

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

RAYRA ALMEIDA DOS SANTOS

LIMITES ENTRE A AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE E A ÉTICA MÉDICA
NO PROCEDIMENTO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

São Paulo

2021

RAYRA ALMEIDA DOS SANTOS

Trabalho de Graduação Interdisciplinar,
apresentado como requisito para a
obtenção do título de Bacharel no Curso
de Direito da Universidade Presbiteriana
Mackenzie.

ORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ DO CARMO VEIGA DE OLIVEIRA

São Paulo

2021

RAYRA ALMEIDA DOS SANTOS

LIMITES ENTRE A AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE E A ÉTICA MÉDICA
NO PROCEDIMENTO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Trabalho de Graduação Interdisciplinar,
apresentado como requisito para a
obtenção do título de Bacharel no Curso
de Direito da Universidade Presbiteriana
Mackenzie.

Aprovad(o)a em:

BANCA EXAMINADORA

Examinador(a):

Examinador(a):

Examinador(a):

Carinhosamente dedicado aos meus queridos pais, que sempre me apoiam na perseguição dos meus sonhos e possuem grande participação nesta etapa tão significativa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda sabedoria, pela força e pela coragem que me concedeu, permanecendo ao meu lado em todo o percurso desta caminhada.

Aos meus incríveis pais, pela paciência e amor a mim oferecidos durante toda a minha vida, sei que não importa o que aconteça ou qual decisão eu tome, eles sempre estarão comigo.

Aos meus amigos, Gi, Vini e Marquinhos, pela compreensão durante todo o meu período ausente, pelo incentivo nessa reta final e pelas boas risadas de desconpressão.

A Celeni Silva, minha psicóloga querida, que me ajudou a manter minha saúde mental e não me deixou desanimar em nenhum momento.

A minha amada vovó, que orou por mim e sempre se preocupou com minha felicidade e sucesso nos estudos.

E a minha cachorrinha Luna, que me fez companhia em todas as madrugadas de estudo e dedicação.

LIMITES ENTRE A AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE E A ÉTICA MÉDICA NO PROCEDIMENTO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Rayra Almeida dos Santos

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo apresentar um estudo sobre a cotidianidade de uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI, onde procedimentos invasivos e com grande risco de morte são realizados, como a intubação orotraqueal, que será discutido de forma específica nesta oportunidade. A análise apresenta como o Direito Civil e Criminal se posicionam a respeito da hierarquia de vontades, ou seja, como é valorada a autonomia de vontade do paciente, da família do paciente e a relação com os deveres éticos dos profissionais da medicina. Por fim, um comparativo de todo o disposto com as aplicações em situações de calamidade pública, como a provocada pela pandemia do COVID-19 mostra que essa questão se apresenta muito mais ampla e que precisa de amparos importantes e específicos para cada caso.

Palavras-chave: Ética. Responsabilização Médica. Autonomia da Vontade. COVID-19.

Abstract: The present work aims to present a study on the daily life of an Intensive Care Unit - ICU, where invasive procedures and with a high risk of death are performed, such as orotracheal intubation, which will be discussed specifically in this opportunity. The analysis shows how Civil and Criminal Law are positioned in relation to the hierarchy of wills, that is, how the autonomy of will of the patient, the patient's family and the relationship with the ethical duties of medical professionals are valued. Finally, a comparison of all provisions with applications in situations of public calamity, such as that caused by the pandemic of COVID-19, shows that this issue is much broader and that it needs important and specific support for each case.

Keywords: Ethic. Medical Accountability. Autonomy of the Will. COVID-19.

Sumário: 1. Introdução. 2. Ética. 2.1. Ética Profissional Médica. 2.1.1. Deveres Médicos. 2.1.1.1. Princípio da Beneficência e Não Maleficência. 3. Princípio da Autonomia da Vontade. 3.1. Diretivas Antecipadas de Vontade. 3.2. Autorização de Terceiros. 3.3. Descumprimento da Vontade. 3.4. Respeito à Vontade do Paciente e sua Relação com a Psicologia. 4. Responsabilidade Civil Médica. 4.1. Erro Médico. 5. Procedimentos com Risco de Morte. 5.1. Intubação Orotraqueal. 5.2. Estudo Casuístico. 6. Estado de Calamidade Pública. 6.1. COVID-19. 6.2. Diretivas Ministério da Saúde. 7. Conclusão. 8. Referências.

1 INTRODUÇÃO

A humanidade enfrenta uma pandemia jamais vivenciada pelo planeta, em que o avanço da doença causada pelo coronavírus ainda não está sob controle, e o número de casos de mortes é assustador, têm sido altíssimos.

Isso leva à reflexão de como devem ser tratados os casos graves de saúde em hospitais, e como analisar as condutas dos profissionais de saúde, inclusive em situações de extremo caos e lotação de leitos, altíssima demanda e cansaço físico e mental.

Onde se encaixa e em qual nível de importância está a autonomia da vontade do paciente, e qual sua relação com os princípios da ética que devem ser observados pelos profissionais de saúde.

Foi estudado no presente trabalho qual é a hierarquia das vontades do paciente, dos familiares e dos médicos, além de qual o grau de interferência que ouvir e respeitar essas vontades produz no tratamento e destino do doente.

Um dos principais procedimentos realizados em casos de insuficiência respiratória, que aumentou em grande escala o uso durante a pandemia é a intubação orotraqueal, tratamento invasivo e com risco de morte. Uma análise se faz necessária, portanto, de como e quando deve-se recorrer a esse recurso. Para tal, levantou-se a questão: Quais são os possíveis limites entre a vontade do paciente e a ética médica diante da decisão e a necessidade de intubação orotraqueal?

Assim o método estabelecido para este estudo acontece pelas vias de pesquisa bibliográfica e entrevistas com profissionais da área, trazendo o máximo de experiência para uma percepção e resultados mais próximos da realidade.

Com base no princípio da dignidade da pessoa humana, da ética e da legislação brasileira atual, o procedimento deve ser muito bem avaliado para que tal medida seja adotada. Foi possível notar, ao longo do trabalho, muitas variáveis pertinentes a estes casos que produziram resultado contrário a intenção inicial.

Com isso, acompanhar esse assunto em um momento tão marcado no planeta, trouxe ainda mais questões a serem avaliadas no cuidado de indivíduos que precisam de medidas quanto ao cuidado na intubação orotraqueal, bem como questões específicas de atuação dos processos éticos da manutenção da saúde e a atuação profissional para a sobrevivência de cada indivíduo.

2 ÉTICA

A palavra ética está bem presente no vocabulário das pessoas atualmente, o julgamento do que é ética ou moralmente aceitável e correto é feito até de maneira instintiva por cada um, de acordo com as próprias crenças e valores. Entretanto, talvez seja possível dizer que, em muitos casos, não passa de pura teoria, a sociedade realmente carece de aplicação dos princípios da ética na prática do cotidiano. Cortina (2003, p. 18) afirma que “embora a ética esteja na moda, e todo mundo fale dela, ninguém chega realmente a acreditar que ela seja importante, e mesmo essencial para viver”.

Cortella (2009, p. 102), define a ética da seguinte maneira: “o que marca a fronteira da nossa convivência [...] é aquela perspectiva para olharmos os nossos princípios e os nossos valores para existirmos juntos [...] é o conjunto de seus princípios e valores que orientam a minha conduta.”

E ainda, segundo Aurélio Ferreira (2005, p. 383): “O estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana, do ponto de vista do bem e do mal”, e também, “conjunto de normas e princípios que norteiam a boa conduta do ser humano”.

Assim, a palavra e seu conceito, vem sendo reconstruída ao longo dos tempos conforme o cenário em que cada indivíduo está inserido, entretanto, seu valor continua a apresentar grande importância, uma vez que construir as relações e o bem-estar, é de fato necessário para que os limites entre pessoas e a individualidade de cada um sejam construídos para um olhar que cerceia o bem-estar de todos.

2.1 ÉTICA PROFISSIONAL MÉDICA

A ética profissional surge neste cenário, como série de diretrizes para o pensar e agir das pessoas no ambiente de trabalho, de acordo com o ambiente em que estão inseridas. Grande parte das profissões possuem códigos de ética próprios e específicos, e o mesmo acontece com a medicina.

O Código de Ética Médica – CEM, redigido pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, e será amplamente utilizado no presente trabalho como guia do que se deve esperar dos profissionais.

2.1.1 Deveres médicos

“O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. (BRASIL, 2019, cap.1, art. II, p.15)

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO que as normas do Código de Ética Médica devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade[...]. (BRASIL, 2019, p.11)

O princípio da alteridade pode ser considerado como fundamental na aplicação dos demais. Os médicos, e demais profissionais da saúde, diga-se de passagem, devem colocar-se no lugar do outro, ter respeito pelo outro e aprender com as diferenças.

A alteridade pode ser traduzida em tratar o paciente como semelhante, não como concorrente e sofredor incapaz. Em tratar cada paciente como uma pessoa singular e subjetiva. Veja-se como exemplo uma das melhores definições de semelhante já encontradas, que está presente em Lucas 10:25-37, na Bíblia Sagrada:

Certa ocasião, um perito na lei levantou-se para pôr Jesus à prova e lhe perguntou: “Mestre, o que preciso fazer para herdar a vida eterna?”

“O que está escrito na Lei?”, respondeu Jesus. “Como você a lê?”

Ele respondeu: “‘Ame o Senhor, o seu Deus, de todo o seu coração, de toda a sua alma, de todas as suas forças e de todo o seu entendimento’ e ‘Ame o seu próximo como a si mesmo’”.

Disse Jesus: “Você respondeu corretamente. Faça isso, e viverá”.

Mas ele, querendo justificar-se, perguntou a Jesus: “E quem é o meu próximo?”

Em resposta, disse Jesus: “Um homem descia de Jerusalém para Jericó, quando caiu nas mãos de assaltantes. Estes lhe tiraram as roupas, espancaram-no e se foram deixando-o quase morto. Aconteceu estar descendo pela mesma estrada um sacerdote. Quando viu o homem, passou pelo outro lado. E assim também um levita; quando chegou ao lugar e o viu, passou pelo outro lado. Mas um samaritano, estando de viagem, chegou onde se encontrava o homem e, quando o viu, teve piedade dele. Aproximou-se, enfaixou-lhe as feridas, derramando nelas vinho e óleo. Depois colocou-o sobre o seu próprio animal, levou-o para uma hospedaria e cuidou dele. No dia seguinte, deu dois denários ao hospedeiro e lhe disse: ‘Cuide dele. Quando eu voltar lhe pagarei todas as despesas que você tiver’.

“Qual destes três você acha que foi o próximo do homem que caiu nas mãos dos assaltantes?”

“Aquele que teve misericórdia dele”, respondeu o perito na lei.
Jesus lhe disse: “Vá e faça o mesmo”. (BIBLIA ONLINE NVI, 2021)

É certo que o amor e compaixão ao próximo devem fazer parte de qualquer ser humano e, mais especificamente dos profissionais de saúde, espera-se misericórdia, dedicação e valorização da vida, independentemente de quem necessite. São profissionais que escolheram a arte da cura, por nada menos que a vontade de salvar. Para finalizar o pensamento, portanto, é importante conhecer o Juramento de Hipócrates (CREMESP, 2021), em sua versão atualizada, representando o compromisso que os médicos assumem ao concluir a formação acadêmica:

“Como membro da profissão médica:

EU PROMETO SOLENEMENTE consagrar minha vida ao serviço da humanidade;

A SAÚDE E O BEM-ESTAR DE MEU PACIENTE serão as minhas primeiras preocupações;

RESPEITAREI a autonomia e a dignidade do meu paciente;

GUARDAREI o máximo respeito pela vida humana;

NÃO PERMITIREI que considerações sobre idade, doença ou deficiência, crença religiosa, origem étnica, sexo, nacionalidade, filiação política, raça, orientação sexual, estatuto social ou qualquer outro fator se interponham entre o meu dever e meu paciente;

RESPEITAREI os segredos que me forem confiados, mesmo após a morte do paciente;

EXERCEREI a minha profissão com consciência e dignidade e de acordo com as boas práticas médicas;

FOMENTAREI a honra e as nobres tradições da profissão médica;

GUARDAREI respeito e gratidão aos meus mestres, colegas e alunos pelo que lhes é devido;

PARTILHAREI os meus conhecimentos médicos em benefício dos pacientes e da melhoria dos cuidados da saúde;

CUIDAREI da minha saúde, bem-estar e capacidades para prestar cuidados da maior qualidade; e

NÃO USAREI os meus conhecimentos médicos para violar direitos humanos e liberdades civis, mesmo sob ameaça.

FAÇO ESTAS PROMESSAS solenemente, livremente e sob palavra de honra.”

2.1.1.1 Princípio da beneficência e não maleficência

Como dito anteriormente, e segundo princípio fundamental do CEM “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.”

Ainda, o artigo 32, do capítulo V, do mesmo código, afirma que é vedado ao médico “deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.” (BRASIL, 2019).

Seguido juntamente ao sexto princípio fundamental, do CEM, que salienta:

O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade. (BRASIL, 2019, p.15)

A beneficência aponta que devem ser maximizados os benefícios e a não maleficência se diz no sentido em que devem ser minimizados os riscos ao paciente. A medicina é a arte da cura, os profissionais que nela atuam devem sempre prezar pela restauração da saúde do paciente, dispondo de seus conhecimentos técnicos e teóricos para lhe oferecer o melhor tratamento, de forma a causar o menor dano possível.

3 PRINCÍPIO DA AUTONOMIA DA VONTADE

O Princípio da Autonomia da Vontade está intimamente ligado ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, um dos princípios fundamentais da República, visto que seu objetivo está em garantir o direito do indivíduo de gerir sua própria vida (corpo e mente) e decidir sobre o futuro dela.

Segundo Kant 1724 – 1804 (apud JUNGES, 2013), autonomia significa a “capacidade da vontade humana de se autodeterminar segundo uma legislação moral por ela mesma estabelecida”, ou seja, para ser autônomo, o indivíduo deve ser capaz de conceituar seus próprios princípios, e isso inclui ter liberdade para agir intencionalmente.

O Código Civil, em seu artigo 15, deixa claro que: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.”

O respeito à autonomia da vontade é mandatário e é respaldado pelo Código de Ética Médica Brasileiro, no artigo 31, capítulo V, que trata da relação entre médico e paciente e/ou

familiares, e veda ao médico “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.” (BRASIL, 2019, p.27)

No caso de procedimentos médicos, principalmente, não existe consentimento sem compreensão, o paciente deve ser informado com o máximo de detalhes possível sobre seu estado de saúde, bem como a que tratamento será submetido, com especificações sobre o grau de invasão no organismo e chance de êxito.

É certo que, na condição de leigo nos assuntos da medicina, o paciente deverá ter ao seu alcance as informações necessárias e coerentes ao seu nível de compreensão. Há uma controvérsia nesse sentido, pois seria possível afirmar que o paciente, ainda que plenamente capaz civilmente, não teria condições suficientes para entender os detalhes de seu tratamento, mas considerando o princípio da autonomia da vontade, jamais deve ser ignorado seu direito de decidir sobre o próprio futuro, de modo que, o médico deve disponibilizar ao paciente as informações relevantes para o seu consentimento de forma clara e permitindo todos os questionamentos que porventura sejam realizados.

A capacidade para consentir, portanto, é considerada mediante a compreensão dos riscos, benefícios e alternativas do procedimento a ser realizado. Esse exercício vai além da plena capacidade civil, está no pleno exercício das faculdades mentais para decidir sobre questões médicas, sem interferências internas como dor insuportável, por exemplo, que pode modificar a vontade do paciente, mesmo que momentaneamente. (UGARTE, 2014)

Sendo assim, a verificação dessa capacidade não deve ser feita de forma generalizada, e sim de forma individual, de acordo com as circunstâncias e contexto em que o paciente está inserido, de modo que, nos casos em que não seja possível a manifestação de vontade, outros recursos sejam utilizados, como veremos adiante.

3.1 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Na Teoria Geral do Direito, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), também chamadas de Testamento Vital, são classificadas como negócio jurídico unilateral vinculativo de conteúdo extrapatrimonial que surte efeitos a partir da declaração do paciente, enquanto ainda vivo. Não se confunde, portanto, com o Testamento, que surte efeitos após a morte do declarante.

Segundo Schreiber (2020), o artigo 1º da Resolução CFM nº 1995/2012, as diretivas antecipadas de vontade são “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.”

Ou seja, em momentos que o paciente se apresentar incapaz de manifestar a própria vontade sobre os cuidados e tratamentos médicos oferecidos, os profissionais respeitarão a vontade já previamente manifestada em DAV. (BELTRÃO, 2016)

Para produzir um documento como esse, é recomendado que o paciente esteja sob acompanhamento médico, a fim de sanar todas as dúvidas e realizar as decisões com o máximo de racionalidade possível. O documento é público e, segundo DIAS (2015, p. 390), “o registro pode ser feito em cartório, na ficha médica ou no prontuário do paciente. Não são exigidas testemunhas ou assinaturas. A manifestação de vontade não pode ser contestada por familiares. A única pessoa que pode alterá-la é o próprio paciente.”

Esse não é um costume muito comum no Brasil até o momento, mas a expectativa é de que tenha cada vez mais visibilidade e utilização, pois sua importância é nítida, uma vez que permite que a vontade do paciente seja conhecida e assegurada mesmo que esteja inconsciente.

Cabe mencionar, ainda, que a vontade do paciente manifestada previamente ao médico ou a qualquer profissional de saúde, de maneira expressa e verbal, ainda que não registrada em documento público, é válida. Basta que seja anotado em prontuário, de acordo com o artigo 2º, parágrafo 4º, da Resolução CFM nº 1995/2012: “O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.” (RIBEIRO, 2014). De qualquer forma, em que pese não sejam exigidas assinaturas ou testemunhas, é recomendado, haja vista a existência de uma relação contratual entre médico e paciente.

3.2 AUTORIZAÇÃO DE TERCEIROS

Em casos de incapacidade do paciente para manifestar vontade e ausência de DAV, é permitido aos familiares ou procurador, caso já tenha previamente estabelecido, que decidam sobre os tratamentos a serem oferecidos.

Assim, temos que, em ordem de prioridade, a vontade do paciente prevalece sobre a da família, que, por sua vez, prevalece perante a do médico. Assim nos diz o artigo 2º, parágrafo 4º, da Resolução CFM nº 1995/2012:

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. (RIBEIRO, 2014, p.4)

3.3 DESCUMPRIMENTO DA VONTADE

Valioso dizer, porém, que, ao médico, é imprescindível a aplicação da ética em qualquer decisão ou ação, isso significa que é permitido o descumprimento da vontade do paciente ou de terceiros responsáveis em casos de exigências de condutas antijurídicas ou antiéticas, tendo como exemplo a aplicação de eutanásia, não permitida no Brasil. Assim a Resolução CFM nº 1995/2012 mais uma vez nos traz fundamento, em seu artigo 2º, parágrafo 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” (RIBEIRO,2014)

Além disso, em casos de emergência, aplica-se a exceção para que o médico haja de acordo com os próprios preceitos. Assim nos diz o artigo 32 do CEM, em que é vedado ao médico “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.”

O Código Penal, inclusive, retira dos crimes contra a liberdade pessoal os casos tomados pela urgência, conforme está disposto no artigo 146, parágrafo 3º, inciso I: “A intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida”. Dessa forma, resta concluir que o médico pode ser responsabilizado civilmente e até penalmente caso haja em desacordo com a vontade do paciente, salvo em casos citados no presente tópico.

3.4 RESPEITO À VONTADE DO PACIENTE E SUA RELAÇÃO COM A PSICOLOGIA

Segundo Eric Kim, cientista do Departamento de Ciências Sociais e Comportamentais da Universidade de Harvard, “foi demonstrado em vários estudos que o otimismo está associado a um perfil lipídico mais saudável, níveis mais baixos de marcadores inflamatórios, níveis mais altos de antioxidantes séricos e melhor capacidade de resposta imune”. (SUMIT SAÚDE, 2020)

Uma pesquisa publicada na “Journal of Thoracic Oncology” acompanhou 534 adultos com câncer de pulmão com o intuito de entender a ação do otimismo em tratamentos médicos. O resultado foi que “os pacientes mais otimistas em relação a doença obtiveram resultados mais

favoráveis do que aqueles com uma disposição pessimista. Aliás, viveram 6 meses a mais.” (SCIENCE DAILY, 2010)

O fato é que a saúde mental do paciente é fundamental em sua recuperação, seja qual for a enfermidade, e o bem-estar durante o tratamento é primordial para alcançar esse objetivo. Isso inclui o atendimento às suas vontades, sejam mínimas, relacionadas a desejos passageiros e pontuais, quanto significativas, como o consentimento referente ao rumo que sua vida tomará.

Confiar na equipe de saúde que lhe assiste e saber que seu corpo está submetido às próprias regras e que o melhor será feito em seu benefício traz conforto e despreocupação, baixa os níveis de estresse e permite que o paciente trabalhe mentalmente em sua melhora, através do otimismo e boa esperança.

4 RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA

Por envolver um profissional liberal, cuja obrigação é de meio, ou seja, de atingir o maior benefício ao paciente, a responsabilidade civil médica é tratada como excepcional nas relações de consumo. Nesse sentido, é considerada subjetiva, mediante a verificação dano, nexo de causalidade, conduta comissiva ou omissiva, e culpa (erro acidental).

4.1 ERRO MÉDICO

Existe uma problemática envolvendo essa questão, considerando que muito raramente têm-se provas de ocorrências de erros médicos, o que gera impasses e dúvidas de como proceder nessa situação. Muitos médicos “encobertam” o erro e justificam como não resistência do paciente. Além disso, o médico pode ser responsabilizado por errar na realização do procedimento, ou também na escolha errada do tratamento – ferindo o princípio da beneficência – por não ser o melhor indicado.

Por esse motivo, considerando a complexidade do assunto, durante o desenvolvimento da tese, foi escolhido não aprofundar nesse tema, visto que não afeta diretamente a conclusão pretendida nesta dissertação.

5 PROCEDIMENTOS COM RISCO DE MORTE

Além do consentimento do paciente ou dos familiares, é prudente que seja realizado um gerenciamento de riscos por toda a equipe de saúde envolvida em um tratamento de alto risco,

que consiste em identificar, avaliar, observar, priorizar, tratar e monitorar eventos que possam beneficiar ou prejudicar a saúde e o tratamento do paciente. (JUSTO, 2018)

O prévio conhecimento dos riscos permite o planejamento de ações de respostas a eles, com isso, quanto maior o estudo antecipado dos possíveis acontecimentos decorrentes do tratamento, mais preparada a equipe estará para enfrentar quaisquer adversidades.

5.1 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

A intubação orotraqueal é o procedimento realizado em casos de insuficiência respiratória aguda, em que é necessária a ventilação de forma mecânica, ou seja, um tubo é inserido através do nariz ou boca até a traqueia do paciente e um aparelho faz o trabalho de oxigenação dos pulmões fadigados. (YAMANAKA, 2010)

É um procedimento de extremo alívio para alguém que não consegue mais respirar sozinho, considerado como a maior das soluções. Mas, ao mesmo tempo, se caracteriza como de grande risco para alguns pacientes, pois deve ser feito com o máximo de precisão, já que envolve um cenário de sedação completa, portanto, não admite erros.

O fato é que grandes análises devem ser feitas para a tomada de decisão pelo tratamento através da intubação, além de que, mesmo após realizado o procedimento, o acompanhamento do quadro clínico do paciente deve ser contínuo, com objetivos estabelecidos para a recuperação total do indivíduo.

5.2 ESTUDO CASUÍSTICO

A fim de entender melhor a realidade das unidades de saúde e a visão dos profissionais que atuam diretamente na realização da intubação orotraqueal, foram enviadas perguntas a médicos e enfermeiros, que terão suas identidades preservadas em razão do respeito à liberdade de pensamento e não prejuízo ao resultado da pesquisa. As questões serão apresentadas ao longo deste e dos tópicos posteriores.

Primeiramente, foi feita a seguinte pergunta para os profissionais: “No seu ponto de vista, qual o nível de importância dos princípios éticos no exercício da sua profissão? Responda de 0 - 10, considerando “0” para “nada relevante”, e “10” para “extremamente relevante”.”

A média das respostas dos enfermeiros foi de 9.6, enquanto dos médicos, 10. Percebemos, com isso, que a ética está bem inserida na conduta dos profissionais de saúde, embora se esperasse o nível máximo de importância em todas as respostas. É relevante entender

os conceitos éticos, pois dita em grande escala as decisões tomadas em relação aos procedimentos realizados em cada paciente.

Além disso, vejamos algumas das respostas recebidas sobre a consideração geral dos entrevistados a respeito da intubação:

“- Sendo necessário deve ser esclarecida dos benefícios, riscos e ser o mais claro possível ao paciente para que ele se sinta seguro em permitir o procedimento, pois devemos sempre se colocar no lugar do outro antes de realizar qualquer procedimento. Tenho ciência que 90% das vezes este é o único procedimento que pode salvar vidas.”

**

“- Para mim o procedimento de IOT tem que ser muito bem avaliado, sabemos que após a intubação o paciente crítico sem assistência adequada, drogas para manter-se, equipe especializa, unidade de terapia intensiva terá um mal prognóstico. Em minha experiência de 01 ano cuidando de pacientes com COVID-19 já vi pacientes com baixa saturação em máscara não reinalante sustentando bem, com gasometria adequada, não usando musculatura acessória, com frequência respiratória em média 20 a 25 rpm, com tomografia acometida 50%, diminuindo fluxo de oxigênio até retornar a cateter, o que nos deixa muito feliz, claro que cada caso é um caso, e é muito bem discutido e avaliado entre a equipe.”

**

“- Mal necessário e salvador de vidas.”

**

“- É um procedimento de extrema necessidade para salvar vidas, contudo ainda muito temido por muitos médicos que por medo de errar, acabam intubando precocemente ou serodidamente.”

**

“- É um procedimento que deve ser feito no caso extremo de oferta de O₂ insuficiente e extremo desconforto respiratório para salvar a vida do indivíduo.”

**

“- A intubação, quando bem indicada, traz muitos benefícios ao paciente, porque às vezes um paciente com pulmão fadigado recebe um conforto com o procedimento, um aparelho faz o trabalho por ele. A intubação permite que o pulmão cansado reviva, se regenere. Portanto, quando bem indicado, o procedimento é essencial.”

É perceptível o reconhecimento dos profissionais de que o procedimento é delicado, porém extremamente benéfico quando realizado no momento adequado. A pergunta que nos resta é: qual é o momento adequado? O Ministério da Saúde nos disponibiliza algumas diretrizes para chegarmos a

essa definição, porém analisaremos essas informações no capítulo a seguir. Antes, levemos em consideração algumas experiências relatadas pelos entrevistados, negativas e positivas, sobre o procedimento de intubação, para nos trazer reflexões baseadas em situações práticas.

“- Sim várias experiências positivas neste longo período de 27 anos de formada com 15 anos trabalhando em UTI tive a oportunidade de ver vários pacientes saírem com sucesso de uma intubação, como experiência próxima meu pai após uma cirurgia cardíaca onde teve uma estadia de 30 dias na UTI e sobreviveu longos anos após.”

- Por último um amigo muito querido recentemente vítima da covid 19 foi intubado por 3 vezes e hoje já está recuperado depois de 90 dias de tratamento intensivo.

- Costumo dizer que a intubação sempre é bem-vinda quando vem na hora certa, conduta certa e aceitação do paciente quando possível logo sucesso vem.”

**

“- Experiência positiva de uma família, masculino, 40 anos que foi intubado devido a complicações da COVID-19, após o período máximo permitido o mesmo foi extubado, traqueostomizado para permanecer em ventilação mecânica e evoluiu com melhora e em seguida de alta pra casa e devolvido sem sequelas a sociedade.”

“- Experiência negativa de um colega de trabalho, masculino, 26 anos que foi internado consciente, orientado, verbalizando, com desconforto respiratório e os médicos optaram pela intubação e aproximadamente 40 minutos após o procedimento, o mesmo evoluiu a óbito. Talvez se tivessem optado pela ventilação não invasiva por mais um período o mesmo ainda estivesse vivo.”

**

“- Nós profissionais da saúde levaremos traumas para o resto da vida, o que custará muito nossa saúde mental.”

“- Um dos casos ruins a ser citado foi de um paciente crítico, também colaborador da saúde que foi evoluindo mal com a doença (COVID-19) e que havia necessidade de IOT, e não foi realizado esse procedimento precocemente devido o medo do profissional médico contaminar-se, custando a vida do paciente, quando foi tentado realizar a IOT, não tinha mais o que fazer paciente evoluiu a óbito.”

“- E a parte boa quando paciente consegue vaga em uma UTI de um bom hospital que trará uma assistência adequada mais especializada para casos críticos. Essa felicidade só supera quando ele sai de alta e vêm nos agradecer como já aconteceu.”

**

“- Trabalho há 13 anos em APH, atendimento pré-hospitalar, com suporte básico de vida. Dentro deste período diversas situações de temor, tristeza e felicidades. Cito um exemplo de tristeza e frustração.”

“- Chamado para caso de Mulher 50 anos em residência, mal-estar e dispnéia. Residência Px a nossa Base e Px ao Pronto socorro do município, chegando ao local, caso mais grave que o esperado, paciente em possível quadro de infarto, consciente mas entrando em parada cardio respiratória, evoluindo para PCR, (Parada Cardiorrespiratória) iniciamos RCP, (Ressuscitação cardiopulmonar) com DEA, (desfibrilador), oxigenação e compressões torácicas, devido a proximidade do PS, achamos mais viável levarmos direto ao invés de esperamos no local por USA (Unidade de Suporte Avançado), com médico, enfermeira, técnico e condutor, eles levariam mais de 20 min até o local, chegamos no PS em 3 minutos mantendo RCP, fomos recebidos pela equipe de enfermagem, que abraçou o caso e deu continuidade ao procedimento, monitorizando e pegando acessos venosos na paciente, ficamos no aguardo do médico, que deveria entubar e indicar quais drogas usar, para nossa surpresa após sua chegada e uma avaliação muito rápida, mesmo sendo informado da Parada repentina da paciente já nas mão da equipe, sendo realizado todo protocolo indicado, paciente com quadro viável para investimento, ele simplesmente pede para pararmos e declara óbito, sem ao menos colocar as mãos na paciente, como ele era naquele momento a maior autoridade na cena, não havia mais o que tentar fazer.

- Quadro triste, frustrante, sensação de incapacidade total de todos.”

“- Uma outra situação em que nos deparamos com sensação de impotência e tristeza profunda ocorreu com um de nossos colegas de profissão, técnico de enfermagem, jovem, saudável, mas que por infelicidades e obrigação da profissão, acabou contraindo Covid 19.

- Não sabíamos da situação, fomos pegos de surpresa. Nossa central nos acionou para que o buscássemos em sua residência e o levássemos para o Hospital geral da Região, chegando lá descobrimos um quadro muito mais grave do que o informado. Ele já estava há 6 dias em tratamento na residência, fazendo uso das medicações indicadas e oxigênio contínuo 5litros por min, com saturação de 88%, a Tomografia feita dois dias antes indicava 50% de comprometimento pulmonar, em casos de 25% o paciente já é mantido internado, porém nosso colega recusou a internação e decidiu se tratar em casa, nós o encontramos consciente, orientado, deambulando, porém com uma cianose violenta, (extremidades do corpo azulado) por falta de oxigenação, trocamos o cateter por uma máscara não reinalante de O2 aberta no máximo, porém sua saturação não passava de 88%, quando deveria estar a cima de 95%.

- Ele foi levado em brevidade para o hospital de destino, recebido pela equipe médica, foi informado que precisaria ser intubado e colocado em respirador artificial, porém ele recusou, se negou a aceitar o procedimento, os médicos tentaram outros métodos tentando evitar a intubação, mas até que em determinado momento seus pulmões não funcionavam mais, partiram para a última solução, ele foi intubado de emergência, porém em menos de uma hora após entrou em parada cardíaca e não voltou mais.

- Nosso jovem colega, saudável, sem patologias de base, talvez por medo, não sei qual motivo, receio de não voltar para casa, demora em procurar atendimento médico acabou comprometendo qualquer chance num tratamento adequado, que o levou a óbito.

- Tristeza para toda a equipe.”

Esses relatos demonstram a subjetividade do tratamento, que possui uma resposta diferente de cada paciente, por terem graus de necessidade diferentes também. O fato é que muitos fatores devem ser analisados e estão envolvidos em um procedimento de intubação orotraqueal. Os casos de sucesso e perda acontecem quase na mesma proporção, o que deve levar, então, um profissional a decidir por submeter seu paciente ao tratamento?

6 ESTADO DE CALAMIDADE PÚBLICA

Primeiramente, importa dizer que a situação de pandemia provoca uma alteração no contexto analisado por ter sido decretado estado de calamidade pública/ emergência. Por isso, é necessário avaliar a conduta do profissional da saúde de forma diferente. O que deve ser analisado para a configuração da culpa, é o exercício da boa-fé. Considerando como caso fortuito externo tudo aquilo que não é controlável pelo exercício diligente de um profissional da saúde, se o mesmo agir de boa-fé, tudo o que for extremo pode isentar sua responsabilidade.

Em situações de extremo caos como a atual, altíssima demanda e lotação de leitos, os profissionais de saúde encontram-se em realidades laborais atípicas, com o sentimento de demasiado cansaço físico e mental, e podem ter suas decisões afetadas pelas circunstâncias, como extrema urgência e falta de recursos para o exercício da profissão.

Facilmente, nas redes sociais, podemos encontrar relatos de profissionais que se dizem esgotados e ultrapassando seus limites, implorando pela compreensão da população, é inegável que também sofrem de pressões psicológicas distintas e que devem ser analisadas durante a avaliação de qualquer conduta obtida.

“- Ninguém me ensinou a ser Psicóloga Hospitalar durante uma pandemia. Roupa verde, touca, máscara, viseira e tablet na mão. Entro sem hora pra sair. Nunca sei o que me espera.
Reproduzo áudios da família para uma paciente sedada. Tem como eu não ouvir o áudio? Não. Técnica de enfermagem entra no box e escuta um pouco. Seus olhos enchem de lágrimas. Eu digo “Pode sair, você não precisa ouvir”. Outra chamada. Paciente chorando com saudade da esposa. Ela morreu, mas ele não sabe. Não posso dizer que depois da alta ele irá encontra-la. Outra chamada. Agora para uma senhora que pergunta pelo filho “Como o Joãozinho está?” Ele morreu, mas não posso falar.
Acompanho uma visita de despedida. A filha ainda mantém a fé e a esperança de que ela irá voltar pra casa. Observo. É a última vez que ela verá a mãe.
Final do dia. Minha panturrilha está latejando. Meu calcanhar dói. Meu nariz está machucado. Fiz cerca de 20 vídeo chamadas.
Ainda bem que hoje tenho terapia.

Chego em casa. Não quero conversar. Tô exausta. Na faculdade não me ensinaram a não chorar, só disseram que não devo.
Acho que preciso de silêncio externo, porque dentro de mim o barulho é ensurdecedor.
Sou psicóloga, mas sou humana assim como você.”

**

A COVID é um desprazer.
É um desprazer pra quem tenta acalmar um paciente de 30 anos, sem comorbidades que vai ser entubado porque já não consegue mais respirar sozinho.
É um desprazer ver idosos perguntando porque Deus fez aquilo com eles.
É um desprazer ver aquela mãe a 8 dias, com 37 anos e não conhece seu bebê, e que provavelmente não irá ver seu rostinho, nem uma única vez.
O covid é um soco no estômago quando a gente tem que conversar com um paciente e ele pergunta se vai morrer e a gente não pode dizer que não, “pq” ele tem mais de 80% do pulmão comprometido.
É um soco no estômago quando alguém percebe que vai ser entubado e pede segurando a tua mão para ir pra casa. Para falar com a família, para ficar perto. Só que não temos tempo, já é tarde.
É um soco no estômago quando 5 minutos antes da intubação eles falam que irão te ver em uma semana. Quando eles nos últimos segundos não choram.
Eu nem tenho como descrever a sensação que é reanimar uma pessoa que a 2 dias estava bem e hoje parou.
Eles morrem sozinhos, os familiares não podem segurar sua mão. Eles morrem conosco.
Fiquem em casa, estamos sem leito, sem respirador, e não é a mídia que está dizendo, somos nós, estamos lá, vendo, vivendo e a cada pouco que passa, morrendo!
Não é uma guerra política!
No início muito se ouviu a frase: Você só vai entender quando for alguém próximo.
E agora, é tarde pra ela fazer algum sentido pra “vc”!
Não falamos, não choramos, não nos comovemos, não ali, não na hora, mas quando saímos, quando entramos no carro, quando deitamos no travesseiro, passam as imagens, os olhos brilham de tristeza, a cabeça dói por segurar as lágrimas, o coração sangra.
Olhamos pros nossos familiares, sem conseguir sorrir e pensamos: será “vc” o próximo?!
Se cuidem!
Encarecidamente faço um pedido a todos intensifique os cuidados por “vc”, por nós, por todos os cidadãos, familiares, amigos, conhecidos.
Estamos ultrapassando nossos limites em prol de “vc”.

6.1 COVID-19

Segundo o Ministério da Saúde, no Portal do Governo Brasileiro sobre a doença, “a Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2, descoberto em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, e rapidamente se espalhou, levando o mundo ao trágico estado de pandemia. (LANA, 2020)

Tal infecção pode gerar desde casos assintomáticos até quadros clínicos graves e críticos, que exijam a internação do paciente em Unidades de Terapia Intensiva – UTI. Dessa forma, temos que os sintomas podem variar entre febre, tosse, coriza, pneumonia e até insuficiência cardíaca grave.

O diagnóstico é feito em laboratório através de coleta de material genético ou através de testes rápidos com a presença de reagentes, além da possibilidade de verificação da gravidade do quadro clínico mediante exames de imagem do sistema respiratório.

Tendo em vista se tratar de doença que afeta diretamente o sistema respiratório, em casos mais complexos é necessária a oferta de oxigênio suplementar ao paciente para auxiliar os pulmões, que pode ser realizada mediante o uso de cateteres nasais ou pela intubação orotraqueal. Aqui, volta à tona a questão: qual seria, então, o critério para definição do tratamento a ser implementado?

6.2 DIRETIVAS MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde publicou protocolo a ser seguido no tratamento da COVID-19, regendo que, caso os pacientes “necessitem de O₂ via cateter nasal maior que 5 litros/minuto para sustentar SpO₂ > 93% e/ou tenham frequência respiratória > 28 irpm ou retenção de CO₂ (PaCO₂ >50 mmHg e/ou pH < 7,25) devem ser intubados e ventilados mecanicamente imediatamente”, e aos entrevistados foi solicitado posicionamento a respeito dessa disposição.

“ - Não concordo, acredito que a ventilação mecânica é um procedimento invasivo, que infelizmente grande parte dos profissionais médicos não conseguem intubar na primeira tentativa e que isso pode gerar graves consequências e que diante da nossa realidade, a intubação deve ser tardia, inclusive deveria ser reconsiderado esse parâmetro de saturação > 93% em O₂ via cateter nasal maior que 5l/min como indicador para o procedimento. Nem sempre as intubações são realizadas no momento necessário, alguns pacientes são intubados precocemente, enquanto outros tarde demais talvez até por falta de respiradores, estes, ocupados por pacientes que poderiam estar com VNI (ventilação não-invasiva).”

**

“- Concordo desde que o paciente não tenha condições físicas e entendimento científico do que significa este procedimento mesmo após orientações. Mas deixo bem claro que em uma situação onde o paciente está extremamente lúcido e compreende tudo que está acontecendo concordo que sua opinião deve ser respeitada.”

**

“- Concordo com essa diretriz sim.

A decisão leva em conta além destes parâmetros a Clínica geral do paciente também.

No geral no período pré pandemia acredito que sim.

Hoje, no pico da pandemia e seletividade no uso de leitos intensivos, creio que algumas vezes pacientes que mereciam IOT não estão recebendo no momento mais adequado, sendo prevaricados por falta de recursos.”

**

“Não concordo. Existem outros métodos de Oxigenoterapia como SVNI etc.

Critérios clínicos recursos materiais e humanos. Leitos específicos e a vontade do paciente devem ser levados em conta.”

**

“- Não concordo, acredito que cada caso é um caso, tem se visto muitas intubações precoces sem clínica para tal procedimento gerando prejuízo, e outras infelizmente tardias, gerando muita das vezes custo a vida da pessoa.”

**

“- Não necessariamente o paciente precisa ser intubado dentro desses parâmetros relatados. Dependendo do caso, é possível a utilização de outros dispositivos, como máscara não reinalante ou cateter de alto fluxo para conseguir um fluxo de oxigênio maior, além do serviço de fisioterapia que faz vários trabalhos respiratórios (VNI), que consegue melhora da função pulmonar, tirando a necessidade de intubar o paciente tão precocemente.

Não são só esses parâmetros de saturação, PO2 e frequência respiratória que traçam uma intubação, existem outros métodos. Deve ser observado se o paciente tem respondido bem aos trabalhos da fisioterapia, se possui fadiga muscular e respiratória, então não é algo tão objetivo, não se pode deixar levar apenas pelos números, e sim pelo todo.”

Percebe-se que a maioria dos profissionais discordaram da diretriz imposta pelo órgão de saúde, e consideraram outros tipos de tratamentos menos invasivos para os casos de insuficiência respiratória. Nesse ponto, se aplica a análise de cada caso em particular e o gerenciamento de riscos para a definição do melhor tratamento a ser oferecido ao paciente.

7 CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, resta a conclusão de que não é adequada a aplicação da estrita legalidade em casos de saúde. Os protocolos redigidos pelos órgãos de saúde não devem ser seguidos como única fonte de verdade, e sim serem considerados como um parâmetro base, um ponto de partida para a análise de cada caso.

Tratando-se de seres humanos, é impensável a generalização dos casos, cada um possui suas características, particularidades, seus próprios limites e, acima de tudo, vontades. Deve-se considerar que cada pessoa possui um limiar de dor, um nível de resistência e uma capacidade responsiva. Enquanto alguém resiste firmemente a uma medida de glicemia no sangue menor de 60 mg/dL, outrem poderá ser encontrado desacordado. Da mesma forma, pode ser que uma pessoa se sinta bem com uma pressão arterial abaixo de 80x50 mmHg e outra perca a consciência, ou existam casos de encaminhamento ao pronto atendimento de paciente com pressão arterial superior a 20x12 mmHg ainda vivo, enquanto há situações em que infarto ou acidente vascular cerebral são sofridos com esse valor.

Isso mostra que a determinação de intubação mediante o nível de oxigenação do sangue não pode ser pautada sobre um só número, sob pena de realização precoce ou tardia do procedimento.

Nos casos de intubação, tratados neste trabalho, é necessário o estudo da anatomia de cada paciente, da saúde no geral, levando em conta a existência de comorbidades, do histórico de vida, idade, capacidade de recuperação e outras inúmeras questões. Sabendo o alto risco do tratamento e a opinião de profissionais atuantes inclusive em combate à Covid-19, é válido defender que o procedimento deve ser realizado em último caso, como *ultima ratio*, com a utilização de outras medidas preliminares como fisioterapia e máscaras de oxigênio.

Cada ser vivo é único, e deve ser tratado diferentemente em cada particularidade, ser respeitado e avaliado com equidade e parcialidade, sendo que a vontade de cada um reina, com a valorização da vida e da dignidade da pessoa humana. Trata-se de preocupação com a pessoa doente, e não apenas com a doença da pessoa.

Além disso, não há dúvidas de que o psicológico de uma pessoa é capaz de interferir diretamente no quadro clínico dela, tanto positivamente auxiliando na recuperação, quanto negativamente contribuindo com a piora da doença, não permitindo que o organismo reaja aos tratamentos. Dessa forma, ouvir e respeitar a vontade do paciente, inclusive sobre pequenos detalhes durante o tratamento, é auxiliar e dar força ao psicológico para que se recupere com mais otimismo e em menor tempo.

É certo que nenhum ser humano nasce ético, essa construção é feita ao longo da vida e dos conhecimentos adquiridos, bem como o direcionamento que cada um quer dar à sua própria trajetória. Quando falamos de ética médica, acima de tudo, falamos de comportamento perante um semelhante, de olhar com princípios para alguém em situação de fragilidade e maior vulnerabilidade. A ética médica é escolhida por cada profissional que decide seguir a profissão, trilhar o caminho de fazer o bem, não sendo coerente da parte de quem não a utiliza em seu cotidiano.

Por fim, cabe considerar que cada um conhece mais do que qualquer outra pessoa sobre o próprio corpo, seus limites e possibilidades. O sentimento de cada um sobre o estágio da doença que está acometido e como pretende se recuperar é único e real, o corpo produz uma linguagem interna que só pode ser ouvida e decifrada pelo próprio indivíduo, e que não deve ser discutida e duvidada por ninguém, apenas respeitada. Seres humanos merecem dignidade e valorização.

Espera-se que a aplicação do Direito nesses casos, portanto, seja empática por parte de seus operadores, considerando o contexto e circunstâncias que se encontram, tanto profissionais quanto pacientes, olhando as ações de cada um com base nos poderes juridicamente garantidos e nas capacidades momentaneamente alcançadas.

8 REFERÊNCIAS

BELTRÃO, Silvio Romero. Autonomia da Vontade do paciente e capacidade para consentir: uma reflexão sobre a coação irresistível. São Paulo, v.17, n.2, p.98-116, jul./out. 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-836091>>. Acesso em 28 abr. 2021.

BÍBLIA. Português. Bíblia Sagrada. NVI. Versão online. Disponível em: <<https://www.bible.com/pt/bible/129/LUK.10.25-37.NVI>> Acesso em: 11 mai. 2021.

BRASIL. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CORTELLA, M. S. Qual é a tua obra? Inquietações, propositivas sobre gestão, liderança e ética. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 102.

CORTINA, A. O fazer ético. São Paulo: Moderna, 2003

FERREIRA, A. B. H. Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa. 6. ed. rev. Atual. Curitiba: Positivo, 2005. p. 383

DIAS. Maria Berenice. Manual das Sucessões. 4ª ed. São Paulo. Revista dos Tribunais, 2015.

JUNGES, Marcia. O indivíduo autônomo de Kant: um ideal ainda esperado. IHUonline – Revista do Instituto Humanista Unisinos. Ed. 417. 06/05/2013. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/4946-mario-fleig-11>>. Acesso em 11 mai. 2021.

JUSTO, Andreia Silva. Gerenciamento de Riscos em Projetos: aprenda a lidar com as incertezas na gestão de iniciativas. 01/02/2018. Disponível em: <<https://www.euax.com.br/2018/02/importancia-do-gerenciamento-de-riscos/>> Acesso em: 03 mai. 2021.

LANA, Raquel Martins et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, e00019620, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000300301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 mai. 2021.

REUTERS. Pandemia está em platô com queda em número de casos e mortes, diz OMS. Money Times, 2021. Disponível em: <<https://www.moneytimes.com.br/pandemia-esta-em-plato-com-queda-em-numero-de-casos-e-mortes-diz-oms/>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

RIBEIRO, Rafael Leandro Arantes. Competência para edição, âmbito de aplicação e legalidade/constitucionalidade da Resolução n.º 1.995/2012 do CFM sobre diretivas antecipadas de vontade do paciente. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 19, n. 3954, 29 abr. 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/27787/competencia-para-edicao-ambito-de-aplicacao-e-legalidade-constitucionalidade-da-resolucao-n-1-995-2012-do-cfm-sobre-diretivas-antecipadas-de-vontade-do-paciente>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

SÃO PAULO: CREMESP, 2001-2019. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Juramento Hipocrático. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SCHREIBER, Anderson. Manual do direito civil: contemporâneo. 3º ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 1.136 p., 2020.

International Association for the Study of Lung Cancer. "Lung cancer patients with optimistic attitudes have longer survival, study finds." ScienceDaily. ScienceDaily, 8 March 2010. <<https://www.sciencedaily.com/releases/2010/03/100303131656.htm>>. Acesso em 10 mai. 2021.

SUMIT SAÚDE. Como o otimismo beneficia a saúde física e mental. Disponível em: <[https://sumitsaude.estadao.com.br/saude-humanizada/como-o-otimismo-beneficia-a-saude-fisica-e-mental/#:~:text=Pesquisas%20mostram%20que%20o%20otimismo,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20\(OMS\)](https://sumitsaude.estadao.com.br/saude-humanizada/como-o-otimismo-beneficia-a-saude-fisica-e-mental/#:~:text=Pesquisas%20mostram%20que%20o%20otimismo,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20(OMS))>. 21/02/2020. Acesso em: 10 mai. 2021.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso... Rev. Col. Bras. Cir. 2014; 41(5): 274-277. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/pt_0100-6991-rcbc-41-05-00374.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.

YAMANAKA, Caroline Setsuko et al. Intubação orotraqueal: avaliação do conhecimento médico e das práticas clínicas adotadas em unidades de terapia intensiva. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 103-111, June 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000200002> Acesso em: 28 mai. 2021.



TERMO DE AUTENTICIDADE DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Eu, Rayra Almeida dos Santos

Aluna, regularmente matriculada, no Curso de Direito, na disciplina do TCC da 10ª etapa, matrícula nº 4163311-3, Período Noturno, Turma R,

tendo realizado o TCC com o título: Limites entre a autonomia da vontade do paciente e a ética médica no procedimento de intubação orotraqueal

sob a orientação do professor: Dr. José do Carmo Veiga de Oliveira

declaro para os devidos fins que tenho pleno conhecimento das regras metodológicas para confecção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), informando que o realizei sem plágio de obras literárias ou a utilização de qualquer meio irregular.

Declaro ainda que, estou ciente que caso sejam detectadas irregularidades referentes às citações das fontes e/ou desrespeito às normas técnicas próprias relativas aos direitos autorais de obras utilizadas na confecção do trabalho, serão aplicáveis as sanções legais de natureza civil, penal e administrativa, além da reprovação automática, impedindo a conclusão do curso.

São Paulo, 19 de maio de 2021 .

Assinatura do discente