uma ampla gama de condições crônicas em todo o mundo<sup>24</sup>.

Outro ponto importante para um 'mundo ideal' é a quebra de paradigma que se concentra no modelo curativista no qual ainda é baseada a assistência em saúde, pouco adaptado às questões relacionadas a pacientes em fim de vida. O atendimento em cuidados paliativos deve ser realizado por uma equipe multi e interdisciplinar de maneira humanizada e personalizada. O seu foco não é a cura da doença, mas sim, o cuidado da pessoa de forma integral<sup>25</sup>.

Um estudo de revisão identificou que os profissionais procuram atuar com base nos princípios bioéticos, contudo, embora orientados por um princípio comum, se faz presente a dificuldade em promover tais ações devido a uma formação essencialmente curativista, além de uma variedade de ações e visões pessoais que podem influenciar nas tomadas de decisões<sup>26</sup>.

As falas revelam que os princípios bioéticos não são abordados, ou são abordados superficialmente, durante o processo de formação do profissional, dificultando sua aplicação para uma decisão terapêutica assertiva e ética. No Brasil, recentemente foi promulgada a Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024 que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS tendo por um dos objetivos estimular a formação, a educação continuada, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em cuidados paliativos no âmbito do SUS, além de estimular a formação e educação continuada de profissionais<sup>27</sup>.

Para um cuidado interdisciplinar de qualidade entende-se que os princípios bioéticos precisam fazer parte do cotidiano dos profissionais da saúde como norteador para tomada de decisão e, para isso, a inserção ou otimização deste conhecimento nos cursos de graduação, residências multiprofissionais e como parte da educação continuada para os profissionais que já atuam na área é de suma importância.

Os princípios bioéticos de Beauchamp e Childress fornecem uma base ética para a implementação de uma prática que respeitem os direitos dos pacientes e promovam uma assistência digna em fim de vida<sup>11,26</sup>. Contudo, as falas dos residentes revelam um conhecimento superficial resultando em uma atuação limitada junto aos pacientes em fim de vida.

Portanto, a utilização dos resultados deste estudo contribuirá para a ampliação do conhecimento nesta área temática bem como para pesquisas futuras. Na área do ensino acadêmico, a pesquisa contribuirá fornecendo uma reflexão acerca do treinamento em serviço dos alunos das residências multiprofissionais e médicas sobre os cuidados com pacientes na terminalidade da vida, com possibilidade de suscitar melhoria na articulação acadêmica sobre a temática e a otimização da grade curricular destes importantes programas de pós-graduação em serviço.

### Limitações do estudo

Este estudo foi realizado com alunos de três programas de residência de um dos estados brasileiros e a generalização dos dados não é possível segundo o método científico exigindo, assim, mais estudos nesta temática para a confirmação ou refutação desses dados.

O manejo com pacientes em fim de vida exige grande interação entre os profissionais da equipe multidisciplinar, pacientes e familiares, com grande carga emocional envolvida, que pode gerar conflitos de entendimento, discordância em condutas e a geração da judicialização da saúde.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou uma análise a partir das falas dos residentes sobre o processo de tomada de decisão terapêutica junto a pacientes em fim de vida à luz da bioética por princípios de Beauchamp e Childress. Percebe-se que essa reflexão se faz necessária desde o processo de formação e especialização profissional e, o modelo proposto por Beauchamp e Childress contribui como norteador para o processo de tomada de decisão terapêutica junto a pacientes em fim de vida.

As falas revelam que, embora o cuidado ao paciente em fim de vida deva ser multidisciplinar, o processo de tomada de decisão terapêutica é centrado no profissional médico. Ademais, revelam um conhecimento superficial dos princípios bioéticos, o que pode gerar conflitos morais e éticos para os profissionais de saúde envolvidos.

Para que estes conflitos possam ser gerenciados de maneira adequada é importante discutir em equipe as decisões sobre o tratamento do paciente, melhorar a comunicação entre os profissionais, pacientes e familiares, respeitar os princípios bioéticos e proceder com o encaminhamento precoce dos pacientes com doenças avançadas e irreversíveis aos cuidados

paliativos. Para isto, se faz necessário avançar em uma quebra do paradigma curativista hospitalocêntrico desde a formação acadêmica, se apresentando como uma forma ideal para a tomada de decisões com pacientes em fim da vida.

## REFERÊNCIAS

1. Szwarcwald CL, Stopa SR, Malta DC. Status of the main noncommunicable diseases and lifestyles in the Brazilian population: Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. *Cad Saúde Pública*. 2022 [cited 2024 Nov 25]; 38(suppl 1):PT276021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT276021>.
2. Coelho ACR, Leite MV, Carneiro KFP, Mendonça JRB, Mesquita LKM, Vasconcelos TBD. Os principais desafios das políticas públicas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em municípios do Nordeste brasileiro. *Cad saúde colet*. 2023 [cited 2024 Nov 25]; 31(2):e31020095. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020095>.
3. Corgozinho MM, Barbosa LO, Araújo IPD, Araújo GTFD. Pain and suffering from the perspective of patient-centered care. *Rev Bioét*. 2020 [cited 2024 Nov 20]; 28(2):249–56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282386>.
4. Hirla VS de A, Silva CM, Cunha SWS, Silva TRM, Morais CAC, Bezerra SMMS. Assistência de enfermagem na terapêutica paliativa direcionada ao controle de sintomas. *Nursing (São Paulo)*. 2021 [cited 2024 Nov 25]; 24(278):5932–47. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i278p5932-5947>.
5. Pereira MBDSF, Mendonça MA. The value of early palliative care implementation on oncologic treatment: an integrative review. *REASE*. 2023 [cited 2024 Nov 25]; 9(5):981–93. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i5.9663>.
6. Trotte LAC, Costa CCT, Andrade PCS, Mesquita MGR, Paes GO, Gomes AMT. Death and dying process and palliative care: a necessary claim for nursing undergraduation. *Rev enferm UERJ*. 2023 [cited 2024 Nov 25]; 31:e67883. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.67883>.
7. Molin A, Lanferdini IIZ, Vanini S, Ebel A, Picinin D. Palliative Care in hospital care: The multiprofessional team's perception. *BJHR*. 2021 [cited 2024 Nov 25]; 4(1):1962–76. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-159>.
8. Barbosa APDM, Santo FHE, Hipólito RL, Silveira IA, Silva RC. Vivências do CTI: visão da equipe multiprofissional frente ao paciente em cuidados paliativos. *Enferm Foco*. 2021 [cited 2024 Nov 25]; 11(4):161-6. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n4.2990>.
9. Leão IS, Lopes FWR. Atuação multiprofissional em cuidados paliativos: limites e possibilidades. *Revista Saúde & Ciência Online*. 2020 [cited 2024 Nov 25]; 9(3):64–82. Available from: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/464>.
10. Lupi JB, Almeida MHM, Kojima HJ, Batista MPP. Grupo focal com residentes de um programa de residência multiprofissional: percepção sobre suas dificuldades e recursos para lidar com a morte na atuação em contexto hospitalar. *Rev Ter Ocup Univ*. 2022 [cited 2025 Apr 20]; 32(1-3):e203963. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3pe203963>.
11. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. USA: Oxford University Press; 2019.
12. Rocha AA, Freitas L, Cesconetto J, Rebouças LC, Salomão VB, Nunes RML. Pediatric palliative medicine in Brazil: an ethical reflection of medical practice. *Acta bioeth*. 2023 [cited 2024 Nov 16]; 29(1):39-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2023000100039>.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 [cited 2024 Nov 20]; 19(6):349–57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
14. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temat*. 2014 [cited 2025 Apr 21]; 22(44):203–20. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>.
15. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev enferm*. 2008 [cited 2024 Nov 25]; 16(4):569-76. Available from: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>.
16. Maingué PCPM, Sganzerla A, Guirro ÚBP, Perini CC. Bioethical discussion on end of life patient care. *Rev Bioét*. 2020 [cited 2024 Nov 20]; 28(1):135–46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281376>.
17. Costa CMA, Dias DDSF, Silva EPD, Lemos LMB, Alves RN, Costa TSD. Multidisciplinary team in palliative care in the hospital environment: reality or chimera? *CONJ*. 2022 [cited 2024 Nov 20]; 22(6):868–80. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/361506483\\_Equipe\\_multidisciplinar\\_em\\_cuidados\\_paliativos\\_no\\_ambiente\\_hospitalar\\_realidade\\_ou\\_quimera#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/361506483_Equipe_multidisciplinar_em_cuidados_paliativos_no_ambiente_hospitalar_realidade_ou_quimera#fullTextFileContent).
18. Bruun A, Oostendorp L, Bloch S, White N, Mitchinson L, Sisk AR, et al. Prognostic decision-making about imminent death within multidisciplinary teams: a scoping review. *BMJ Open*. 2022 [cited 2025 Apr 19]; 12(4):e057194. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057194>.
19. Ribeiro IP, Pampolha SSA, Soeiro ACV, Freitas JJS. Teaching about pain from the perspective of residents of a multiprofessional program in oncology-palliative care in the state of Pará. *EJCH*. 2024 [cited 2024 Nov 20]; 24(2):e15104. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e15104.2024>.
20. Motta LSO, Oliveira LN, Silva E, Siqueira-Batista R. Decision-making in clinical (bio)ethics: contemporary approaches. *Rev. Bioét*. 2016 [cited 2024 Nov 20]; 24(2):304-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242131>.
21. Sousa JBA, Brandão MJM, Cardoso ALB, Archer ARR, Belfort IKP. Effective communication as a quality tool: a challenge in patient safety. *Braz. J. Health Rev*. 2020 [cited 2024 Nov 20]; 3(3):6467-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>.
22. Bos-van Den Hoek DW, Thodé M, Jongerden IP, Van Laarhoven HWM, Smets EMA, Tange D, et al. The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: a qualitative interview study. *J Adv Nurs*. 2021 [cited 2025 Apr 19]; 77(1):296–307. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14549>.
23. Barbosa G, Rigo R. Características dos pacientes atendidos pelo núcleo de cuidados paliativos em um hospital universitário. *PECIBES*. 2022 [cited 2025 Apr 19]; 8(1):10–5. DOI: <https://doi.org/10.55028/pecibes.v8i1.15225>.
24. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. São Paulo: ANCP, 2020.

25. Kim H, Im HS, Lee KO, Min YJ, Jo JC, Choi Y, et al. Changes in decision-making process for life-sustaining treatment in patients with advanced cancer after the life-sustaining treatment decisions-making act. *BMC Palliat Care*. 2021 [cited 2025 Apr 21]; 20(1):63. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00759-6>.
26. Pinto KDC, Cavalcanti AN, Maia EMC, Pinto KDC, Cavalcanti AN, Maia EMC. Principles, challenges and perspectives of palliative care in the context of the multiprofessional team: literature review. *Psicol. Conoc. Soc.* 2020 [cited 2025 Apr 21]; 10(3):151–72. DOI: <https://doi.org/10.26864/pcs.v10.n3.10>.
27. Ministério da Saúde (Br). Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681\\_22\\_05\\_2024.html#:~:text=PORTARIA%20GM/MS%20N%C2%BA%203.681,28%20de%20setembro%20de%202017](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html#:~:text=PORTARIA%20GM/MS%20N%C2%BA%203.681,28%20de%20setembro%20de%202017)

#### Contribuições dos autores

Concepção, F.G.F. e C.M.A.C.; metodologia, F.G.F., C.M.A.C. e B.D.C.; análise formal, C.M.A.C., L.A.C.T. e A.S.C.; investigação, F.G.F.; curadoria de dados, C.M.A.C. e A.S.C.; redação, F.G.F. e C.M.A.C.; revisão e edição, F.G.F., C.M.A.C., B.D.C., L.A.C.T. e A.S.C.; visualização, F.G.F., C.M.A.C., B.D.C., L.A.C.T. e A.S.C.; supervisão, C.M.A.C., L.A.C.T. e A.S.C.; administração do projeto, F.G.F., C.M.A.C. e B.D.C. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão submetida do manuscrito.

#### Uso de ferramentas de inteligência artificial

Os autores declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito “*O residente diante da finitude e o processo da tomada de decisão terapêutica: estudo qualitativo*”.